



ORVOSKARI HIRMONDÓ



Pécs, 2009. január–február
XIX. évf. 1. szám

TARTALOM

Erzsébet nap – 2008

(dr. Németh Péter dékán)

Egyetemi ikerdeficit (dr. Bellyei Árpád)
A Monro-Kellie hipotézistől a
„digitális idegsebészetig” (dr. Dóczi Tamás)

Két év az e-MedSolution-nel egy klinikus
szemszögéből (dr. Kovács Norbert)

Élettanszok baráti találkozója
(dr. Biró Gábor)

Száz éve született Lissák Kálmán, az élettan
professzora (dr. Lénárd László)

Orvosi Gázok ... (dr. Molnár Béla)

Oomura professzor látogatása
(dr. Karádi Zoltán)

Kármán Tódor-díj a pécsi Diagnosztikai
Központ ügyvezető igazgatójának

Bemutatkozik egy új tanszék
(dr. Hegyi Gabriella)

Szakképzőhelyek ellenőrzése
(Forrai Márta)

Beszámoló egy meg nem tartott kongresszusról
(dr. Pintér András)

ERASMUS-beszámolók

(dr. Ábrahám Hajnalka, dr. Keszthelyi Dániel,
Hegedűs András)

RENDEZVÉNYEK, ESEMÉNYEK:

IV. Országos Gyermekdiabétesz Nap (dr. Soltész
Gyula); AITT Dél-Dunántúli Szekciójának
ülése; Endokrinológiai világkongresszus (dr.
Nagy Zsuzsanna); HEFOP projekt fenntartása
(Bognár Rita, dr. Róth Erzsébet, dr. Melegh Béla);
Májkongresszus SanFranciscóban (dr. Pár
Gabriella).

Szakosztályülések programja

Intézeti, klinikai hírek

Tudományos közlemények

Sajtószemle

Ifj. Vadász István:

A pécsi Dóm freskói és kincstára

Erzsébet nap – 2008'

Tisztelettel köszöntök minden tanártársat!*

A Tanári Testület az első félévben nagyon nagy munkát végzett. Az orvoscépzést és a betegellátást érintő stratégiai kérdésekben volt úgy, hogy kéthetente tartottunk megbeszéléseket. A mai nap egy kicsit más, mind helyszínében, mind jellegében.

A Magyar Királyi Erzsébet Tudományegyetemen, így a 90 éve alapított orvoskaron is hagyománya volt az Erzsébet nap megünneplésének. Az ekkor elhangzott rektori beszédek összegezték az elmúlt időszakot és megfogalmazták a következő időszak feladatait.

Minden időszaknak megvoltak a maguk veszélyei és kihívásai. Nem hiszem, hogy van még egy magyar felsőoktatási kar, amely hasonló, súlyos kihívásokkal teli történetet mondhat magáénak. Erről már megemlékeztünk a tavasszal, és minden intézet és klinika is, amikor összeállította a saját történetét, szintén szembesülhetett ezzel. Ezért én most a mai veszélyekről és az előttünk álló kihívásokról szeretnék beszélni.

MAI VESZÉLYEK

A közép és hosszú távú koncepció hiánya, ezért rögtönzések az irányításban.

A korábbi évtizedek negatív hagyatéka, hogy nem arra szocializálódtunk, hogy magunktól várjuk a boldogulásunkat, hanem felfelé – minisztériumok, az állami és a politikai testületek felé – tekintve próbált a kar mindenkorai vezetése lavírozni. Ez természetesen rögtönzéseket eredményezett. A múltunkból is sok példát tudunk felsorolni – pl. az integrált oktatás szakszerűtlen bevezetése – de, sajnos a mai gyakorlatunkban is kimutatható, hogy az előre megtervezett stratégia helyett a pillanatnyi rögtönzés dönt el hosszú távra is kiható kérdéseket. Kétségtelen, hogy ennek történelmi okai vannak, de a társadalmi környezet megváltozásával már nem működhet ez az irányítási modell. Közép és hosszú távú fejlesztési terveket kell készítenünk, lehetőség szerinti minél nagyobb konszenzussal elfogadtatunk, és pontosan megvalósítanunk.

Ezért kértém meg a kar működésében meg-

határozó szerepet játszó állandó bizottságok elnökeit, hogy közösen indítsunk el egy stratégia tervező folyamatot, melyet a tanév végére a Kari Tanács elé szeretnék vinni.

Információhiány:

Nagyon gyakran hangzik el egy-egy kérdés eldöntésénél, hogy az a testület (pl. Kari Tanács, állandó bizottságok), amelynek kellemetlen döntést kell meghoznia – a kari közvélemény is gyakran hangoztatja – „nincs a kellő információ birtokában”. Hasonló hangok voltak hallhatók a klinikai fejlesztési pályázat (TIOP) és a klinikák költöztetése kapcsán is. Úgy gondolom, hogy ez egy kétoldali folyamat. Valóban, a különböző szintű vezető pozíciókban levők elemi kötelessége a pontos és időben történő tájékoztatás. Ugyanakkor minden egyetemi dolgozónak alapvető érdeke kell, hogy legyen a pontos tájékozódás is. Nem elég felülről várni az információra, hanem aktívnak kell lenni mindenkinek a munkáját érintő kérdésekben, hogy érdemi információhoz jusson. Tájékozódni a megfelelő fórumokon kell és nem a folyosói pletyka szintjén. Ezt a folyamatot is újra kell tanulnunk. Nemcsak a „belső PR” – azaz a folyamatos vezetői tájékoztatás a fontos, hanem minden dolgozónak elemi érdekévé kell, hogy váljon a valós információk megszerzése. Persze könnyebben elhiszi mindenki a szenzációs, leegyszerűsített és töltetben negatív híreket, azaz pletykákat, mint a gyakran unalmas, nagyjából már hallott, esetenként nehezen áttekinthető okfejtéseket, bonnyolult magyarázatokat.

Populizmus:

A fenti folyamatok – a rögtönzések és a kétoldali információ hiánya – eredményezik az egyik legnagyobb veszélyt, a populizmust. Ugyanis könnyű leegyszerűsíteni a problémákat, pl. többször kezdte a beszélgetést egy-egy vezető oktató az elmúlt időszakban így: „ebből a pénzből nem lehet oktatni”. Ugyanakkor az illető is tisztában volt vele, hogy a karnak elfogadott költségvetése van, amit a Kari Tanács is és a Szenátus is jóváhagyott, és ebből kell gazdálkodnunk. Az ilyen beszélgetések során kell elmagyarázni azt az amúgy köztudott tény-



Felelős szerkesztő: Barthó Loránd, Decsi Tamás

Tördelőszerkesztő: Babarciné Stettner Lenke.

A szerkesztőség címe: PTE Általános Orvostudományi Kar Sajtóirodája, 7624 Pécs, Szigeti út 12.

Tel.: 536-116. E-mail: hirmondo@aok.pte.hu ■ HU ISSN 1586-1031

Elektronikus publikáció: www.aok.pte.hu/hirmondo ■ HU ISSN 1586-1295

Nyomtatva a PTE ÁOK Nyomdája. Vezető: Ollmann Ágnes

A borítón és középen Hámori Gábor fényképei. A belsőben Barthó Loránd f. téli fotói.

hogy nemcsak a bevételek nőttek, hanem, ezeknél nagyobb arányban a kiadások is (pl. a bér után jelenleg 53% járulékot kell kifizetni, a közüzemi díjak jelentősen emelkedtek az elmúlt időszakban, és a növekvő bevételek után növekszik a KIR elvonás is, stb). Persze, hogy népszerűbb lenne osztogatni, de nincsen „központi keret”, a költségvetés előre megtervezett, átlátható és jóváhagyott gazdálkodási rendszere ezt – szerencsére – nem teszi lehetővé. Ez persze nem mindig és nem mindenkinek népszerű.

Menekülés a felelősségvállalástól:

A populista megoldások azért lehetnek – korlátozott körben és rövid távon – népszerűek, mert leveszik a felelősséget az egyén válláról. Elég egy helyettem is ügyködő vezetővel jó viszonyt kialakítani és akkor mennek a dolgok, azaz a problémákat oldja meg más, mert akkor nem nekem kell a felelősséget vállalni a döntésekért, és, ha az nem tetszik, akkor viszont lehet kritizálni. Ennek a szemléletnek is történelmi gyökerei vannak. Nagyon nehéz tudomásul venni, hogy a saját dolgainkért, elsősorban mi, sajátmagunk vagyunk a felelősek. Ez persze az élet minden területén igaz, nemcsak a munkahelyen.

A problémamegoldás személyi kérdésekre történő redukálása:

Alapvetően veszélyesnek érzem azt a gyakori hozzáállást is, amely minden probléma megoldását személyi kérdésre redukálja. Valóban fontos, hogy hozzáértő és megbízható szakemberek végezzék a különböző szinteken a munkát, ugyanakkor a problémamegoldás mechanizmusainak kell olyanokká válniuk, hogy személytől függetlenül is jól működjenek. Egy valódi demokráciában – amelyről egyelőre kevés a mindennapi tapasztalatunk – a döntési mechanizmusoknak kell a közmegegyezésen alapulniuk. A napi működés vezetői döntéseken keresztül valósul meg. Ennek mind a felelősségét, mind a legitimációját a testületi kontroll jelenti. A döntési struktúra kialakítására kell tehát a nagyobb hangsúlyt helyeznünk a jövőben, és az egyes szintekhez megkeresni a legmegfelelőbb embert és nem fordítva. Hosszú távú kari és intézeti koncepciót, stratégiát kell kidolgozni előbb, és utána megkeresni a legmegfelelőbb végrehajtót hozzá. És még egy gondolat ehhez a kérdéshez: ha döntés született egy ügyben, a végrehajtás során nem lehet büntetlenül az operatív vezetőt lecserélni, bármennyire is lesznek olyanok, akiknek nem tetszik az adott személy.

Ragaszkodás a rossz struktúrákhoz:

A fenti problémák mindegyike hordozza magában azt a beidegződést, hogy „nem kell változtatni, így szoktuk meg”... A legkülönbözőbb szintű problémák esetében jön elő ez a hozzáállás, legyen akár az egyetemi egészségügyi rendszer szereplőinek egymáshoz való viszonyáról, a kurikulum struktúrájáról, tanrendi időbeosztásról, vagy egyszerűen csak egy helyiség funkciójának megváltoztatásáról szó. A folyamatos megújulás képessége kell, hogy felváltsa az indokolatlan ragaszkodást a megszokott és időközben már alkalmatlanná vált struktúrákhoz. Nem lehet az új kihívásokra a régi válaszokat adni, nem lehet alkalmazkodni egy kritikusan felgyorsult világban struktúra-váltás nélkül.

Általános idegenkedés minden változástól – egyéni érdekek, közérdekek ütközése:

Nemcsak egy konkrét probléma kapcsán érhető tetten a változásoktól való idegenkedés, hanem ez alap beállítódássá vált az elmúlt években. Míg a rendszerváltást követően volt egy bizonyos fajta igény az egyetemi struktúra átalakítására, mára – talán éppen a túl gyakori és koncepciótlan változtatási kísérleteknek köszönhetően – minden új kezdeményezésnek meg kell küzdenie egy globális ellenállással. Nemcsak a karra jellemző ez a reflexszerű elutasítása minden változtatási koncepciónak. Így van ez az egészségügyben általában, de hatványozottan jelentkezik az orvostudományban. Emögött gyakran áll az egyéni érdek és a közérdek ütközése is. A vélt, vagy valós egyéni érdekek becsomagolása egy általános konzervativizmusba átmeneti taktikai esélyt jelenthet a változás elkerülésére. Ugyanakkor a változtatások szükségességét a környezet kényszeríti ránk, ezért egy-egy folyamatnak inkább az élére kellene állnunk – mert akkor befolyásolni tudjuk – és nem a kibúvókat keresni, mert abból mindig rossz megoldások születnek.

Strucopolitika:

A passzív ellenállás a változtatásokkal szemben gyakran társul azzal, hogy nem is akarunk tudomást venni azokról a változásokról, melyek körülöttünk zajlanak. Az egyetemi autonómia valóban lelassít sok külső folyamatot, de azok elérik előbb-utóbb a kar életét is. Jó példa erre a nyolc éve lezajlott egyetemi integráció, melyet soha akkor el sem tudtak képzelni, ezért a felkészülés is elmaradt, és mindez máig ható, negatív következményekkel járt. Gondoljunk itt akár a „belső adósság” kialakulá-

sának máig tisztázatlan körülményeire, akár a központi elvonások irreálisan magas terheire, melyek mind elkerülhetők lettek volna egy tudatos felkészülés esetén. Most ismét kritikus időszakot élünk, ezért a felsoroltak közül a legnagyobb veszélyt most a struccpolitikában látom.

