

## ÚTI beszámoló

### II. Európai Égési Kongresszus

Az Európai Égési Társaság 1987. október 7—10. között rendezte II. kongresszusát. Több mint 300 résztvevő érkezett 23 országból (Európán kívüli országokból is jócskán érkeztek a szakma iránt érdeklődők).

119 előadás hangzott el a kongresszuson, 10 posztert mutattak be. A 129 között 4 magyar szerzőcsoport szerepelt. Az egyes témákat bevezető referátumok 10—20 percesek, az előadások kivétel nélkül 6 perc időtartamúak voltak. Az üléselnökök szigorúan betartották az időrendet, vitára azonban még így is alig jutott idő, viszont a kongresszus napirendje nem szenvedett fennakadást. Utóbb a kongresszus elnöke elismerte, hogy célszerűbb lett volna több posztert és kevesebb előadást a programba iktatni.

A kongresszus felölelte az égéskezelés teljes problémakörét, az akut ellátástól az esztétikai célú korrekciókig, az immunbiokémiai problémáktól a pszichiátriai-pszichológiai teendőkhig. E nagymértékben szerteágazó tárgysorozatban az egyes témákban a szervezők igyekeztek egy-egy vitatottabb vagy nagyobb érdeklődésre számító kérdés köré csoportosítani az előadásokat.

Egy belga szerzőpáros javasolta, hogy az első 24 órára szükséges (számított) folyadékmennyiség 40%-át az első 4 órában infundálják, ezzel nő az első 8 óra diurézise (ez a myoglobulinuria szempontjából kedvező), és az összes folyadékigény, valamint nátriumigény csökken. Ezzel egybevágnak mások tapasztalata, mely szerint a szövethárosodás mélysége csökkenthető a kellő szöveti perfúzióval. A tankönyvitől eltérő tapasztalatként jó eredményekről számoltak be gyermekeknél az első 24 órában kizárólag kristályos infúzióval végzett sokktalanítással.

A hideg vízzel történő elsősegélynyújtásról (égési felület hűtése) elhangzott előadások megerősítették a régóta kedvező tapasztalatokon nyugvó eljárás hasznosságát. Az égés mélységének megállapítására szolgáló ultrahangos vizsgáló berendezést is bemutattak.

Több előadás hangzott el a komputerek használatáról. Úgy tűnik, hogy a programok tekintetében a hazai színvonal megelőzi a bemutatottakat. Előnyünk megtartása azonban minden bizonnyal erőfeszítéseket igényel.

Légúti égések némely égési központban az összes beteganyag 30%-át is elérik. A légúti károsodással foglalkozó előadók a mérgező égéstermékek szerepének hangsúlyozása mellett a bronchusok aktív (fibroszkópos) toalettjét javasolták. A fibroszkópia egyúttal a bronchus nyálkahártya károsodásának mértékéről is tájékoztat, s mint ilyen, fontos diagnosztikai eszköz. A mosófolyadékban található sejtek a sérülésről fontos információt nyújthatnak. Hangsúlyozták a kristályos infúzióval történő sokktalanítás szerepét a tüdővizényő megelőzésében, a sejtközi térbe kilépő kolloidok

növelik ott az ozmózis nyomást. Beszámoltak légúti égés miatt végzett tartós lélegeztetés után kialakult tüdőfibrózis néhány esetéről. A légúti égések halálózása még mindig magas, az arány elérheti a 80%-ot is. A prognózis fontos tényezője a társuló bőrégés kiterjedése (a mélység kevésbé).

Érthetően sok előadás foglalkozott az égési sérülés sebészi (műtéti) gyógykezelésével. Egy-egy műtéti ülésben 10—15%-nál nagyobb területet általában nem operálnak. A betegenkénti átlagos műtéti szám nagyobb kiterjedésű égetteknel 3, az első beavatkozást a 4—5. poszttraumás napon végzik. A tapasztalatok közlésén túl érdeklődésre tartott számot az a mérési eredmény, mely szerint az elvi 1:1,5, illetve 1:3 arányú mesh graft (a magyar: hálópasztika, rácsasztika) a valóságban 1:1,23, illetve 1:1,5 mértékű expanziót jelent. Úgy tűnik, hogy az úgynevezett kínai módszer (kimetszés — allotranszplantáció kis autoplasztikus darabkák felhelyezésével) terjedőben van. A tapasztalatokról egy Aachenben tartózkodó kínai egyetemi tanár is tartott előadást. 30%-ot meghaladó túlélési arányról számolt be 70—80%-os kiterjedésű mély égéseknél. Ez az eljárás természetesen bőrbankot feltételez, ezért érthető, hogy a hullai bőr konzerválásának problémaköréből 9 előadás hangzott el. Költséges volta miatt nem alkalmazzák széles körben a liofilizett terméket, elsősorban a +4—-4 °C közötti hőmérsékleten glicerinen tárolt készítményekkel dolgoznak.