Gazdasági és társadalmi válság vesz körül bennünket, ami ide is be fog gyűrűzni!

A veszélyek elemzése – ahogy a 90 éves történelmünk feltárása is – lehetővé teszi olyan következtetések levonását, melyek segítenek a **mai kihívások** sikeres megválaszolásában. Három alapvető pontot tartok fontosnak ebben a folyamatban:

- Strukturális átalakítás
- Szakmai egyeztetések
- Tempóváltás

Ha nem tudunk a gazdálkodás, az oktatás, a tudományos kutatás, az innováció és a kutatás-fejlesztés területén – és természetesen a klinikumban – a kihívásokhoz jobban alkalmazkodó struktúrát kialakítani, akkor nagyon gyorsan végveszélybe kerül mind az oktatásunk, mind a klinikum. Itt az utolsó pillanat egy gazdaságosabb és hatékonyabb struktúra kialakítására. Ezt célozzák azok az elképzeléseink, melyek a jelenlegi három pólusú irányítási rendszerünk (a karon, a Klinikai Központ és az Orvos- és Egészségtudományi Koordinációs Központ) átalakítását, a kompetenciák és a felelőségek tisztázását szolgálják. Mára egyértelművé vált, hogy a klinikum túlélése csak világos vezetési struktúrában oldható meg. Az orvostudomány és a klinikai rendszer összekapcsolása szükségessé teszi a kari és a klinikai irányítási struktúra kompetenciáinak pontosítását. Ezért terjesztünk a Kari Tanács, majd elfogadás esetén a Szenátus elé egy olyan szerkezeti átalakítási koncepciót, amely markánsabban jeleníti meg a kar és a klinikum kompetenciáit, felelősségvállalását és az együttműködés platformjait. Mindezt az oktatási struktúra és a betegellátó rendszer megújítása, korszerűsítése közben kell elvégeznünk. Ez csak az egyéni érdekeket háttérbe szorító, szoros szakmai egyeztetések alapján alakítható jól ki. Az időfaktor kulcskérdéssé vált, nem lehet tovább halogatni ezeket a lépéseket, mind a tervezésben, mind a végrehajtásban tempóváltásra van szükség.

Végezetül azokról az **eredményeinkről** is szeretnék beszélni, amelyek reményt keltenek arra, hogy elkerüljük a veszélyeket és megfelelünk a kihívásoknak.

Az elmúlt két év során **új arculatot** sikerült kialakítanunk a karról. Ezt elsősorban a külső PR tevékenységünk eredményességének köszönhetjük. Mindez nemcsak külsőségeinkben, hanem régiós és országos megítélésünkben is megmutatkozik. Jól bizonyítja pl. a hallgatói jelentkezések számának gyors növekedése, mind a magyar, mind az idegen nyelvű képzésünkben.

Sikereket értünk el a 2008 elején meghirdetett **Új Partnerség Program** kapcsán. Megjelentek a támogatások eredményei, a támogatóink köre dinamikusan bővül. Az új partnerség keretében sikerült felújítani az Elméleti Tömb bejáratát és rendbe tenni az épület előtti parkot. Tovább szeretnénk erősíteni a kapcsolatokat, jövőre az Aula felújít-

tását tervezzük támogatói pénzekből.

Mindezt nem tudtuk volna elkezdni a **kar gazdálkodásának stabilizálása** nélkül. Miként a 2006-os és 2007-es évet, úgy – előzetes számításaink szerint – a 2008-as évet is nyereséggel zárjuk, ezzel jelentősen csökkentve a magunk előtt görgetett adósságokat.

A karon a tehetséggondozás mindig is kiemelt feladat volt. **2008-ban az OTDK rangsorában országosan elsőkk lettünk.**

2010-ben, az EKF évében több nemzetközi kongresszus szervezési jogát kaptuk meg. Közülük a **Migrációs Egészségügy** világkongresszusát emelem most ki, melyen egy jelentős Európai Unió döntés megfogalmazása és elfogadása várható a

nemzetközi szabályozásban.

Természetesen mindezek közt a legbüszkébbek arra vagyunk, hogy **a kar 2007-ben első helyen és 2008-ban is a szoros élemezőnyben végzett a felsőoktatási karok teljesítményét értékelő** – és az Oktatási Minisztérium által hivatalosan is elfogadott – **felmérésekben** (a HVG és a Heti Válasz listáin).

Köszönöm a figyelmet!

Dr. Németh Péter
dékán

Pécs, 2008. november 19.

**Elhangzott a Tanári Testület vacsoráján, 2008. november 19-én*

Egyetemi iker-deficit

Nem féltém a Pécsi Tudományegyetem jövőjét, még ebben a deprimált hazai és nemzetközi gazdasági-politikai környezetben sem. Az egyetemi bevételek két legfontosabb része: az oktatás és a betegellátás folyamatosan növekvő igényeket és stabil piaci bevételt fognak jelenteni. Az egyetem regionális beágyazottsága és földrajzi elhelyezkedése példátlanul jó (az utolsó közvetlen feltárás előtti régió), nem beszélve arról, hogy a Dunántúl egyetlen orvosképzési helye. Szokatlan nagyságrendű – de nem elégséges – beruházások vannak a láthatáron (Tudásközpont 6,5 milliárd és 400-ágyas klinika rekonstrukció 12,6 milliárd). A 6-os sztráda is közel 1 év múlva bekapcsolja a térséget az országos vérkeringésbe, és ha kihasználtnak is, de létrejött a Pogányi Légikikötő. A térség adottságai különleges idegenforgalmi igényeket tudnak kielégíteni (Villány, gyógyfürdők, környezet-turizmus stb.), és belátható időn belül elkerülhetetlen a déli határrész alatti országok (Horvátország, Szerbia) EU-integrációja is. Emellett a 2010-es Európai Kulturális Főváros rang a város számára is – bár viszonylagosan – kiemelkedő beruházási lehetőségeket hoz, és ami ennél fontosabb, az EKF elő- és utóélete jelentős szellemi fejlődést és igényeket gerjeszt. A régió további erőssége a másik, a Kaposvári Egyetem léte, mely a jelen zavaros helyzetben sokak számára konkurenciaként jelenhet meg, azonban a jövő a két, többségében élettani bázisú déldunántúli egyetem közös stratégiáját fogja kialakítani. Az átmeneti konkurenciaharc hosszútávon inkább jótékony hatásának tűnik (párhuz-

mos/dupla regionális fejlesztés). Csak idő kérdése, hogy megjelenjenek a stratégiai

együttműködést felvállaló és képviselő vezetőik.

A továbbiakban a Pécsi Tudományegyetem **Orvosegészségügyi Rendszerével** kívánok foglalkozni, melynek jövőjét hasonlóan optimistán látom, mint a bevezetőben szerepelteket, de nem mindegy, hogy mikor és milyen formában történik a *minőségi átrendeződés*. Most biztosan nem ott tartunk. Pedig az elfogadott Regionális Operatív Program 3 fő fejlesztési iránya: *egészségügy, kultúra és környezetvédelem*.

A címben jelzett iker-deficit esetén nem a nemzetgazdaságban jól ismert kifejezésre gondolok (államadósság és folyó fizetési mérleg párhuzamos, romló tendenciája), hanem az orvosegészségügyi rendszer – *strukturális és tudásbázis* (kritikus szellemi tömeg) együttes leépülési jellegére. E kettős iker-deficit jelenleg leépülési spirálba húzta az orvosegészségügyi rendszert és karokat. Ezek elemzése és a kibontakozási lehetőségek keresése a fenti kihívások tükrében szükségszerű. Az igen fontos gazdasági helyzet, beruházás, valamint amortizáció kérdésével most nem foglalkoznék. Annál is inkább nem, mert ezen területek országos helyzete egyetemünkön is leképeződik. A folyamatok értelmezése, lefelé való kommunikációja kritikán aluli és csak a felső döntéshozók belső sistergése látszik egy-egy pillanatra, amikor a fedőt a túlfűtöttség felemeli. Elképesztő tájékozatlanság van nem csak a dolgozói, hanem a *diplomás* állomány területén is, mely inaktivitást és rossz közérzetet okoz; az esetleg érthető és előrevívó intézkedések akadályaként jelennek meg.

Struktúra

Az egyetemi integráció (2000) óta az orvosegészségügyi rendszer és karok strukturális helyzete fokozatosan romlott. Jelenleg megszűnt a Centrum, a *Medical Center*. Az Orvoskar, az Egészségtudományi Kar, valamint a Klinikai Központ egymás mellé rendelt párhuzamos pályán működnek, kompetens összerendező elv nélkül, napi alkuk folyamatában. A Szenátusban, ahol együttes állásfoglalások és szavazások esetén is *minoritást* képviselnek, gyakori az eltérő, nem egyeztetett vélemény és a szétszavazás. Viták és problémák esetén az eltűnt, és amúgy is csak szimbolikus hatáskörrel rendelkező rektorhelyettes helyett rektori egyeztetések és operatív ügyintézők történnek. A legjobb szándékot tételezem fel a megválasztott mindenkorai rektorról, de minél magasabbra csúsznak az operatív döntések, a szakszerűség szintje értelemszerűen csökken. A rektor minden jel szerint érzékeli a helyzetet, és alkalomszerűen külső vagy független információkat indukál (pl. volt rektorok tanácsadó testületének összehívása, külső vagy belső elemzőkkel való konzultáció), de a válsághelyzetben a status quo embereivel való együttműködés és napi döngicsélés fontosabb, és főleg konfliktus-elodázó. Márpedig a status quo emberei semmilyen strukturális változásban nem érdekeltek. Nekik az adott kar, ill. szervezeti egység aktuális érdekeit és stabilitását kell képviselni. Ezzel a kör bezárult. Ha túlfeszül a rendszer, márpedig ennyi kívülről is látható, – lemondás vagy személycsere. Naiv magyarázatokkal.

Strukturális lehetőségek

1. Az Orvos-Egészségügyi Karok és a Klinikai Központ kiválási útjának keresése. A fogorvosi és gyógyszer-tudományi kar ter-

vezett létrehozásával, már 5 kar részvételével, a volt Pécsi Orvostudományi Egyetem visszaállítása. (A 4 orvosegyetem megszűnése után életképesnek csak a budapesti szakegyetemi minta, vagy a debreceni erős centrum minta bizonyult.) Ennek reális pozitív üzenete az lenne, hogy ha már az erős centrum struktúrával nem tudunk megbirkózni, a budapesti példát választva a szakegyetemi status mintáját követni. Hogy ezt a lehetőséget felvetni, leírni és mérlegelni kell, az egy szabad szellemi intézetben nem fegyelmi eljárás tárgya kellene legyen, hanem az érdemi kommunikáció egyik lételemé. Szép lenne, jó lenne! De ma már több hátrány származna a kiválásból, mint előny; sajnálatos módon e téma a nagy tabuk egyike.

Az integráció előnyei jelen nézetem szerint:

- Nem mindegy, hogy az ország legnagyobb hallgatói létszámú és a Dunántúl legnagyobb gazdasági súlyú (50 milliárd) egyetemének rektora mekkora szellemi erőt és tökélet képvisel.
- Az említett gazdasági tömeg és szellemi tökeérő a működési és szervezeti koncentrációra ítélt partnerek számára is inkább centripetalis, mint centrifugális vonzerőt jelenít meg. Főleg, ha a nagy forrás megjelenik. Márpedig megjelent. Magyar ember csak ezt tiszteli.
- A város mellett az egyetem az egyetlen hasonló nagyságú munkáltatói intézmény, ugyanakkor szellemi bázisában megkerülhetetlen.
- A fokozatosan leépülő megyei rendszer egyik megkapaszkodási helye, kivezető pályája (lásd egészségügy!). A nagy forrás itt is rendezőelv.
- A főhatóságok számára is a képviselő súlya dominánsabb.
- Az országos és EU-s pályázatok, melyek tudáskoncentrációt, konvergenciát, centralizációt és együttműködést kívánnak, nagyobb eséllyel érhetők el.
- A déldunántúli regionalitás színterén az 50 milliárdos PTE és az 5 milliárdos (?) Kaposvári Egyetem eltérő dimenzióban mozog.

És a legdöbbenetesebb, de már *kihaználatlan* lehetőség: az egyetemi integráció; majd a város-megye-egyetem betegellátó rendszerének integrációja; majd a várható EU-s nagyberuházások tervezése; közgazdasági logisztikája. A gazdasági bajok orvoslása terén ezek kezelésére az egyetemen belüli szellemi potenciál komplex rendszere adott volt (Közgazdaságtudományi Kar, Jogi Kar, Rendszer-szervezők, stb.), de ezen lehetőségek hasznosítása közel a nullával egyenlő. Egy kivétel

mégis akad: a Pollák Mihály Műszaki Kar korábban soha nem látott egyetemi megrendeléshez jutott a Science Building tervezésekor.

2. Orvostudományi és Egészségtudományi Centrum

Nyolc év alatt kivégzésre került, mint a Pécsi Egyetemi Integráció legnagyobb áldozata. Ma már az se hisz benne, aki tegnap. Az *egységes orvostudományi-egészségügyi oktatási-kutatási és gyógyítási rendszer* elemeire esett szét, és ez egy 8 éves folyamat végeredménye. Felelős minden személy 2000 óta, aki részt vett benne, velem együtt. Ami most kialakult, hosszútávon biztosan működésképtelen, fragmentált egységek egymás mellett élése. Csak a hazai mentalitás helyi tükröképe jelent meg: ami szétszedhető, szétszededik, és ami stratégiailag nagy horderejű, annak az értékét maguk a résztvevők sem ismerik fel (stratégiai *vakság*). De a legnagyobb ítéletet a működésképtelenség mondta ki! Persze csak valós, egyértelmű és erős hatalmi jogosítványokkal lett volna életképes! Mottó: Azután a szekér után szaladni, ami nem vesz fel, nem szabad.

3. Kari struktúra

Kari jogosítványokkal rendelkezik az Orvoskar és az Egészségtudományi Kar, míg a Klinikum kvázi kari jogosítvánnyal, ugyanakkor gazdasági egységként megszűnt, és központosítva lett. Kívülről nézve fából vaskarika, avagy a strukturális zavar egyértelmű jele – hosszútávon működésképtelen. A PTE 2008. december 18-i szenátusi ülésére való előterjesztés a 12. oldalon a szervezeti struktúra és vezetési rendszer átalakításával kapcsolatban az alábbi alapelvet írja le:

- *egységes orvos-szakmai vezetés megteremtése,*
- a PTE egésze gazdálkodásának centralizálása.

Az első pont úgy történt meg, hogy megszűnt a Medical Center végelgyengülésben szenvedő jogutódja, míg a gazdasági centralizációt úgy hajtották végre, hogy a legnagyobb gazdasági egység, a Klinikai Központ vezetőjének gazdasági jogosítványa eltűnt. Ez a világi fegyverletétel utáni állapotnak felel meg. Aki az egységes szót leírta, halvány gőze sincs arról, hogy ami eddig egységes volt, éppen annak a szétdarabolása történik meg.

Ennek a fragmentált és dezorientált struktúrának egyetlen kibontakozási lehetőségét látom, ha a klinikum – mely hatalmas piaci, szellemi értéket képvisel – korszerű közgazdasági egységként, tökebevonásos konstrukcióval, külső fejlesztőforrás bevonására alkalmas lesz (a stratégiai vakság hírnökei már itt is aktivizálódnak). Korszerű, tökeérős

klinikum nélkül az országos regionális versenyfutásban lemaradunk, az alkalmazott kutatás és korszerű oktatás bázisai már megintogtak. Az Orvoskart is csak a piaci viszonyok megnyitása stabilizálta gazdaságilag, és a klinikumban sok éve azon egységekkel nincs érdemi probléma, melyek alkalmazták a piacközeli konstrukciót (Diagnosztikai Centrum, Művese Központ, Szolgáltatások). És ami a leglényegesebb, a legjobb szakembereink többnyire külföldre vagy az életképesebb, piacconform konstrukcióban működő hazai intézményekbe távoznak. A szakemberek tömeges távozása már átvezet az egyetemi ikerdeficit 2. témájára, a humán erőforrás kritikus gyengülésére.

Tudásbázis, avagy a kritikus szellemi tömeg

A XVIII. század a nyersanyagok, a XIX. század a gépek, míg a XX. század a számítástechnika és a miniaturizálás bővületét hozta. A XXI. század jelszava a *tudás alapú társadalom*, ahol a legnagyobb érték a kiművelt emberfő és azok koncentrált együttműködése. Mindez akkor is így van, hogyha a világ népességének mindössze 1%-a értelmiségi (főiskolai, egyetemi végzettség), de az 1% koncentrált elhelyezkedése a fejlődés egyetlen záloga. Országokat és Egyemekeket emel fel vagy terel a süllyesztő felé, ha érték-ként vagy érték alatt van kezelve. E téren divatos, de tartalommal rendelkező *jelszavak* jelzik a *legfőbb stratégiai irányt, melyek mindegyik eleme a minél nagyobb (kritikus) szellemi tömeg kialakítását* és annak a gazdasági térséggel való összekapcsolását célozza.

- *kutatásfejlesztés* : ma a legnagyobb és legtökeigényesebb befektetés, milliárdos nagyságrenddel,
- *innováció*: új termék előállításának szervezett rendszere,
- *Doktori Iskola* (szellemi koncentráció): ma az iskola ereje nem attól függ, hogy hány magasan kvalifikált embert képez ki, és teríti a nagyvilágba, hanem hogy abból mennyit tud megtartani, ill. elvagy visszacsábítani,
- *kritikus szellemi tömeg*: az EU-s pályázatok alapelve valamennyi esetben, hogy egy bizonyos projekt létrehozására milyen, a kritikus mennyiséget átlépő szellemi tömeg állítható hadrendbe,
- *egyetemi integráció*: az előbbi pont szervezeti előkészítése lett volna, korlátozott számú nagy magyar egyetemi centrum létrehozásával. A magyar viszonyok ezt az elvet is felfalták, ill. az elképzelés megvalósítása életerős fejlesztő forrás nélkül zajlott le.

A valós egyetemi integráció az elkövet-

kező 5-10 évben már szerves alapon, koncentrált fejlesztő források belépése után le fog zajlani. E tekintetben a központi térség (Budapest) egyetlen komoly vetélytársa a két pólusban (Pécs-Kaposvár) fejlődő déldunántúli régió lehet egy Pannon Egyetem formában. Az európai kutatási térséghez való csatlakozás csak hasonló léptékű tudáskoncentrációval képzelhető el.

- *Virtuális kutató egyetem*, ill. *EU-s megaprojektek*: az elkövetkező években a tudáskoncentráció elől eltűnik a tér és időkorlát, és a lokális infrastruktúra korlátozó szerepe. A legnagyobb kutatási projektekre már ma is csak virtuális szerveződésű, európai léptékű, több összefogó egyetemi központ pályázhat a siker reményében. A hardver oldaláról kedvező a hazai helyzet, hisz a hazai egyetemi központokat is összekötő, száloptikás akadémiai informatikai gerincvezeték a legjobban kiépített és a legnagyobb áteresztőképességű rendszerek közé tartozik Európában. A szellemi tőke és koncentráció oldaláról viszont egyelőre egy vergődő, sok esetben leépülő helyzetet lehet látni.
- *Medical Center*: valamennyi fejlett országban jól működő strukturális forma, mely az infrastruktúrájában és személyi állományában szétválaszthatatlan kari strukturákat integrálja és egységes stratégiát és perspektívát nyújt a résztvevőknek.
- *Klaszter (cluster)*: érintkező, egymásra épülő, fejlesztési programok rendszere.
- *Egészségipar*: egészségügyi végtermék és komplex szolgáltatórendszer egymásra épülő rendszere.
- *Egészségügyi szolgáltatóipar*: a realgazdaság domináns elemévé vált, megelőzve a termékelőállítás. Pl. az idegennyelvű orvosképzés nem csak az orvoskar bevételeit növeli, hanem a város, sőt megye teljes szolgáltatórendszerét dinamizálja (étkezés, utazás, ingatlanforgalom, lakáskiadás, stb.)
- *Tudásközpont (Science Building)*: koherens kutatóközpont, koherens korlátozott számú kutatási projektre létrehozva, mely a kritikus szellemi tömeg átlépését eredményezi. Ez épül 6,5 milliárdos EU-s forrásból a Szívgyógyászati Klinikával szemben levő üres területen.
- *Ipari Park*: a termelő üzemek csoportos elhelyezése, a szinergizmus katalizálása céljából.

■ *Inkubációs Központ*: Az Ipari Park legkorszerűbb alkotóeleme, mely az egyetemi kutatások eredményeinek a piac felé való átvezetését segíti. Elsősorban egyetemi központok körüli ipari parkban válnak életképessé.

■ *Pólus Program*: az EU korábbi fázisában az egypólusú Franciaország (Párizs) decentralizálására született átalakítási program. Ott világos volt, hogy a francia fejlődés csak a vidékfejlesztésen keresztül oldható meg, több vidéki pólus fejlesztésével.

Ott ez meg is történt. Nem véletlen, hogy a magyar EU-s csatlakozást megelőzően és utána is az egypólusú (Budapest) Magyarországra francia kormánybiztos neveztek ki a magyar kormány mellé, a folyamat levezénylésére. Kb. 5 éves itt-tartózkodás után a francia kormánybiztos elmenekült, mivel a hazánkban még mindig fennálló, erősen balkáni beütésű központi kijáró rendszer struktúráját és szemléletét nem sikerült feltörni.

Az első 5 évben Magyarországra érkező kb. 8-9 ezer milliárd EU-s tőke kis töredékét – 700 milliárd forint – a vidéki pólusok fejlesztésre szánták (Miskolc, Debrecen, Szeged, Pécs, Győr)! Már önmagában is nevetséges összeg, de ami utána történt még nevetségesebb: jelenleg ezen összeg csak kb. feléről-egyharmadáról álmodozhatnak a vidéki pólusok, mivel a politikai elit és a minden szállal a központi térséghez kötődő döntéshozók a források nagy részét áterelték más csatornába, pl. a Pécsi Ipari Parkba tervezett Regionális Egészségügyi Innovációs Centrum is léket kapott. Ezzel egy tervezett, komplex egészségügyi cluster fontos láncszeme esett ki. A cluster felépülése a következő lett volna: Science Building – Innovációs Centrum – Inkubációs Központ – centralizált gyógyító intézmények – regionális egészségipar.

Válaszutak Sodródás

Ha bárkit – főleg döntéshozót – elhomályosít a várható két nagyobb beruházás megvalósulása, az az egyetem leépülési spirálját segíti. A struktúra és szellemi erőforrás visszaépítése nélkül a beruházási rendszerek humán oldalról kapacitásuk alatt fognak dolgozni és gazdaságtalanul működni. Ez esetben további *sodródás* várható. Mint ahogy a klinikumokra időnként rádöntött plusz HBCS lehetőségek sem használhatók ki a működőképesség szélére csupaszított rendszerben. Nagy hajóhoz hasonlítható,

mely lassan fordul. A leépített szellemi bázis visszaépítése és újraképzése 10-20 év.

Gazdasági konszolidáció

E téren a döntéshozók az elmúlt években példátlan erőfeszítéseket tettek, és szükséges intézkedések sorozatát hozták meg. A belső adósság felszámolása nélkül és a pályázati rendszerekhez önerő biztosítása nélkül külső forrás bevonása lehetetlen. A 22-es csapdája azonban fejünk felett lebeg: amilyen mértékű humán leépítés történt, az egyértelműen a működőképesség és a kritikus szellemi tömeg alá vitte a spirált. A csapdahelyzetet a szellemi tömeg oldaláról tekintve, *hadszíntér* látható. Az oktatási és betegellátási élmunka teher *toxikus* szintre emelkedett. A kutató munkához szükséges minimális idő eltűnt, az ún. élmunka-túlterhelés miatt a kapkodás és minőségromlás a jellemző. A betegellátásban a hibalehetőség nőtt. Az iskolarendszer és universitas szellemi hajtóereje eltűnt. De a legnagyobb rombolást a leépítések *formája* és *módja* idézte elő. Pl. az egyetem hírnevét megalapozó országos és nemzetközi szaktekintélyek kerültek nyugdíjazásra vagy elbocsátásra minden méltóság és „elbocsájtó szép üzenet” nélkül. Itt már nem csak az autonóm Medical Center, hanem az Universitas szelleme is léket kapott! Az egészségügyi dolgozók, kutatók és oktatók évek óta végzik úgy munkájukat, hogy a fizetés éhbér körül van, túlórának túlóradíj nélkül, a jutalom – mint személyi ösztönző – ismeretlen fogalom, és kritikus helyzetekben a lefelé való kommunikációban a jó szó is nagyrészt eltűnt. A szellemi erőforrás megtartásához és elkerülhetetlen felépítéséhez nem csak pénzre van szükség!

A fent leírt folyamatok értelmezéséhez egy saját példával szolgálnék. Az Ortopédiai Klinika 18 éves igazgatási idejének második felében 10 munkatársam távozott külföldre dolgozni (2 habilitált docens, 4 PhD-vel rendelkező adjunktus, 2 PhD-vel rendelkező tanársegéd, 1 PhD-hallgató és 1 gyakornok). Eltávozásuk oka nyilván összetett, de egyikük indoka ma is nyomaszt: „Megcsaltál és tévútra vittél minket Főnök! Azt mondtad, hogy Magyarországon a megszerzett tudásnak és magas kvalifikációnak egyre nagyobb értéke lesz!” Ellenérvem sem akkor nem volt, sem most nincs, de az elhangzott szavak inkább utóbb, mint előbb, gondolataim leírására ösztönöztek.