A szakirodalomban néhány éve sokat vitatott kérdés itt is terítékre került: vajon a kevert (auto-allo)asztika során felhelyezett homioasztikus bőr beépül-e a szoros értelmében. Többen szövettani vizsgálatok alapján igennel felelték, bár kérdés, hogy valójában nem átépülésről van-e szó? Beszámoltak az irhaelemeket és műanyagot tartalmazó bőrpótló készítménnyel szerzett tapasztalatokról is. Az egyik előadásban felvetették a homioasztikus transzplantátum és az AIDS átvitelének kapcsolatát.

A 31 közül 7 előadásban szóltak a rekonstrukciós műtétekről. Kedvező tapasztalataik alapján többen ajánlották elektromos égések elsődleges műtéti ellátására a mikrovaszkuláris anasztomózissal átültetett lebenyek alkalmazását.

Fájdalomcsillapításra az opiátokat (elsősorban a morphiomot) ajánlották, akár cseppinfúzióban, sőt a cseppszám változtatásával a beteg által jelzett fájdalom mértékéhez igazítva. E mellett a ketamine és a benzodiazepam alkalmazását javasolták.

A septicus halálokok még ma is vezető szerepet játszanak az égési sérülések halálózásában. A baktériumtenyésztési vizsgálatok közül a kontaktlemez és a méretre vágott kötszerlappal történő mintavétel a hagyományossal azonos kvantitatív eredményt adott, a biopsziát azonban egyik sem pótolja. A sebszepszis (invazív fertőzés) veszélyére egyedül ez utóbbi hívhatja fel a figyelmet. Ehhez azonban megjegyezték, hogy nagyon drága: vizsgálatonként 50 DM. A kórokozók antibiotikumokkal szemben növekvő rezisztenciája a béta-laktám készítmények kritikátlan alkalmazására (is) vezethető vissza.

Az égési sérülést követő posztgressziós betegségállapot immunológiai működési zavarai közül a kongresszuson elsősorban a sejtes immunitás problémáival foglalkoztak. Ezzel összefüggésben figyelemre méltó, hogy 2 előadásban is, egybehangzóan megállapították, hogy az ezüst-sulfadiazin és a jód-polivinilpirollidon károsítja a sejtes immunitást, ha mindjárt ez a hatás reverzibilis. A sérülést követő korai lázért egy szerzőcsoport a C reaktív fehérjéket és az égett szövetekben felszabaduló mediátorok által aktivált monocitákat tette felelőssé. A sejtes immunitás károsodásában biztosan szerepet játszanak az invazív fertőzések. Mások randomizált vizsgálattal igazolták, hogy az elhalt szövetek korai kimetszése bizonyítottan megelőzi az immunfunkció súlyosabb zavarát. Az immunszuppresszió egyébként, adott esetben cyclospo-

rinnal előidézve, hasznos lehet az allotranszplantátumok lelekedésének és az ezzel járó súlyos immunológiai reakciónak a kivédésére, illetve késleltetésére.

A kongresszusnak az aacheni egyetem orvosi fakultásának 1983-ban elkészült új épülettömbje adott otthont. Az 1600 ágyat, az elméleti intézetek egy részét, a tantermeket, a könyvtárat magába foglaló modern épület 3,2 milliárd DM-be került. Az elméleti intézetek nagyobb része a szomszédos épületekben nyert elhelyezést. Az építés 14 évig tartott. A tervezők mellett állandó szaktanácsadói csoport működött, vezetője a komplexum jelenlegi vezető beosztású igazgatási munkatársa volt. A csoportban szakorvosok, vezető szakdolgozók és más, kórházszervezésben, illetve kórházi egységek vezetésében jártas szakemberek vettek részt főállásban. A megnyitás előtt az egyes klinikák, intézetek személyi állományát e célra készült videofilmekkel oktatták a működési (forgalomvezetési, anyagellátási, kommunikációs stb.) elvekre, gyakorlatra. Ennek köszönhetően a dolgozók már az első napokban is jól kiismerték magukat, nem volt nagyobb fennakadás. (Jelenleg 3800 dolgozót foglalkoztatnak az épülettömbben.)

Központi ellátás jellemzi az intézményt. Az egyes részlegekhez, osztályokhoz (80 ágyas egységenként, ha kisebbek: több egység együtt) az összes anyag, a gyógyszer, a textília, az ápolási eszköz stb. a kihelyezett raktár decentrumok útján jut el. Itt 1—3 napra szükséges anyagot tárolnak, az igénylési időszakonként anyagmeneként kért mennyiségtől függően. Anyagkiadás általában naponta kétszer történik. Sürgős igényt 1—2 órán belül kielégít a központi raktár, de ezt is a decentrumon keresztül, az elszámolás itt történik. A használt textíliát súlyra veszik át, ugyanannyi súlyú tiszta ruhaneműt vételezhet az osztály a decentrumban, — függetlenül a textília típusától. Ehhez elegendő készlettel rendelkeznek.

Központi műtőjükön kívül a sürgős, elsősorban baleseti felvételi esetekhez a poliklinika műtőhelyiségekkel rendelkezik. Ugyanitt sokktalanító-fektető kapacitást is biztosítottak. A radiológiai klinika úgy helyezkedik el, hogy a fekvő- és járóbeteg-ellátás területéről egyaránt közvetlenül elérhető. Osztályos laboratórium úgyszólván nincs, mint más szolgálatoknál, itt is a központosított ellátásra törekszenek.

Több ágyállomás működik a klinikák számára, a műtő külön ágyállomással rendelkezik.

Célul tűzték ki, hogy ne alakuljanak ki osztálykönyvtárak, mert nagyon drága lenne fontosabb könyvek, folyóiratok duplikálása. A több 100 000 kötetes könyvtár késő este is az olvasók rendelkezésére áll. Az épületben jól felszerelt vegyesbolt, virágüzlet elégíti ki az igényeket.

Az egész komplexum klimatizált, de alapfűtéssel rendelkezik. A klímaberendezés meghibásodása esetére tartalék kazánházzal rendelkeznek, mely a kórházi hulladék elégetésére (is) alkalmas.

Külön gondot jelentett a tűzbiztonság. Bár a dohányzás az óriási épülettömbben tiltott, csak a bejárat előtti zárt térben és a tantermek előterében engedélyezett, a hőérzékelők beállítása a változó forgalom, a világítótétek és a tilalom ellenére esetleg mégis előforduló dohányzás miatt nagy problémát okozott.

Az étterem önkiszolgáló rendszerű, a konyha, ideértve az edényszállítást is, teljesen gépesített.

Feltűnt, hogy műszálas padlószőnyeg burkolja az összes nem gyógyító funkciót ellátó helyiség padlóját, feljutva az oldalfalra is mintegy 80 cm-re. Az épület szerkezete olyannyira pillérekből áll, hogy közöttük — részben egyelőre még tartalékként — a legkülönbébb célra szolgáló tárolóteret alakítottak ki. A kórterem esetében ez átadó-átrakó szekrény szerepét tölti be. A pillérek közötti falat helyéről kiemelhető panel alkotja, ez lehetővé teszi a helyiségek méretének csaknem tetszés szerinti meg-

választását, illetve bármikor történő átalakítását. A kutató részlegeket úgy alakították ki, hogy gyakorlatilag bármely célra felhasználhatók. Ezzel lehetővé vált célfeladatokra, pl. néhány évre, egy-egy kutatócsoportnak körletet biztosítani. Másfelől a flexibilitás a kutató laboratóriumok nagyságának a felmutatott eredményektől függő változtatását is elősegíti.

Mivel a tervezés és építés időtartalma meglehetősen hosszúra nyúlt, a betervezett diszponibilis helyiségek ellenére egy-egy egység számára utóbb, kompromisszum árán kellett működési területet kialakítani. Így történt ez pl. a vesekőzúzó berendezés esetében is. A lehetőséget ehhez az épület említett szerkezete biztosította.

Az égési osztályon 32 normál aktív és 12 teljes értékű intenzív terápiás ágy működik. Külön műtővel rendelkeznek, ennek — állandó — személyzetét és az anyagellátást a központi műtőszolgálat biztosítja.

Dr. Novák János orvos ezredes

#### Jelentés ausztriai tanulmányútról

A Magyar Rehabilitációs Társaság és az osztrák AUVA megegyezése alapján 1987. okt. 5—26-ig 3 hetet tölthettem Bécsben a biztosító társaság általam kiválasztott kórházaiban.