Pécs, 2009. február 2.

Prof. Bellyei Árpád

„...nekünk itt ez a kedves föld és nép, melyet hazánknak és nemzetünknek neveziünk, az egyedüli mindenünk, ez a tér, ez a föld az, melyet mindenekelőtt és minden irányban művelniünk kell.” (Ipolyi Arnold)

A Monro-Kellie hipotézistől a „digitális idegsebészetig”

Akadémiai székfoglalóm célja elsősorban az volt, hogy igazoljam a nyilvános előadást jelenlétükkel megtisztelő hallgatóimnak, hogy az MTA Orvosi Osztály tagjai – manuális klinikus mivoltom dacára – méltányolható beválasztási döntést hoztak esetemben! (Az MTA történetében volt olyan 50-éves periódus, amikor manuális klinikust nem választottak taggá!) Köszönöm jelölőim (Jobst Kázmér, Szolcsányi János és Kosztolányi György) négy akadémiai perióduson átívelő, kitartó bizalmát! Külön köszönöm Pásztor Emil idegsebész akadémikus támogatását, hiszen tudva levő, hogy a közvetlen, legszűkebb szakma elismerése a legértékesebb kitüntetés! Az élet nagy adománya, hogy itt tudhattam előadásomon 92 éves, most is ragyogó intellektusú édesanyámat!

A Monro-Kellie hipotézistől a „digitális idegsebészetig” előadás címmel pályafutásom két periódusát, a szegedi (16) és a pécsi (16) éveket fedti, s összefoglalást kíván adni egyetemi-klinikusi működésemről. Szakmai és tudományos érdeklődésemet egyik első ügyeiletem drámai élménye határozta meg, amelynek lényegét Alexander Monro 1823-ban, Edinburgh-ben fogalmazta meg (Observations on the structure and function of the nervous system. 1783, Creech & Johnson 1823), s amelyet klinikai példával először George Kellie 1824-ben írt le (Transactions of the Medico-Chirurgical Society of Edinburgh, 1824, 1: 84-169).

Koponyaűri térfogatszabályozásra vonatkozó hipotézisük: „the cranium is a ”rigid box” filled with a nearly incompressible brain; its total volume remains constant; any increase in the volume of the cranial contents (e.g. brain, blood or cerebrospinal fluid) will elevate intracranial pressure; if one of the 3 elements increase in volume, it must occur at the expense of volume of the other two elements” ma is érvényes!

Gyermeekkori koponya-agysérülés esetén sajnos gyakran előfordul az a különleges kórtani helyzet, amikor a baleset pillanatában elsődleges agykárosodást el nem szenvedett, tehát a mentőben tudatánál lévő kicsiny sérültet két-három nap múltán, agyödéma szövödményeként kifejlődő befolyásolhatatlan koponyaűri nyomásfokozódás miatt elvesztünk. A zárt térfogatú koponyaüreg miatt az eredeti betegségtől ugyanis független lehet e gyakran befolyásolhatatlan szövödmény kockázata! A „rossz szellem kiszabadul a palackból”, amint ezt Georges Duhamel grafikája művészien illusztrálja (1. ábra).

Klinikai működésem elején hamar megértettem Harvey Cushing mondását: „aki az agyödémát uralni képes, az idegsebészetet uralja!”. A zárt térfogatú koponyaüreg kórtani jelentőségét fokozza, hogy „szisztémás”, tehát nem idegrendszeri eredetű betegségek is járhatnak koponyaűri nyomás-fokozódással, s az intrakraniális szövödmény ezekben az esetekben is „önálló életet élhet”. A kóros térfoglalás és a koponyaűri nyomásfokozódás exponenciális kapcsolatot szegedi munkatársaimmal – mások mellett – mi is igazoltuk (*Neurosurgery* 28:821-825, 1991). Több klinikai és kísérletes vizsgálatot végeztünk munkatársaimmal idegsebészeti eredetű, „szisztémás” hyponatraemiás kórállapot, pl. „víz-mérgezéses agyödéma” miatt kifejlődött intrakraniális nyomásfokozódás kórtanának meghatározására. (*Neurosurgery* 9:394-397, 1981; *Zentralblatt für Neurochirurgie* 43:63-68, 1982; *Neurosurgery* 10:685-688, 1982; *Voprosi Neurohirurgiji* 6:47-48, 1982).

E kísérletek során merült fel a további kérdés, hogyan lehet elég-séges hatású a Monro-Kellie hipotézis szerinti koponyaűri térfogat-



1. ábra
Georges Duhamel grafikája

szabályozás olyan nagy kiterjedésű kórfolyamatok, pl. agydaganatok esetén, amelyek mérete (pl. 350 ml) meghaladja a kompenzációra képes intrakraniális vér (80-100 ml) és liquor cerebrospinalis (150 ml) összterét? Azaz hogyan „férhet be” a „koponyadobozba” e többlet szövet-tömeg /350 ml-(100ml+150ml)/? E kérdésre választ az irodalomban nem könnyen találtunk, ezért munkatársaimmal tanulmányozni kezdtük az idegszöveti térfogatszabályozás mechanizmusait. Hogyan kontrolláltatik az idegszöveti tér? Víztartalom szabályozása révén, hiszen a szürke- és fehérállomány folyadéktartalma 80% körüli. Az extra- és intracelluláris tér meghatározott aránya létfeltétele a szinaptikus aktivitásnak és az axonális akciós potenciálnak. Az idegszöveti víztartalom a kapilláris filtráció – reszorpcióból ered, amelyet a Starling hipotézis ír le. Az idegszövetben a kapilláris filtráció – reszorpció egyenlő a vér-agyagát működésével, s mérlegelendő az is, hogy az agyban nincsen nyirokrendszer! A vér-agyagát struktúra (zonulae occludentes; tight junctions) csak korlátozott és szigorúan szabályozott víz- és elektrolittranszportot tesz lehetővé. Az agyi kapillárisok hidraulikus konduktivitása alacsony: $1,1 \cdot 10^{-6} \text{ ml / min} \cdot \text{mM} \cdot \text{cm}^2$, a vázizom kapillárisé ennek százszorosa: $10^{-4} \text{ ml / min} \cdot \text{mM} \cdot \text{cm}^2$. Az ozmotikus reflexiós koefficiens az agyban minden oldalra magas: pl. NaCl-é 0,9-1, az izom kapillárisé viszont ennek csak a tizede: 0-0,1! A Starling hipotézist az idegszövet esetén tehát módosítani kell. Miközben a szisztémás szervekben a kapilláris hidrosztatikus nyomás 25-30 Hgmm és a plazma oncoticus nyomás 25 Hgmm, az idegszövetben a teljes plazma osmotikus nyomás (NaCl stb.) = 6000 Hgmm! A hidrosztatikus nyomásgrádiensnek tehát kicsiny a szerepe! Itt meghatározó az ozmotikus feed-back jelenség, azaz a kompartmentek közötti folyadékmozgás korlátozott volta. Ebből eredően az idegszöveti zsugorodás vagy duzzadás csak minimális mértékű.

Jól illusztrálja előbbieket az agyi hipertóniás krízis, azaz a „vérnyomás-áttörés” - „break-through” példája. Tegyük fel, hipertóniás „krízis” miatt a kapilláris hidrosztatikus nyomás 25 Hgmm-t (100%) emelkedik. Kapilláris filtráció indul, amely folyadékban nyilván nincsen fehérje vagy só. A perivascularis (interstitialis) ozmolalitás azonnal csökken, s a feltételezett 25 Hgmm (100%-os) hidrosztatikus nyomásemelkedést már 0,35%-os (tehát csekély) agyi víztartalom emelkedés kompenzálja a van't Hoff törvény szerint! Ugyanis $16,7 \text{ Hgmm} = 1 \text{ mOsm}$ emelkedéssel jár. Az idegszöveti térfogatszabályozással kapcsolatos eredményeket 1993-ban az *Acta Neurochirurgica* kérésére referátumban foglaltam össze (*Acta Neurochirurgica* 121:1-8, 1993). Az idegszövet térfogat-állandósága

az intrakraniális térben prioritással bír, az idegszövet nem ideális ozmóméterként működik, amit a klinikai dehidráció kezelése során figyelembe kell venni! Hipotóniás környezetben az astrocyták (azaz az idegszövet) képesek – a membránpermeabilitás változtatásával (Ca^{2+} , K^+ , Na^+ , Cl^-) és organikus oszmolok felvételével – térfogatukat szabályozni, azaz kezdeti duzzadás után zsugorodni (regulatory volume decrease and release phenomena), hyperosmolaris környezetben pedig kezdeti zsugorodás után duzzadni!

Milyen téglákat építettem hát a szöveti-szabályozás „tudás-épületébe”?

Szöveti szabályozással kapcsolatos eredményeink (kísérletes és klinikai) 1981-1984 között az alábbiak:

Az aneurysma megrepedéséből eredő lágyagyhártya alatti vérzés akut szakában a betegek egyötöde vér-agyagát károsodást szenved! Ez a barrier-zavar súlyos szövődmények kialakulásának megbízható prognosztikai klinikai jele. (*Neurosurgery* 13:338-339, 1983; *Journal of Neurosurgery* 59:1109-1110, 1983; *Acta Neurochirurgica* 77:110-132, 1985; *Stroke* 17:498-501, 1986; *Neurosurgery* 18:733-739, 1986). A klinikai vizsgálatok egy részét Wimbledonban végeztem, ahol az EMI cég az első CT-t kifejlesztette. Egy életre szóló élményt adott, hogy együtt dolgozhattam Dr. James Ambrose-zal, aki a „Radiologist who made life



2. ábra

Godfrey Hounsfield és James Ambrose, a CT-szkennerek kifejlesztői, Atkinson Morley's Hospital, London, 1973

easier for countless patients and physicians by helping to invent the CT scanner” (2. ábra), (Dóczi T, Ambrose J, O’Laoire SA: The significance of contrast enhancement in cranial computed tomography following aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Journal of Neurosurgery* 60:335-342, 1984).

Szöveti szabályozással kapcsolatos további eredményeink (kísérletes és klinikai) 1984-1988 között az alábbiak:

Az irodalomban az elsők között vetettük fel és igazoltuk, hogy az agyszövet víz- és elektrolitháztartását (az agyi térfogatot) egy centrális (a perifériától az agyi gátrendszerek által elválasztott, független) neuroendokrin-rendszer is szabályozza (3. ábra). Igazoltuk a hormonok „centrális” eredetét; a hormontranszport útját a release helyétől a célsejtekig; és a célsejtek (endothelium, plexus epithelium, astroglia) egyes hormonok hatására bekövetkező térfogatváltozását. A centrális vasopressin víz-

konzerváló, az atrialis natriuretikus peptid pedig víztartalom csökkentő hatású az agyszövetben. A vasopressin antagonisták, illetve az atrialis natriuretikus peptid analógjai az agyödéma- és az intrakraniális nyomáscsökkentés új alternatíváját jelentik. (*Neurosurgery* 11:402-407, 1982; *Neurosurgery* 14:436-440, 1984; *Neurosurgery* 21:454-458, 1987; *Neuroscience* 22:138, 1987; *Neurosurgery* 23:16-19, 1988; *Journal of Neurosurgery* 72:986-987, 1990). A centrálisan adott vasopressin és atriopeptin agyödéma kialakulására kifejtett hatását később modern, nem invazív MR módszerekkel Pécsen is igazoltam Vajda Zsolt doktorandusz kollégámmal (*Neurosurgery* 49:697-704, 2001).

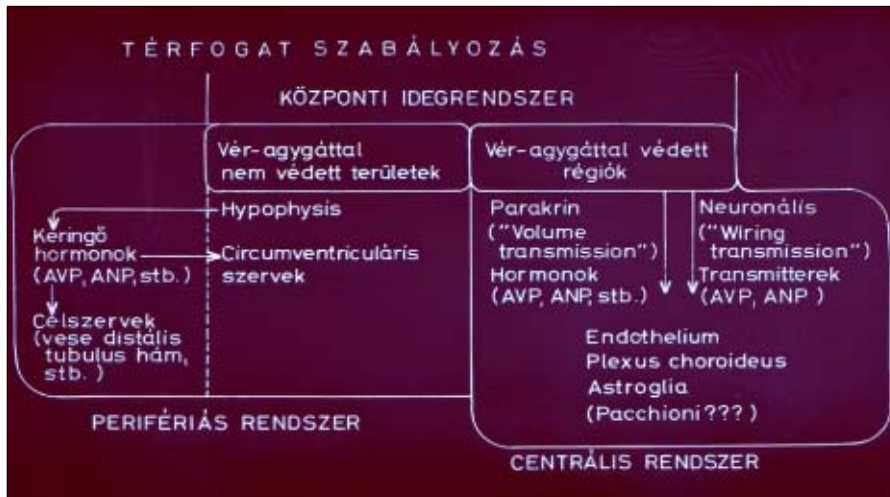
Merőben új kihívások elé kerültem 1992-ben, szakmai életem második szakaszában, Pécsre kerüléssel. Felelőssé váltam egy klinika működtetéséért, egy régió idegsebészeti ellátásának színvonaláért!

Melyek voltak a fő kihívások: klinikai fejlesztések, hiszen „digitális forradalom” zajlott az idegsebész szakmában! Emellett, persze kevesebb időben, s személyi energiával továbbra is foglalkoztattak az agytérfogat-szabályozás kérdései: in vivo, gyors, kvantitatív vízmérés hiánya; a rendelkezésre álló klasszikus kettős lipid-membránon való vízdiffúzió, mint alacsony vízpermeabilitású modell, amely „életszerűtlen”, azaz nem írja le a gyors agyödéma létrejöttét! Doktorandusz kollégáimmal (Vajda Zsolt,

Schwarz Attila) elkezdtek az in vivo, gyors, non-invazív víztartalom meghatározási módszerek kidolgozását. MR T_1 térképet készítettünk. Kisállat T_1 térkép reprodukciót követően kisállat proton MR spektroszkópiát (^1H -MRS) fejlesztettünk ki, majd humán víztartalom-mérést végeztünk be inverziós pulzussal előkészített turbo FLASH MR szekvencia alkalmazásával. A 30-perces valós T_1 idő térkép vizsgálatot lokalizált ^1H -MRS-sel 2 percre szorítottuk le. A humán vizsgálat idejét is 30 percről 2 percre csökkentettük! (*Magnetic Resonance Medicine* 46:1246-9, 2001; *Acta Neurochirurgica* 144:811-816, 2002; *Acta Neurochirurgica* 146:1341-1346, 2004) Lehetővé vált a rutin klinikai gyakorlatban, hogy az agyödémát is úgy kezeljük, mint pl. a vérnyomást. Először megmérjük a kóros paramétert, azaz a kvantita-

tív víztartalmat, majd ennek megfelelően adjuk a gyógyszert, s hatását ellenőrizzük.

Diffúziós MR-képalkotást (DWI) alkalmaztunk az extra/intracelluláris tér arányának vizsgálatára, hiszen a korai stroke kimutatására rendkívül érzékeny (már 1 perccel az ischaemiás infarktust követően!), s sok kórfolyamat, pl. diffúz axonalis sérülés, epilepszia, tumor, abscessus kimutatására is alkalmas. Tanulmányoztuk, vajon a klinikai gyakorlatban használt diffúzió-súlyozott MR vizsgálat valóban a kompartmentalizációt, azaz az extra/intracelluláris terek arányát vizsgálja-e. Vajon a mono-diffúziós konstans nem két független (gyors és lassú) diffúziós mozgás eredője-e? Hideg-sértéses agyödéma modellben, ahol elektronmikroszkóppal membrán dezintegrációt találtunk, a diffúziós koefficiens értékek összevetése a morfológiai adatokkal azt igazolta, hogy a sérülés központjában biexponenciális maradt a szignál-lecsöngés a sejtmembrán dezintegráció ellenére. Meg-



3. ábra

Az agy térfogatszabályozása. Doktori disszertáció, 1994.

állapítottuk, hogy a diffúzió-súlyozott MRI nem a vízmolekulák sejten belüli/kívüli elhelyezkedését, azaz nem az extra- és intracelluláris tereket reprezentálja! Valószínűleg a vízmolekulák fizikai-kémiai tulajdonságát, azaz kötöttségi állapotát, a makromolekulák hidráltóságát méri. Ez alapján a klasszikus extra- és intracelluláris ödéma felosztás klinikai értelemben kérdéses, mert *in vivo* nem mérhető. Ez új ödéma klasszifikáció lehetőségét vetette fel, amelynek alapja nem a víz molekulák elhelyezkedése lehet, hanem a fizikai-kémiai tulajdonságuk! A diffúzió-súlyozott MRI (biexponenciális szignál-lecsöngés) alkalmas tehát a klinikai dehidráló terápia mérésére (Stroke 34:E17-18, 2003; Magnetic Resonance Medicine 51:278-85, 2004; J Magn Reson Imaging 25:26-31, 2006; J Magn Reson Imaging 28:34-8, 2008).

Sulyok Endre gyermek-nefrológussal kezdtük el a molekuláris vízcsatorna fehérjék kutatását, azzal a munkahipotézissel, hogy van-e az idegrendszerben a vesével analógia: ADH – aquaporin-2 hatás, hiszen a kettős lipidmembrán a vízdiffúzió modell nem magyarázta a kóros „gyors” vízmozgásokat! Az agyi aquaporin-4 expressziójának és sejten belüli lokalizációjának vizsgálatát agyödémában 2000-ben, egy amerikai csoporttal egy időben, elsőként közzétettük (Biophys Biochem Res Communications 270:495-503, 2000). Dystrophin-null *mdx-βgeo* transzgenic egér modelben igazoltuk, hogy a AQP4 hiánya a vér-agyagátal késlelteti agyödéma létrejöttét és megnyújtja a túlélést. Arra a következtetésre jutottunk, hogy a gyógyszeres beavatkozás barrier-membránokba potenciális agyödéma kezelési módszer lehet (Proc Natl Acad Sci USA 99:13131-13136, 2002; J Neurochemistry 87: 30-30, 2003; Acta Neurochirurgica 146:955-60, 2004; Neuroscience 129:991-996, 2004). Ennek további vizsgálata EU FP6 „Aqua(Glycero)porin” projekt keretei között, nemzetközi együttműködésben, jelenleg is folyik. Összefüggést igazoltunk a perinatalis folyadékter-átrendeződés és a vízcsatorna fehérjék (AQP1, AQP4) megjelenése között az ontogenesis során (14-40. hét) (Int J Dev Neurosci. 24:295-305, 2006).

Összefoglalva: az agyödémával kapcsolatos munkáim hatása az irodalmi idézettség alapján:

1. A centrális AVP vízkonzerváló, az ANP víztartalom-csökkentő. (Vasopressin antagonisták, atriopentin analógok – potenciális agyödéma gyógyszerek?)
2. Vér-agyagát (barrier) zavar akut kialakulása subarachnoidális vérzés után súlyos szövődmények előrejelzője.
3. AQP4 hiánya késlelteti agyödéma létrejöttét, megnyújtja a túlélést.

4. Rutin klinikumra alkalmas (2-perces) agyödéma MRI fejlesztése.
5. A diffúzió-súlyozott MRI nem a vízmolekulák elhelyezkedését (sejten belül/kívül) reprezentálja.

Új klinikai agyödéma klasszifikáció alapja nem a vízmolekulák elhelyezkedése, hanem fizikai-kémiai tulajdonságuk: fehérje-kötöttségük!

Klinikai fejlesztések célja: megfelelés a „digitális forradalom”-nak. A „digitális idegsebészet” meghonosítása hazánkban.

Az egyetemi klinika (regionális centrum) feladata: új módszerek honosítása, hazai terjesztése. A klinikai gyakorlat színvonalának indikátora az, vajon képes-e a munkacsoport hozzájárulni a nemzetközi irodalomhoz? Képes-e innovációra, azaz önálló kutatás-fejlesztésre? Képes-e szabadalommal védett, érdemes kutatás-fejlesztést létrehozni?

Képzalkotás által vezérelt idegsebészeti fejlesztés Pécssett:

- neuroendoszkópia
- funkcionális idegsebészet
- epilepszia-sebészet
- funkcionális kép-vezérelt mikroidegsebészet
- endovascularis idegsebészet
- sugársebészet, stereotaxiás frakcionált sugárterápia

A pécsi klinika részt vett a „MINOP = Erprobung und Bewertung von mikrosystemtechnischen Komponenten zum Einsatz in der minimalinvasiven Neurochirurgie” Bundesministerium für Bildung und Technik német projektekben /MINOP 1 (1993-1996); MINOP 2 (1997-2000). Eredeti ötletekkel hozzájárult a piacon jelenleg legelterjedtebb neuroendoszkópos rendszer kifejlesztéséhez (Neurosurgery 40:871-877, 1997), valamint a CT/MR vezérelt stereotaxiás CRW kettős keret (semi-arc) kifejlesztéséhez (RADIONICS, USA) (Minimal Invasive Medicine 7:23-31, 1996; Lasers in Surgery and Medicine 21:444-455, 1997; Minimal Invasive Neurosurgery 42:35-40, 1999; Minimal Invasive Neurosurgery 43:4-8, 2000; Acta Neurochirurgica, 142:539-545, 2000).

MR-vezérelt funkcionális idegsebészet hazai bevezetését végezte el a klinika (Movement Disorders 21, 318-324, 2006; J Magnetic Resonance Imaging 24:1409-1412, 2006; Parkinsonism Relat Disord 12:223-7, 2006; Movement Disorders 21(1):82-5, 2006; Parkinsonism Relat Disord 14:229-32, 2008; Parkinsonism Relat Disord 14:476-80, 2008).

Epilepsziás roham alatti aktiváció terjedésének vizualizálása történt iktális fMRI segítségével elsőként a világon (J Magn Reson Imaging 28:34-8, 2008; Epileptic Disord 10:93-100, 2008, J Neurosci Methods 167:335-9, 2008).

Funkcionális-kép (fMRI)-navigált mikroidegsebészet bevezetése történt hazánkban először (Laterality, 16:1-12, 2008).

Verbtebroplastica hazai bevezetése Pécshez kötődik (European Journal of Neurosurgery / Acta Neurochirurgica 150:677-83, 2008).

Új endovascularis idegsebészeti stratégia magas kockázatú agyi AVM kezelésére új embolizáló anyag fejlesztésével (EU FP6 projekt: „@neurIST: Vertical integration of biomedical data and clinical evidence for knowledge discovery, personalised risk assessment and treatment design”; NKTH Jedlik Ányos 2005 EMBA projekt).

A neuroklinikum szakterületén Pécssett létrejött egy olyan Kli-

nikai Idegtudományi Központ (4. ábra), amely jelenleg megfelel a kor igényeinek és kihívásainak.

Hálás vagyok tanárainknak, munkatársainknak, együttműködő társainknak, családomnak segítségükért!

Köszönöm a POTE, majd PTE Orvos- és Egészségtudományi Centrum, majd a PTE Orvos- és Egészségtudományi Koordinációs Központ, s nem utolsósorban a Pécsi Diagnosztikai Központ Által biztosított szakmai lehetőségeket!

Dóczi Tamás

4. ábra

Klinikai Idegtudományi Központ, Pécs



Két év az e-MedSolution-nel egy klinikus szemszögéből

2007 februárban, a Pszichiátriai Klinikát követően, másodikként vezették be a Neurológiai Klinikán az e-MedSolution rendszert. Az eltelt közel két évben a szoftver számos fogyatékoságát korrigálták, azonban a használhatóságot illetően csak minimális fejlesztések történtek. A decemberi Orvostudományi Hírmondóban lettem figyelmes az elektronikus gyógyszerrendelés várható bevezetésére. Írásommal arra szeretném felhívni a Tisztelt Olvasók figyelmét, hogy a program rutinszerű alkalmazása nem segíti, hanem éppen ellenkezőleg, jelentősen hátráltatja a klinikai munkát. Néhány fontosabb területre szeretnék kitérni: az adatkonverzióra, a „felhasználóbarát” kivitelezésre, a laborrendelés gyönyörűsége folyamatára, a papírpocsékolásra, illetve a receptírásra.

Adatkonverzió

Kezdjük a program bevezetésével. 2006 decemberében történt a Rét utcai tömbben használt HospNet adatbázisának konvertálása, de az e-MedSolution bevezetése 2007. februárig váratott magára. Azon kívül, hogy az adatkonverzió minősége kívánivalót hagy maga mögött, a konverzió és az e-MedSolution bevezetése között eltelt közel két hónapos intervallumban készített ambuláns lapok, osztályos zárójelentések mind a mai napig nem kerültek be az e-MedSolution adatrendszerébe. Arra, hogy ez a hiányosság a klinikai munkát jelentősen hátráltatja és jogi aggályokat is felvet, több alkalommal felhívtuk az illetékesek figyelmét.

Nem az adatkonverzióhoz tartozik, de fontos megemlíteni, hogy számtalan esetben találkoztam már olyan osztályos megjelenéssel, ami a Neurológiai Klinika egyik munkaállomásán készült és a rendszer szerint nincs hozzáférési jogom, vagy rosszabb esetben nem elérhető az állomány. Szerencsés esetben a bekódolt diagnózisokat meg tudom nézni, de egyéb érdemi információt ilyenkor nem lehet kinyerni a rendszerből.