Tanulmányutam során az alábbi kérdésekkel kívántam foglalkozni:

- a súlyos sérültek első ellátását követő utókezelés,
- a különböző osteosynthesisek utáni gyógytorna,
- a nagyízületek protézis utáni gyógytornája,
- az idegsérülés nélküli gerinctörések utókezelése,
- a sérültek rehabilitációja,
- a sérültellátás, utókezelés műszerezettsége, technikai lehetőségei.

Az első héten a „Lorenz Böhler” Unfallkrankenhausban voltam. Az intézet, melyet Böhler a harmincas években alapított, a legrégebbi műltra visszatekintő sérültellátó központ. A jelenlegi korszerűen berendezett és felszerelt intézet 16 éve működik.

Külön területen helyezkedik el a friss sérültek ellátását szolgáló egység: a vizsgáló, a sebelltató, akut műtő, sokktalanító, gipszelő. A sérültek ide járnak kontrollra, itt tartják őket táppénzben, itt kapják az utókezelést, melynek végeztével rehabilitált munkakörbe vagy régi szakmájukba kerülnek vissza dolgozni. Valamennyi biztosító társasági intézetben ez az ellátási rendszer.

Az ágyszám összesen 120, ebből intenzív terápiás ágy 8, szeptikus 28. Ehhez az ágyszámhoz tíz gyógytornász van szervezve.

A gyógytornászok napi 7 és 1/2 órát dolgoznak, 1/2 8-tól 15 óráig. Szombatonként a tízből 2 dolgozik, és az osztályokon elvégzik a kezeléseket, ezért egy másik napon szabadnapot kapnak. Ambuláns kezeléssel szombaton nincs.

1/2 8-tól 11-ig ambuláns csoportos és egyéni kezelésekre vannak, és ezek végeztével mennek a fekvőbetegeket megjárítani. Egy héten egyszer (hétfőn) van a professzori vizit, amin a vezető gyógytornász részt vesz. Minden részlegen nyomtatott kérelmeket lehet használni. Az orvos tölti ki:

Név	Gyógytorna	Felkelés
Dátum	— légző	— terhelés nélkül
Dg.	— általános	— részterheléssel (hány kg-mal)
	— extenzióban	— teljes terheléssel
	— szubakvális (nincs)	
	— elektromos	

A gyógytornász az új betegek kéréslapját megkapja, utánaéz a kórlapban a műtét idejének, módjának és ennek megfelelően végzi az utókezelést. Az osztályon ez főleg a járatásból áll, pl. a frissen operált csípőtáji törött sérültnek 2—3-szor megmutatja, mi az, amit tornáznia kell, és a beteg egyedül gyakorol.

Ugyan az átlagos ápolási idő 9 nap, de pl. egy meniscus sérülés után a műtéttől számított 4. napon a beteg hazamegy, a csípőtáji törött sem marad 2 hétnél tovább. Ez úgy lehetséges, hogy a sérültek jórészt primeren látják el.

Ha tehermentesítés kell, könyökmankót vagy 3, illetve 4 lábú botot használnak. Nem-elágazó végű botot, hónaljmankót sehol sem láttam. A segédeszközöket az intézetben kapják a sérültek, és ha nem kell, visszahozzák. Az idősebb vagy egyedül menni nem tudó beteget járatás után kerek karosszékbe ültetik és az asztalhoz tolják, hogy ott egye meg a névre szólóan, melegített tányérban, lefedve érkező ebédet. A fekvőbetegeknél, ha szükséges, a kirotaó elkerülésére szivacsos rotációgátlót használnak, biztosan nem okoz dekubituszt.

Nagyon ötletes, egyszer használatos fűvókájuk van a fekvőbetegek tüdejének jó átszellőztetésére. Ez mindenkinek ott van az éjjeliszekrényén és használja is. A trombozís és a tromboembóliás szövödmények megelőzésében nagy szerepe van a primér aktív ellátásnak, az aktív utókezelésnek. A gyűjtőerek tágasságának megszüntetésére egy egyszerű rugalmas harisnyát használnak, minden sérült ilyen védelem mellett kel fel.

A földszinten egy nagy és két kis tornaterem van, valamint két helyiség a villanykezelések számára. A nagy tornateremhez 6 lépcső vezet, de külön lift működik itt azok számára, akiknek ez a 6 lépcső is neheze érik. A tornaterem padlója úgy csikozott, hogy ez a járógyakorlatoknál felhasználható.

Reggel 3/4 8-tól 11-ig, 3/4—1 óras időközökben kerül sor a csoportos tornára a nagy tornateremben, hétfőn—szerdán—pénteken boka-, térd + csípő-, térd kereszt-szalag-, a még gipszben levő radius töröttek-, csigolyasérültek számára. Számomra újszerűnek tűnt, hogy ebben a „gerinces” csoportban együtt tornázik a friss korzettes, a gipsz nélküli a több hónapja sérült ambuláns beteggel. Délután könyöksérültek, kezdő és haladó vállsérültek sérülnek sorra. Kedden, csütörtökön délelött boka-, térd + kereszt-szalag-, csigolya-, délután pedig haladó váll-, gipsz nélküli kéz-, csukló-, könyöksérült csoport vesz részt tornán. Ebből a felosztásból is látszik, hogy a betegek nem minden nap vannak beosztva tornára. Érdekes, hogy külön csípő csoport nincs, a térd- és a csípősérült tornázik együtt. Éppen ezért fordul elő, hogy pl. rotációs gyakorlatot végez a friss mediális combnyaktörött ugyanúgy, ahogy a comb diafizis törött.

A foglalkozások általában félórásak, kivéve a térd-csípőt, ez háromnegyed—egy óra. A csoportok létszáma változó volt (6—24 között), ígykeztek úgy beosztani, hogy férfiak, nők külön-külön csoportba kerüljenek. Furcsa volt, hogy a felsővégtag-tornát is állva végezték. Az egyik kis tornaterem erősítő, rugós súlyal ellátott, ellenállást adó szerkezetekkel van felszerelve. A sérült, akár míg vár a csoportjára, akár utána, ott marad és önállóan gyakorolja a mozgást. Ötletes, ellenállást adó súlyzót

használnak (olyan mint egy vérnyomás-mandzsetta, amelyben különböző kiszedhető súlyok vannak, 1—5 kg-ig). Előszeretettel használják a Böhler-féle térdhajlító, akár súllyal, akár anélkül. 4—5 Kinetec típusú elektromos térdhajlítóval is rendelkeznek.

Az 1987. augusztusi statisztika:

csoportban	1401	napi átlag 67
egyéni ambuláns	1013	napi átlag 48
osztályon fekvő	1616	napi átlag 67
elektromos kezelés	498	napi átlag 24

A gyógytornászoknak naponta egy csoportos órát kell tartaniuk, 5—7 egyéni ambuláns és kb. 10—12 osztályos betegük van.

\*

Okt. 12—16-ig Meidlingben voltam. Ez is baleseti kórház, ambuláns és osztályos kezelések folynak. Elrendezésben ugyanolyan koncepciójú, mint a Böhler Intézet. A magyar SZTK-felülvizsgálatnak megfelelő joguk van, betegállományban tartják, illetve potesztálhatják a sérültet.

240 ágyra 9 gyógytornász jut, jelentősen kevesebb, mint a Böhler Intézetben.

Az ambuláns új beteg éppen olyan számítógépes kezeléssel érkezik, mint a Böhler Intézetben, és az osztályon a gyógytorna kérése is megegyezik az ottanival.

Egy nagy tornaterem, egy kisebb (a kéz-, illetve az egyéb egyéni kezeléshez) és a fizioterápiának 2 terem áll rendelkezésére. Először csoportban tornáznak a betegek, és akiknek ez nem megy jól, azt egyéni tornára irányítják. Tudják, hogy fordítva kellene, először megindítani a mozgást és azután a kisebb kontrollt nyújtó csoportba beosztani, de kevesen vannak a betegek számához képest. Itt a felsővégtag-órán a betegek ülhettek. Minden csoport koedukált volt.

Szép, kör alakú medencéjük van, csipőig érő vízzel, a szubakvális torna végrehajtására. Nem gyógytornász, hanem fürdőmester irányítja a kezelést. Folyamatosan mond gyakorlatokat, és kinek mennyi ideje van, annak megfelelően marad vagy megy ki a medencéből.

Az intenzív osztály 8 ágyas — egy gyógytornász teljes munkaidejét kitölti. Naponta 2—3-szor légzőtornát végeztek a kooperáló betegekkel. Kétféle vibráló gépet használnak, a tüdőben pangó váladék mechanikus felszabadítására — köhögést provokálva —, ezt az eszméletlen beteggel is végzi. Az eszméletlen betegek fülén magnetofon-fülhallgatót láttam, a kedvenc zenéjük, családtagjaik hangja szól benne, a pszichostimuláció érdekében. Meglepő látvány volt, de igazán jó ötlet, a hosszan fekvő betegek lóláb-állásának megelőzésére, hogy magasszárú sportcipőt húztak a lábukra. A mosdatáshoz, passzív mozgatáshoz naponta többször leveszik, ellenőrizhető a keringés és biztos nem okoz dekubituszt.