Felhasználóbarát működés

Alapvető, koncepcionális probléma, hogy a szoftvert nem felhasználóbarátnak tervezték. Számomra az egyik legfurcsább, hogy a program kizárólag egérrel használható, egyetlen **billentyűkombinációt** sem ismer. Mennyivel gyorsabb lenne a program használata, ha a fontosabb funkciók billentyűkombinációkon keresztül is elérhetők lennének! Példának okaként ALT+A az anamnézist, ALT+P a jelen panaszokat, ALT+S a státuszt, ALT+E az epikrízist, ALT+R a rendelésbevitt, CTRL+P a nyomtatást és a CTRL+S a beírt adatok elmentését jelenthetné. Az adatbevitt ugyanis nagyon meglepetésszerű, hogy minden funkció csak a jóval lassabb egérgattintással érhető el. Nem véletlen, hogy a legtöbb kórházi és házi orvosi egészségügyi szoftver (pl. HospNet, VisualSzolga) kezelhető billentyűkombinációk segítségével is, melyeknek alkalmazásával az adatbevitel, a receptírás és a korábbi megjelenések áttekintése érezhetően egyszerűbbé és gyorsabban elvégezhetővé válik.

Szintén értelmetlennek tűnik számomra, hogy minden kórlap, ambulánslap, zárójelentés, előző megjelenés, sőt az általunk felírt receptek is, **Adobe Portable Document Format (PDF)** dokumentumként jelennek meg. A PDF formátum számos hátrányt hordoz magával. Minden korábbi dokumentum megnyitásakor meg kell várni, míg az Adobe Acrobat Reader vagy a plugin-je betöltődik és beolvassa a PDF fájlt. Lassabb számítógépek esetében ez 5-15 másodperces tétlen várakozást is jelenthet! Nem beszélve arról, hogy a korábbi leletek átmásolása nehézkes, a bemásolásakor a hosszú „ö” és „ü” betűk helyett kérdőjelek jelennek meg, illetve a PDF sortörései miatt a bemásolt szöveg formátuma közel fél-egy perces manuális korrekciót igényel. További programozási hiba, hogy ha például egy korábbi beteg zárójelentésének PDF példányát elfelejtjük bezárni, akkor újabb beteg zárójelentésének megnyitásakor a régi beteg zárójelentése jelenik meg!

Vajon igazságügyi vonatkozásai vannak-e, hogy a PDF-ből

átmásolt státusz, epikrízis nem felel meg a magyar nyelv szabályainak (azaz egyes betűk helyett kérdőjelek találhatók)? Miért kell közel egy percet eltöltögetni az adatmásolással, ha az adott beteget korábban a Neurológiai Klinika Epilepszia Ambulancián láttam és most pedig az Általános Ambulancián vizsgálom?

Rutin laborkérés

A szoftver használata során a laborrendelés az egyik legmunkaigényesebb tevékenység. Azok kedvéért, akik még nem használták ezt az ominózus rendszert, egy jól illusztrált példán szeretném érzékelteni, hogy hány egérgattintásba kerül, amíg egy beteg rutin laborját másnap reggelre elrendeljük. Mivel kizárólag csak orvosoknak van labor rendelési joga, ezért az alábbi procedura elvégzése orvosi hatáskörnek tekinthető, tehát lényegében nem ruházható át nővérekre.

A beteg kijelölése az 1. klikkelés. A második klikkelés már nehezebb eset, ugyanis a nagyon gyakran használt „Eset rendelesei” ikon a lap közepén található és pozícióját gyakran változtatja: néha a jobboldali néha a baloldali oszlopban található. Tehát először meg kell keresni, hol leledzik aktuálisan ez az ikon, majd rá kell kattintani (2). A „Rendelés bevitel” gomb megnyomása a 3. klikkelés. Mivel a KKRutin kérést kell használni, rákattintunk szolgáltatási tétel kiválasztására (4), beírjuk a „KKRutin” szót a keresőbe (5), majd a keresésre kattintunk (6). Ha minden jól megy, akkor a listában megjelenik a KKRutin felirat, amire rákattintunk (7). Ha a rendszer éppen nem túl lassú, akkor 1-2 másodpercen belül, ha rossz napunk van, akkor akár 5-10 másodperccel később megjelenik maga a kéréslap. Ha a mintavétel dátumát és az iránydiagnózist beírtuk (8-9. kattintás), akkor jön a kért vizsgálatok bejelölése. Rutinszerűen 15-20 paraméter vizsgálatát kérjük, ez elvileg további 15-20 kattintást jelentene. Azért csak jelentene, mert az olyan „ritkán” kért vizsgálatok, mint az INR és vérkép a kéréslap legalján van. Ezért a vérkép bejelöléséhez intenzív egérgörgetésre vagy számos kattintásra van szükség a számítógéphez csatlakoztatott egér típusától függően. Érthetetlen, miért kell például a különböző hormonszint és gyógyszer szint kéréseket átlapozni és átnézni, hogy megtaláljuk a leggyakrabban kért vizsgálati paramétereket.

Mivel eddig 29 egérgattintás és számtalan egérgörgetés elvégzését követően bejelöltük a kért vizsgálatokat, azt is hihetnénk, hogy ezzel kész is vagyunk. Azonban a feladat neheze csak most kezdődik! A 30. kattintás az OK gomb szerepét betöltő zöld pipára történik, amikor is megjelenik egy hibáüzenet, hogy a kémcsövek levételi módját meg kell adni. A „Mintavételi adatok megadása” mezőre klikkelve (31) kezdődik a vonalkód bevitel. Kijelöljük a kémcsövet (1), rákattintunk a levétel módja legördülő mezőre (2), kiválasztjuk a „Minta már levéve” címkét (3), majd a 4. klikkelésre elővárásoljuk a vonalkód beviteli mezőt, klikkeléskor beírjuk (vagy vonalkód olvasóval beolvastatjuk) a bárkódot (5), majd megnyomjuk a zöld pipát (6). Mivel általában 5 kémcső levételét rendeljük el (süllyedés, vérkép, alvadás, vércukor és szérum), ezért a kémcsőcímkézést is ötször kell elvégezni, ami $5 \times 6 = 30$ értelmetlen kattintásnak felel meg. Ha ezzel megvagyunk, akkor egy újabb kattintás a zöld pipára (62), majd felugrik egy kérdés, hogy biztosak vagyunk a labor megrendelésében, amit szintén le kell OK-ni (63). Ezt követően újabb öt kattintás, hogy a kéréslapot kinyomtassuk, és a PDF-et bezárjuk. Összefoglalva tehát egy rutin labor feladása nem kevesebb, mint 68 kattintásból és számos karakter (pl. KKRutin, BNO kód) beírásából, illetve számtalan egérgörgetésből áll. A teljes folyamat a legjobb esetben is 3 percet vesz igénybe!

Elképzelhető, hogy mekkora örömmel tölt el, ha éjjel kettőkor érkezik egy új beteg, akinél a fenti laborrendelést végig kell csinálnom. Tényleg orvosi feladat, hogy a kémcsöveket felcímkézzük, a vonalkódot beolvassuk, mindezt pottom 68 kattintásból? Miért nincsenek klinikánként jól és egyszerűen működő labor sablonok? További problémát jelent, hogy az utórendeléseket csak külön laborkérés és újabb kémcső levételével lehet kérni. Ez a megoldás nemcsak azért rossz gyakorlat, mert a beteget újra meg kell szűrni és egy újabb kémcsövet pocsékolunk el, hanem azért is, mert egy újabb kocsi szállítást kell kérni a külső telephelyekről a minta központi laborba történő eljuttatásához.

De még szeretnék pár szót említeni a rendelésbevitelről. A programban minden kérésnek saját kódja van, ami sajnos nem egyértelmű, és amire nem lehet rendesen rákeresni. A kereső funkció kizárólag a kódok között (pl. ID01KONZ) keres, de nem képes a leírásban szereplő kifejezésre (pl. Neurológia) rászűrni. Múltkor történetesen egy szemészeti konzíliumot kellett feladnom. Sajnos több éves klinikai tapasztalattal sem tudtam, hogy mi a Szemészeti Klinika e-MedSolution kódja. Hiába írtam be a „szemészet”, „szem”, „ophthalm” kódszavakat a keresőbe, csak nem sikerült meglelnem a kódot. Miért kell egy átlagos felhasználónak fejből tudnia, hogy például a Szemészeti Klinika kódja az „SE”?

Papírpocsékolás a négyzetben

Az integrált kórházi rendszerek egyik legnagyobb előnye elvileg az, hogy jelentős mennyiségű papír és toner spórolható meg alkalmazásukkal. Jó példa a régi Honvéd Kórház, ahol minden osztály és labor a HospNet rendszert használta. A röntgen és laborkérések mind elektronikusan történtek. A PTE-hez történő integrációt követően minden megváltozott, szinte minden kérés papíralapúvá vált. És ez így is maradt az e-MedSolution megjelenésével.

A rendszer híres instabilitásának köszönhetően korábban többször előfordult adatvesztés. Az egyik legemlékezetesebb talavaly karácsonykor, 2007. december 23-án történt, amikor is az ambuláns lapok és a zárójelentések elvesztek, amiket újra be kellett írni. Nemcsak az adatbázis sérülések és az adatvesztések, hanem a gyakori és kiszámíthatatlan leállások is megbénítják a klinikai munkát. Talán ennek is köszönhető, hogy minden labor- és vizsgálatkérést nem elég online a számítógépen feladni, hanem a beutalót papírra is ki kell nyomtatni. Naponta kb. 1000 laborkérés és hasonló nagyságrendű vizsgálatkérés (ultrahang, röntgen, szívultrahang, konzílium) történik az egyetemen. Ez naponta legalább 2000 felesleges papíryomtatást jelent. Gondoljunk bele, hogy ez éves szinten hány tonna papír elpocsékolását, mennyi feleslegesen kidobott tonert jelent. Véleményem szerint ez az eljárás nemcsak anyagi szempontból jelent pocsékolást, hanem környezetvédelmi aggályokat is felvet. Különösen annak tudatában, hogy például a Rét utcai tömbben a szelektív hulladékgyűjtés nem megoldott.

Programozói szemmel pedig egyszerűen áthidalható lenne a probléma, ha például minden egyes laborvizsgálat kérés egy külön log file-ba is bejegyzésre kerülne. Így abban az esetben is, ha az e-MedSolution lefagyna, a laborkérési log file alapján egyszerűen megállapítható lenne, hogy az adott bárkódú kémcső kinnek a mintáját tartalmazza és milyen vizsgálatok elvégzését kérték belőle.

De nemcsak a vizsgálatkérések miatt pocsékolunk el sok papírt, hanem a leletek formázása miatt is. Miért kell például egy negatív mikrobiológiai leletnek egy A/4-es oldalon 4-5 cm-es he-

lyet elfoglalnia, amikor két sorban is megjelenethető lenne a min-tavétel ideje, a minta típusa és a „Baktérium nem tenyésztett ki” szöveg? Miért kell a laborleletet is úgy megformázni, hogy csak minden második sorba kerüljön érték? Rövidebb fejléccel és kisebb betűtípussal egy lapon is elférhetne labor leletek jelentős része és nem igényelne két lapot a kinyomtatása.

További papírspórolást jelentene az is, hogy ha az elszámolási nyilatkozat nem külön A/4-es lapon kerülne kinyomtatásra, hanem számos más kórházhoz hasonlóan a zárójelentés végén 4-5 sornyi terjedelemben jelenne meg.

Ha kiszámoljuk, hogy naponta 2000 vizsgálatkérő lapot nyomtatunk, illetve a kb. 1000 labor eredményt megfelelő formázással kettő helyett egy lapra is tudnánk kinyomtatni, óvatos becslés alapján naponta közel 3000 lap felesleges kinyomtatását és nagyságrendileg 1 toner elpocsékolását lehetne megspórolni.

Recept felírás

Ha egy háziorvosnak akarnák eladni az e-MedSolutiont, az nagy valószínűséggel még ingyen sem fogadná el. Ugyanis egy recept felírása 23 egérekattintásból és számtalan karakter beírásából áll, ami legalább 1-1,5 percet vesz igénybe. Ilyen teljesítménnyel a napi 3-4 órás háziorvosi rendelési időt teljesen kitöltené a receptnyomtatás, amennyiben átlagosnak mondható 50-60 betegmegjelenéssel és fejenkénti 5-10 recepttel számolunk!

Nem kívánok nosztalgiázni, de a régi HospNet rendszerben 20 másodperc alatt és néhány billentyűkombináció használatával elkészült egy recept. További különbség, hogy a korábban már felírt receptet két billentyű lenyomásával automatikusan át lehetett másolni és nyomtatni.