Kiemelést érdemel, hogy a gyógytornász foglalkozik az eszméletlen beteggel is.

A 9 gyógytornász évi 16—17 ezer kezelést végez. Az 1987. szeptemberi betegforgalom:

Csoport	1207	napi átlag 55
Egyéni	1103	napi átlag 50
Elektromos	797	napi átlag 36

Alkalmam volt látogatást tenni a szomszédos rehabilitációs központban. Az intézet 50 ágyas, az 5 gyógytornász ambuláns kezelést is végez. Főleg centrális idegsérültek utókezelését látják el. Tartanak csoportórát is, egy nap hármat: gyenge, közepes

állapotú betegek részére és jó állapotúaknak kondicionálást. Az egyéni kezelések átlagosan fél órát tartanak. Amikor bekerül a beteg az intézetbe, naponta kétszer fél—egy órát intenzíven tornáztatják, kb. egy hónapig, és ezután döntik el, hogy maradjon-e a beteg, van-e reális lehetőség a javulásra.

Nagyon jól felszerelt munkaterápiájuk működik, az egyszerű gépektől a bonyolultig sok mindent használnak. Fél—hat órát töltenek el itt a betegek, részint megszokni a munkát, a terhelést, részint, hogy összpontosítani tudják a figyelmüket. Ha innen hazaengedik őket, 3 napnál tovább nem maradnak otthon betegállományban, kedvük is van dolgozni, bírják a munkát.

A foglalkozás-terápián a betegeknek képet raknak ki kavicsból, textiltől az ügyesebbek kosarat fonnak, szőnek. Mindkét foglalkozást szakképzett terapeuta vezeti.

Összehasonlítva a Böhler Intézettel, észlelhető a különbség. Pl.: kétszer annyi betegre ugyanannyi a gyógytornász, kevesebb a tornaterem, zsúfoltabb az elhelyezés. Mindezek elsősorban a körülményekben látszanak, a kezelés színvonalában nem.

\*

Október 19—24-ig a Klosterneuburg Weisser-Hof utókezelő centrumot látogattam. Kizárólag rehabilitációra készült, más intézetekben ellátott betegek utókezelését végzi. Egy éve üzemel, ennek megfelelően minden a legmodernebb technika szerint működik. Luxuskivitelét néhány adattal vázolólok: minden emeleten egy kisebb tornaterem áll rendelkezésre, egy másik helyiségben 3 nagy méretű fűrésztő kád az egyéni víz alatti kezeléshez.

Minden szinten működik egy melegítő konyha, mosóhelyiség két automata mosógéppel és szárítóval, ebédlő — egy nagy közös ebédlő a földszinten van —, két társalgó (egyik a nem dohányzóknak). A szobákban 1—2—3 ágy, padlószőnyeg, beépített szekrény, kulcsra zárható éjjeliszekrény, színes tv és tetszés szerint telefon. Mindegyik szobához külön zuhanyozó (magas lyukaesos székkel), mosdó (nagy, széles, csempézett asztallal) tartozik. A WC úgy van kialakítva, hogy guruló kocsival is könnyen hozzáférjenek mindenhez. A WC-ben gurítható kapaszkodó lóg a mennyezetről, oldalt mindenhol a haladást segítő korlátok vannak a falon, a folyosókon is. Az ottani kollégáknak is az volt a véleményük, hogy a betegek nagy részének otthoni körülményei lényegesen rosszabbak, mint az itteniek.

A dolgozóknak a földszinten van egy közös öltözőjük, és a részlegen, ahol dolgoznak, még egy öltöző szekrényük, valamint mindenhol külön zuhanyozó, mosdó, WC.

A műtőben kisebb sebészi beavatkozásokat végeznek, a laboratóriumban minden automatizált, a röntgen minden vizsgálatot el tud végezni (CT nincsen).

A munkaterápián esztergagép, kovácsműhely, nyomda, bicikliző mozgással hajtható varrógép, prés gép, asztalosműhely szolgálja a foglalkozási rehabilitációt.

Az adaptációs terápiához is átalakították a gépeket. Egy szövőszék pl. úgy működik, hogy görkorcsoyával lábmozgást kell végezni (térhajlítás, nyújtás), bokamozgáshoz különleges talp van ráserelve. Kerámiaműhelyük, rengeteg kézügyességi és figyelem-összpontosítási játéku van. Kedves színfolt egy berendezett konyha, ahol a kocsival való közlekedést tanulják, és persze főznek is.

Helyben csinálják, javítják a művétagokat, — egy műszerész folyamatosan karbantartja a guruló kocsikat.

A földszinten gyönyörű uszoda van, egy 33 méteres és egy ovális medencével, különböző vízbe emelő szerkezetekkel a jární nem tudó betegek részére. Mellette tekepálya, 2 asztal asztaliteniszhez.

Az intézetben leginkább politraumatizáltak, amputáltak utókezelését végzik. Ottlétemkor különösen sok csigolyatörés utáni para- és tetraplég beteg volt.

200 ágyhoz 17 gyógytornász és 5 testnevelő tanár áll rendelkezésre. Ambuláns kezelés nincs, — az intézet egy szép völgyben fekszik Bécstől kb. 30 km-re, a legközelebbi lakott terület is legalább 3 km.

A betegek közvetlenül az első ellátásuk után 8—9 hónapig tartózkodnak itt, majd később évenként 1—2 hónapra visszajönnek erősítésre.

A gyógytorna főleg egyéni kezelés. Naponta egy váll-, egy térd + csípő-, egy láb- és egy csigolyacsoport-foglalkozás van. Mindig csoportosan végeztetik a paraplégek, amputáltak járógyakorlatait, a guruló kocsit használatának megtanítását (két keréken, lépesőn, terepen stb.).

A földszinten egy kosárlabdapályányi tornacsarnok van (föl is van festve kosár-, kézi-, röplabdához). A felszerelése bordásfalak, falra szerelt, ferdén elhúzható létra, különböző távolságú fogazattal, mászókötéll, gyűrű, nyújtó, svéd szekrény, padok, kb. 40 db 2×1 m-es tornaszőnyeg.

Egy kisebb tornateremben két ágynyi széles kezelőpadok, bordásfal, súlyzók, nagy, színes labdák, gurítható tükör (ebből minden tornateremben több van), és 3 db ún. állító ágy található. Ehhez fekvő helyzetben hevederekkel hozzákötik az alsó-végtag-bénult beteget, majd függőlegesre állítják, hogy megszokja a lába a testsúlyt, a keringés a függőleges helyzetet.

Az erősítő tornateremben különböző súlyzókkal ellátott gyakorlók vannak, falra vagy fekvő padhoz szerelve. Az egész épületben kb. 10—12 teremkerékpár használható.

A földszinten a folyosón járás gyakorlásához korlátok vannak felszerelve, mellette és szemben tükörrel, így a betegek maguk javítják járásukat. Terepjáráshoz különböző kövezeteket építettek be, de a környező hegyekbe is naponta kiviszik őket, amíg az időjárás engedi.

Az első emeleti tornatermet használják az egyéni kezelésekre. A közepén 13 db gombnyomással változtatható magasságú kezelőpad fér el, A felszerelés itt is elektromos térd-, csípőhajlító, Böhler-féle térdhajlító, nagy, színes labdák, tornaszőnyegek, tükrök.

A fizioterápiás helyiségben 8—10 különféle elektromos kezelés folyik, a magnetront pl. most próbálták, nem tudtak eredményről beszámolni.

Érdekes, hogy ilyen jól felszerelt intézetben az egyéni tornateremben és a fizioterápián a kezelőpadok nincsenek függönnyel elválasztva egymástól, koedukált kezelés folyik. Mindent egybevetve a kezelőlapon 52(1)-féle kezelést írhat elő az orvos.

A betegforgalom 1987. augusztusi adatai:

Csoport:	váll	177	napi átlag 8
	térd + csípő	413	napi átlag 20
	láb	255	napi átlag 11
	csigolya	93	napi átlag 4
Osztályos egyéni:	II. emeletről	500	napi átlag 24
	III. emeletről	950	napi átlag 45
	IV. emeletről	431	napi átlag 21
	V. emeletről	414	napi átlag 20

Mindhárom intézetben közös volt, hogy a hangnem a kezelők és a betegek között a máshol is megszokott udvarias, inkább hideg, mint barátságos. Kivétel talán Weisser Hof, ahol a 8—9 hónapnyi közös munka során emberileg is közelebb kerül a gyógytornász és a beteg.

Számomra szinte lenyűgöző volt az egyszer használatos segédeszközök korlátlan mennyisége: rugalmas harisnyák, lélegeztető fűvókák, kézsérülés után alkalmazott különféle sínek, kesztyűk, a jó technikai felszereltség, a gombnyomásra változtatható magasságú kezelőpadok, a mindenhol működő liftek, az elektromos térd—csípő-tornáztató Kinetec gépek, a teljesen automatizált fizioterápiás készülékek.