Ezzel szemben az e-MedSolution-ben 23 egérekattintásba kerül a recept felírása és kinyomtatása. A folyamatot véleményem szerint az alábbiak lassítják: **1.** Nem megfelelő adatbeviteli űrlap. **2.** Billentyűkombinációk hiánya. **3.** Az a tény, hogy a gyógyszer nevét csak adatbázisból lehet kiválasztani, aminek betöltődése akár 10-20 másodpercet is igénybe vehet, és ezáltal nem lehet a gyógyszernevet közvetlenül beírni **4.** A kész recept szintén PDF-ként je-

lenik meg, ami a nyomtatás előtt az Acrobat Reader betöltődését és számos felesleges egérekattintást jelent a felhasználó számára. További probléma a receptíró modullal, hogy több alkalommal előfordult, hogy a korábban már felírt receptet nem sikerült a rendszernek az aktuális megjelenéshez áthoznia és kinyomtatnia, illetve az újabb gyógyszereket nem ismeri. Számos bosszúságot és jelentős plusz terheket jelentett, hogy a rendszer több hónapon keresztül nem volt képes köz. gyógy., illetve mostanában az eü. tér. köt. és eü. rend. jogcímenek receptet nyomtatni.

Miért nem lehet a gyógyszer kiválasztást egyszerűen, pl. „combobox” módszerrel megoldani? Ebben az esetben, ha elkezdenénk a gyógyszer nevének az elejét begépelni (pl. „Mira”), akkor a combobox lista részében a Google-hoz hasonlóan felkínálná a lehetséges variációkat (pl. Mirapexin). Miért nem lehet közvetlenül kinyomtatni a receptet a PDF formátum elhagyásával? Miért nem lehet a korábban már felírt gyógyszert egy billentyűkombinációval áthozni és automatikusan kinyomtatni? Miért nem lehet csak fejléccel nyomtatni a receptre, arra az esetre, hogy a program által nem ismert gyógyszert szeretnénk felírni?

Nem szorosan a receptíráshoz tartozik, de klinikai szempontból fontos, hogy a régi IntraMed rendszer zárójelentés íráskor egy billentyűkombináció kombinációval képes volt a gyógyszer nevet felismerni. Ugyanis a törvényi előírások szerint csak hatóanyag nevet lehet az epikrízisben gyógyszerjavaslatként megadni:

„famotidin 2x20 mg (pl. T. Quamatel)” formában. Ha a régi rendszerben beírtam a gyógyszernevet, akkor képes volt automatikusan a fenti formátumba átkonvertálni a gyógyszerjavaslatot. Ehelyett az e-MedSolution-ben kézzel kell beírogatnunk a hatóanyag és a gyógyszer nevét is, ami a betegként átlagosnak mondható 5-15 gyógyszerjavaslatnál jelentős terhet ró a klinikusra.

Összefoglalás

El kell ismernem, hogy az e-MedSolution számos (főleg gazdasági és statisztikai) szempontból többet tud a korábbi rendszerekhez képest. Azonban a használhatóság szempontjából jelentős visszalépést jelent. Legfőbb probléma a program megbízhatatlansága, a papír alapú vizsgálatkérések szükségessége, a nagyon nehézkes és körülményes használat. Osztom Molnár Béla 2008. decemberi Orvostudományi Hírműhelyben megjelent véleményét, miszerint az e-MedSolution egy „gyermekbetegségekkel küszködő, nehézkes, időtrábló” rendszer.

Szerintem egy jó orvosi informatikai szoftvernek az orvosi és adminisztratív személyzet munkáját segíteni, gyorsítani és könnyebbé tenni kellene. Ezzel szemben az e-MedSolution jelenlegi változata az olyan rutin feladatok elvégzését is körülményessé teszi, mint a korábbi dokumentációk megtekintése, az információk átvétele, a receptfelírás és laborkérés. Szakrendeléseim során az asszisztensnőm idejének legalább a felét elveszi, hogy a korábbi megjelenés releváns adatait áthozza, illetve betegként 3-4 receptet felírjon.

Gyakorló programozóként tudom, hogy a számítógépes programok tervezésénél nagy hangsúlyt kell – jelen esetben kellene – fektetni az ergonómiára. Azaz, arra kell törekedni, hogy rutin feladatokat minél egyszerűbben, minél gyorsabban és minél kevesebb egérekattintással és gépeléssel el lehessen végezni. Volt szerencsém medikusként, rezidensként többféle kórházi számítógépes rendszert használni, de az e-MedSolution 68 kattintás-igénye a rutin labor megrendeléséhez mindegyiket alulmúlja.

Az előbbieken kifejtettem, hogy a teljesen elektronikus alapú vizsgálatkérés bevezetésével jelentős papír- és tárolási költséget lehetne megspórolni. A program használhatóságának javításával szintén számottevő bérköltség-megtakarítás lenne elérhető. Képzeljük el, hogy egy átlagos napon, egy átlagos orvos 10 labort és 20 receptet ír meg. Ez a tevékenység naponta 45-50 perces e-MedSolution időtöltésnek felel meg. Ha azt vesszük, hogy a PTE KK klinikáin hozzávetőleg 500 orvos dolgozik, ez naponta 400-450 feleslegesen eltöltött munkaórát jelent. Amennyiben egy teljes munkaévre vonatkoztatunk, 500 orvostól 41 orvos teljes munkaidőjét kitölti a laborkérés feladása és a receptek megírása. Azonban ebbe az időbe nem számolandó bele az érdemi munka és a korábbi megjelenések adatainak áthozása! Tehát a program nehézkes használata miatt megnövekedett adminisztrációs teher bérköltsége szintén horribilis összegnek mondható!

Az osztályos gyógyszerrendelés és az elektronikus ápolási dokumentáció bevezetése nagy valószínűséggel csak fokozná ezt az adminisztratív leterheltséget. Nem beszélve arról, hogy az egyetemi infrastruktúra sincs erre felkészülve (pl. korszerű és gyors számítógépes park az orvosoknál és nővéreknél az elektronikus dokumentáció számára, illetve wireless internet elérhetőség és palmtopok a betegágy melletti vizitrendeléshez). Azonban, ha ezen új funkciók bevezetése helyett, a mindennapok rutin feladatainak könnyebb és gyorsabb elvégzését lehetővé tevő fejlesztések valósulnának meg, akkor a dolgozók leterheltsége és a jelenlegi papír- és energiapocsékolás is számottevően csökkenne.

Dr. Kovács Norbert, Neurológiai Klinika

Élettanászok baráti találkozója egy „kívülálló” szemével

E lőször meg szeretném magyarázni a cím idézőjelbe tett szavát. Az Intramailen megjelent meghívóból kiderült, hogy elsősorban azokat az élettanászokat hívták meg a baráti találkozóra, akik különféle formában tagjai voltak az Élettani Intézetnek. De volt egy olyan kiegészítő kitétel, amibe belekapaszkodtam, és úgy gondoltam, hogy részt vehetek én is a rendezvényen. E szerint a kitétel szerint azokra is kiterjed a meghívás, akik úgy érzik, hogy útmutatást kaptak a Pécsi Élettani Iskola szelleméből, hagyományaiból. Sokszor részt vettem az Élettani Társaság Vándorgyűlésein. Ezen alkalmakkor a pécsi Élettani Intézet tagjai befogadtak társaságukba. Megtiszteltetésnek érzem, hogy most is meleg barátsággal üdvözöltek a régi kollégák. Ez a baráti szellem a találkozó egyik fő jellemzője volt.

Nagyon élvezetesek voltak az Élettani Intézet – kiemelkedő tudományos eredményeikről ismert és elismert – „nagy öregjeinek” színpadon szellemes visszaemlékezései. A visszaemlékezések sorából kiemelkedett egy ifjú hölgy – *Fekete Janina*, Lissák Kálmán unokája – „Monológ-dialóg: Képzelt beszélgetés egy zseniális szellemmel” c. előadása, amelyben az unoka, mint a Professor úr sofőrje beszélget a jelenbe visszatért szellemmel. Ez annyira megragadó volt, hogy megkérdeztem az előadótól: irodalmár vagy előadóművészt szabad-e tisztelni benne. Kiderült, hogy történelem szakos tanár. Meggyőződésem, hogy a jelenlévőkre szintén nagy hatást gyakorolt ez a programrész.

A programot változatossá tették azok a video bejátszások, amelyek felelevenítették *Lissák* és *Grastyán* professzoroknak a tudomány, az oktatás és az ismeretterjesztés terén kifejtett tevékenységét és a napjainkban is érvényes szellemiségét. A baráti találkozó kiváló megrendezése Lénárd professzor és munkatársainak áldozatos munkáját dicséri.

Érdekes/értékes információkkal és benyomásokkal gazdagodva fogok visszaemlékezni a 2008. év végén tartott rendezvényre.

Bíró Gábor



Lénárd László egyetemi tanár, akadémikus,
az Élettani Intézet igazgatója



Bauer Miklós professor emeritus



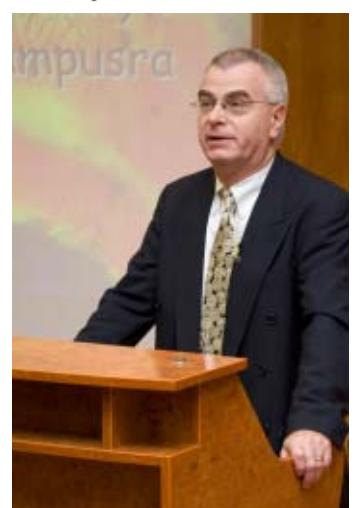
Robert L. Isaacson, Distinguished
professor emeritus



Dr. Diófási Lajos akadémikus, a TIT Grastyán Alapítvány kuratóriumának elnöke átadja a Grastyán-díjat dr. Karmos György professor emeritusnak. A háttérben dr. Ádám Antal jogász, professor emeritus, Grastyán-díjas.



Molnár Péter egyetemi tanár



Buzsáki György, Board of
governors professor, akadémikus



Kovács L. Gábor egyetemi tanár, akadémikus



Fekete Janina, Lissák Kálmán unokája

Orvosi Hetilap, 2008; 149(52): 2485-2486.

Száz éve született Lissák Kálmán, az élettan professzora

Lissák Kálmán 1908. január 13-án született Budapesten. Az érettségit követően a Pázmány Péter Tudományegyetem orvosi karán folytatta tanulmányait. Itt kötelezte el magát – Went István hatására – az elméleti pálya mellett. Az orvostudományi diplomát 1933-ban szerezte meg, és azonnal követte a Debreceni Tudományegyetemre az időközben oda kinevezett Went professzort, aki mellett díjtalan gyakornokként kezdte meg a kutatómunkát az Élettani és Kórélettani Intézetben. Már egész fiatalon három világhírű laboratórium munkájába kapcsolódhatott be. 1935-ben a Nobel-díjas Otto Loewi grazi intézetében dolgozott, ahol a humorális ingerületáttevődés kérdéskörével foglalkozott. 1936-1937-ben Wilhelm Theodor Trendelenburg berlini élettani intézetében központi idegrendszeri experimentalis műtéti eljárásokat sajátított el. 1937 és 1939 között Bostonban a világhírű Walter Bradford Cannon mellett a humorális ingerületátvitel és a neuroendokrin szabályozás problémakörében egész későbbi pályáját meghatározó sikeres kutatómunkát folytatott. Nevéhez fűződik az adrenalin idegszövetben történő kimutatása, valamint egy gátló hatású idegi faktor felfedezése. Cannon hosszabb ideig szerezte volna Lissákot Bostonban tartani, de ő a kialakulóban lévő háborús helyzet miatt úgy döntött, hogy hazatér.

1943-ban, Pekár Mihály halálát követően, Lissák Kálmánt nevezték ki a pécsi Erzsébet Tudományegyetem Élettani Intézetének élére. A mindössze 35 éves kutató ekkor már a Magyar Élettani Társaság elnöke. Lissák Kálmán a legnehezebb történelmi időben vette át a pécsi élettani intézet vezetését, de kinevezésével páratlan sikertű intézetépítő tevékenység vette kezdetét. Lissák Kálmán élete és munkássága valóban szorosan egybeforrt a pécsi élettani intézettel. Nemzetközi szintű elektronikai fejlesztőlaboratóriumot, a kor követelményein is túlmutató állatház és pártját ritkító finommechanikai műhelyt hozott létre. Ennél is fontosabb, hogy igen jó emberismerete, megkérdőjelezhetetlen szakmai és erkölcsi értékrendje, személyes varázsa segítségével kiválókat kitanított munkatársaival máig ható iskolát teremtett. Velük karöltve és korábbi itthoni, valamint külföldi tapasztalatai alapján a kis csoportos gyakorlati képzésre, a kísérletezésre és az élő bemutatásokra helyezte a fő hangsúlyt az orvosi élettan oktatásában. *Élettani gyakorlatok* című könyve több mint 10 kiadást ért meg. Lissák Kálmánt Debrecenből kiváló munkatársa, Martin János docens követte Pécsre. Az ő közvetlen szakmai irányításával folyt a biokémia oktatása az intézetben egészen a biokémiai tanszék megalakulásáig. 1944-ben Gorka Sándor biológusprofesszor elhalálozott, így a bio-



Korányi Lajos egyetemi tanár



Telegdy Gyula professor emeritus, akadémikus

A baráti találkozót fotóit Belvárác András (Élettani Intézet) készítette.

lógia oktatását is Lissák, majd kiváló munkatársai vették át egészen 1970-ig, az önálló biológiai intézet megalakulásáig.