A könnyen megvalósítható jó ötletek, pl. a járás ellenőrzésére használt tükrök nem a falra vannak felszerelve, hanem keréken gurulnak, hogy oda lehessen állítani, ahol erre éppen szükség van.

Nagy súlyt helyeztek az optimális kulturáltságra, tisztaságra. Amikor 11 órakor az utolsó csoport kijött a tornateremből, már ott volt a takarító, hogy a délutáni csoport is tiszta helyiségben tornázzék. A gipszelőkben két dolgozó folyamatosan takarít, cseréli a gipszes vizet. Ha a folyosót mosták, táblát tettek ki: „vigyázat, csúszik”.

Kórházkultúrájukban kiemelkedők a szépen berendezett közös helyiségek, ebédlők, a tágas, mellékhelyiséggel járó öltözők, társalgók.

Az utókezelésben az elvek a mieinkkel megegyeznek. Ez arra is visszavezethető, hogy a magyar traumatológia sok vonatkozásban az osztrák példát vette alapul a szervezésben. Meggyőződhettem arról is, hogy a magyarországi gyógytorna kezelések színvonala elbírja az összehasonlítást a világ élvonalába tartozó intézetekével.

Molnár Magdolna gyógytornász

**Az Egészségügyi Szakdolgozók XVIII. Tudományos Értekezlete,  
Miskolc, 1987. augusztus 14—15.**

1987-ben az Egészségügyi Szakdolgozók Tudományos Értekezletét a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Tanács Kórház-Rendelőintézete szervezte az Egészségügyi Minisztérium, az Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete, valamint a Magyar Kórházszövetség támogatásával és közreműködésével.

A tudományos tanácskozást dr. Molnár György, a Megyei Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa nyitotta meg. A megjelenteket dr. Ladányi József, a Megyei Tanács elnöke és dr. Illés Béla egészségügyi miniszterhelyettes üdvözölte. A bevezető előadást dr. Füzi István, az Egészségügyi Dolgozók Szakszervezetének a főtítkára, tartotta „Egészségpolitikánk időszerű feladatai” címmel.

Az értekezleten elhangzott 99 előadás az alábbi 4 főtéma körül csoportosult:

- I. Az ápolási munka helyzete a gyógyító-megelőző intézményekben.
- II. Az ápolás-gondozás jelentősége az alapellátás szolgálatainak munkájában.
- III. A bölcsődei ellátás helye, szerepe, jelentősége a társadalom számára.
- IV. Az egészségügyi szakdolgozók részvétele az „Egészséget mindenkinek 2000-re” program megvalósításában.

Az előadások felölelték a gyógyító, a megelőző és a gondozási munka csaknem minden területén végzendő ápolói és gondozói feladatokat, a speciális szakterületek feladatait a bőrgyógyásztattól a fül-orr-gégészetiig, az allergológiai kérdésektől a hematológiai problémákig, az immunológiától a kolineszteráz-bénító és Gramoxon-

mérgezéséig stb. A csaknem 800 résztvevő megkülönböztetett figyelemmel fordult „Korunk betegsége az AIDS” előadás felé. A további címek felsorolása — tartalmi ismertetésről nem is beszélve, — ezen rövid beszámoló kereteit messze meghaladja.

Az értekezlet szakmai színvonalát az is jellemzi, hogy a Szervező Bizottság több mint 20 előadást tüntetett ki: kettőt első díjjal, háromat második díjjal, kilencet harmadik díjjal. Tízen kaptak előadásukért elismerő oklevelet és könyvjutalmat.

A Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálatát *Fenyvesi Jánosné* (MNKKK): „A betegápolás jelentősége a Gramoxon-mérgezettek ellátásában” című előadása képviselte. A Szervező Bizottság Fenyvesiné munkáját oklevéllel és könyvjutalommal ismerte el.

Az Egészségügyi Szakdolgozók XVIII. Tudományos Értekezlete többek között arról tett bizonyosságot, hogy a gyógyító-megelőző intézményekben és a gondozás területén nemcsak gyakorlati tevékenység folyik, hanem a szakdolgozói tapasztalatok összegyűjtésével, rendszerezésével és közkinccsé tételével mindenütt komolyan foglalkoznak. Mindez az egészségügyi szakdolgozói munka további fejlődéséhez megnyugtató alapot nyújt.

**Dr. Kertész Frigyes** orvos ezredes