A Cannonnál töltött évek hatására krisztályosodott ki benne a magasrendű élő szervezet homeosztatikusan szabályozott életfolyamatainak integratív, egy-
 séges szemlélete. A pavlovi feltételes reflex elméletének és az amerikai behaviorista tanoknak korszerű elektrofiziológiai módszerekkel történő ötvözésével, a neuroendokrinológiai vizsgálatok hazai elindításával – sokszor az ország politikai rendszeréből eredő támadásokkal is dacolva – az idegéletani kutatásban kiemelkedő nemzetközi elismertséget és új korszakot nyitott. (Az 50-es években, egy bizottság vizsgálata után írásban is megfeddték Lissák Kálmánt, mert “imperialista módszerekkel kutatja a feltételes reflexeket”).

Mindeközben Lissák Kálmán igen széles körű szakmai-közéleti tevékenységet fejtett ki. 1946-1947-ben az orvostudományi kar dékánja, 1947-1949-ben az egyetem rektora, 1956-57-ben a POTE rektorjogú dékánja volt. Az 1956-os forradalom idején Párizsban tartózkodott. Hazatérte után az oktatás újraindításának ügyét felhasználva számos orvostanhallgatót sikerült kihoznia a börtönből, megmentve életüket és szabadságukat. A Ma-

gyar Tudományos Akadémia levelező tagjai sorába választotta 1948-ban, 1956-tól az MTA rendes tagja lett. A Magyar Élettani Társaság elnöke volt 1943-1948-ig, főtítkára 1948-1966-ig, majd 1966-ban ismét a MÉT elnökévé választották.

E tisztet haláláig töltötte be.

A Magyar EEG Társaságnak 1957-től haláláig ugyancsak elnöke volt. Alapító tagként az International Brain Research Organisation Magyar Nemzeti Bizottságának elnökévé választották, s vezető szerepet játszott a szocialista országok agykutatási tudományos együttműködésében is. 1966-tól az International

Union of Physiological Sciences alelnöke lett. Nemzetközi elismertségét – világhírű tudósok, így például Sir John Eccles vagy William Ross Adey pécsi látogatásai mellett – fémjelzi, hogy 1962-ben a cseh Purkinje Orvostársaság, 1967-ben a Leopoldina Német Természettudományi Akadémia, 1971-ben pedig a szovjet Pavlov Élettani Társaság tagjai közé választották. Szakmai elismertségének csúcspontját jelentette, hogy az IUPS megbízta az 1980-as Élettani Világkongresszus szervezésével és elnöki teendőinek ellátásával. A szocializmus korszakában a Budapesten meg-

rendezett világkongresszus kiváló lehetőséget nyújtott arra, hogy fiatal magyar kutatók nemzetközi kapcsolatokat építsenek ki, és karrierjük is ekkor indult el. Lissák Kálmánt számos nemzetközi folyóirat szerkesztőbizottságába választották be, az Acta Physiologica Hungarica szerkesztőségének hosszú időn át vezetője volt. Az Akadémiai Kiadó gondozásában, az ő szerkesztésében jelent meg a “Recent Developments of Neurobiology in Hungary” című átfogó sorozat kilenc kötete is. Félezret meghaladó számú – angol, kisebb részben magyar és német nyelvű – tudományos közleménye, tankönyvei és monográfiái hűen tükrözik széleskörű szakmai munkásságát. A pécsi Lissák-iskola sikerességét jelzi, hogy tanítványai, munkatársai itthon és külföldön kiváló szakmai megbecsülést szereztek. Tanítványai közül később közel negyvenen nyerték el az egyetemi tanári kinevezést, és hat volt munkatársát a Magyar Tudományos Akadémia tagjai közé választották. 1978-ban történt nyugdíjba vonulásakor az élettani intézet igazgatói székében kiváló tanítványa és munkatársa, Grastyán Endre követte. Lissák Kálmán, a perspektivikus kutatási irányokat kijelölő, kitűnő szervező, a korszerű élettani oktatást megteremtő, világszerte nagy tiszteletnek örvendő iskola-teremtő tudós, a kivételesen melegszívű, mindenkor segítőkész ember hetvennégy éves korában Győrben halt meg 1982. június 22-én.

Lénárd László dr.



1. ábra

A Magyar EEG Társaság Lissák Kálmán-emlékérméje (Alapították 1983-ban. Horváth János műve, rendelkezésre bocsátotta dr. Süle Tamás főorvos)

Tisztelt Munkatársak!

A Közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992 évi XXXI. II. törvény 68. § - át – mely a 13. havi juttatásról rendelkezett hatályon kívül helyezték (2008. évi CX. törvény). Az új rendelkezések csak 2010. január 1-től lépnek hatályba.

A 2009 január 20-án megjelent 6/2009. (I.20.) Kormányrendelet rendelkezik a költségvetési szerveknél foglalkoztatottak 2009. évi havi kereset-kiegészítéséről.

A havi-kereset kiegészítés 2009. január 1-től jár, összege a bruttó illetmény egytizenketted része, de legfeljebb 15000.Ft.

A kereset-kiegészítés jár a munkában töltött napokra, a szabadság időtartamára, de nem jár a táppénz, betegszabadság idejére, valamint a munkavégzés alóli felmentés idejére.

Pécs, 2009-01-29

Dr. Saághy Andrea
osztályvezető

Gazdasági Főigazgatóság

Humán Erőforrás Gazdálkodási Osztály

tájékoztatója a 2009. január 14-i munkanapról

Tisztelt Munkatársak!

A Munka Törvénykönyve 107. § g) pontja (Mentesül a munkavállaló a munkavégzési kötelezettsége alól ha elháríthatatlan ok miatt nem tud a munkahelyén megjelenni) alapján azon dolgozók esetében, akik a 2009.01.14.-i munkanapon az időjárás körülményei – ónos eső – miatt a munkahelyükön nem tudtak megjelenni, az adott nap igazolt távollétnek számít, de a kieső időre a közalkalmazottat díjazás nem illeti meg. A díjazáshoz szabadság kiírása szükséges.

Dr. Saághy Andrea
osztályvezető

2009. évi jogszabályi változások

Személyi jövedelemadó

1. Az adótábla változatlan marad:

0	- 1 700 000 Ft	18 %
1 700 001	-(306 000 Ft) +1 700 000 Ft	
	feletti rész 36 %-a)	

2. Adómentes béren kívüli juttatások

Megszűnik az egyes béren kívüli juttatások adómentességére vonatkozó 400 ezer forintos korlát. Az együttes korlát megszűnésével az adómentes béren kívüli juttatásokra csak az egyedi korlátok maradnak érvényben. Ennek következtében a 6/2008 számú Gazdasági Főigazgatói utasítás is módosításra kerül.

3. Adókedvezmények változása

Megjelenik az összevont adókedvezmény fogalma, ami annyit jelent hogy az egyes jogcímekre vonatkozó korlátok, illetve százalékos mértékek megszűnnek és a kedvezmény egységesen 30%-ra módosul, amely 100 ezer forintos kedvezményösszeg-korláton belül 3,4 millió forintos jövedelemhatárig teljesen, e fölött 3,9 millió forint éves jövedelemig részben érvényesíthető.

Új adókedvezmény a „háztartási szolgáltatások számlás igénybevételeért” kapható adókedvezmény. Háztartási szolgáltatásnak minősül a lakásfelújítással, korszerűsítéssel kapcsolatos szolgáltatás, gyermekfelügyelet, gyermekgondozás, háztartásvezetés, házi ápolás, háztartási nagygépek karbantartása, javítása, a lakás, a lakóház tüzelőberendezésének, fűtésrendszerének, égéstermék elvezető rendszerének, hideg- és meleg-, valamint szennyvízrendszerének karbantartása, javítása.

A fent említett változások a 2009 évre 2010 évben benyújtandó adóbevallásra vonatkoznak.

4. Cégauto adó

Megszűnik a cégauto adó a személyi jövedelemadón belül, melyet 2008. február 1-től az 1991. évi LXXXII számú gépjármű-adóról szóló törvényben szabályoznak. Bővül a fizetésre kötelezettek köre:

Fizetésre kötelezett a **magánszemély** a tulajdonában álló, vagy általa pénzügyi lízingbe vett, hatósági nyilvántartásban szereplő **személygépkocsi** esetében, amely után a tulajdonos, a lízingbe vevő **költséget számolt el**

Társadalombiztosítás, járulékok, egyéb adók

1. Munkáltató által fizetendő járulékok:

- Társadalombiztosítási járulék 29% (a nyugdíjbiztosítási járulék mértéke 24 százalék, az egészségbiztosítási járulék mértéke 5 százalék.)
- Munkaadói járulék: 3%
- Változik a kordkedvezmény-biztosítási járulék, 2009. január 1-jétől 6,5%-ra emelkedik.

2. A munkavállaló által fizetendő járulékok nem változnak :

- Nyugdíjjárulék: 9,5%
- Egészségbiztosítási járulék: 6%
- Munkavállalói járulék: 1,5% , (Változik az alapja: az egyéni természetbeni egészségbiztosítási járulék alapja lesz a járulékalap, tehát a nyugdíjas munkavállalótól is kell vonni)

2009. január 1-jétől a nyugdíjjárulék fizetési felső határ éves összege 7 446 000 forint, napi összege 20 400 forint.

3. Különadó

2009. január 1-től a kifizetőnek akkor is le kell vonnia a különadót, ha biztosított magánszemély arról nyilatkozik, hogy a nyugdíjjárulékot a felső határig már megfizette, függetlenül attól, hogy a levonást nyilatkozatban nem kérte.

13.havi juttatás

A Közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII Tv 68. §-át – mely a 13. havi juttatásról rendelkezett hatályon kívül helyezték (2008. évi CX. törvénnyel). Az új rendelkezések csak 2010. január 1-től lépnek hatályba.

A 13. havi juttatás várható részleges kompenzációjáról a későbbiekben tájékoztatjuk Önöket (az erre vonatkozó jogszabály megjelenésére várunk).

A 2008. évre vonatkozó 13. havi juttatás – esetlegesen – fennmaradó részét 2009. január 16-án utaljuk a dolgozók bankszámlájára, az – esetleges- tartozást pedig a 2009. január havi munkabérből vonjuk le.

Egyéb változások

2009-ben a minimálbér összege 71 500 Ft/hó. 2009-ben is érvényes, hogy a megbízási jogviszony keretében munkát végzők esetében a minimálbér 30%-át el nem érő kifizetések nem járulék kötelesek. (Havi 21 450 Ft, napi 715 Ft-ot el nem érő kifizetés esetében) Az adott naptári hónapra vonatkozó kifizetéseket, megbízási díjakat össze kell adni és együttesen kell összevetni a minimálbér 30%-val.

A közalkalmazotti bértábla a minimálbér emelkedése miatt változik, a pótlékalap változatlan marad.

2009. január 1-től a garantált bérminimum legalább középfokú végzettséggel rendelkezők esetében 87 000 Ft, 2009. 07. 01-től 87 500 Ft.

A 2008. évi adóelszámolásokkal kapcsolatos tudnivalókat január 16-án, a szükséges igazolásokat január 31-ig küldjük ki a dolgozók, megbízottak részére.

2009. évben a munkabérek teljesítése a dolgozók számlájára minden hónap második munkanapjára történik.

A Kjt. és az Mt. változásairól a végrehajtási rendeletek teljes körű megjelenése után adunk Önöknek tájékoztatást.

Pécs, 2009. január 8.

Orvosi gázok ellenőrzésének tapasztalatai 2008-ban

A tablettáknál, infúzióknál, kenőcsöknél kevésbé nyilvánvaló módon, de a betegellátásban használt gázok ugyanúgy gyógyszernek minősülnek, mint az előbb felsorolt gyógyszerformák. Emiatt tárolásuk, készletezésük, adminisztrációjuk ellenőrzése is gyógyszerügyi feladat. Erre a jogszabályi alapot a 41/2007miniszteri rendelet biztosítja. A következőkben a 2008-as évben lefolytatott ellenőrzés tapasztalatait adom közre:

A PTE KK klinikáin a legtöbb helyen rendelkezésre áll a központi, vezetékes oxigén, palackos oxigént csak vezetékes ellátás hiányában és speciális esetekben (mobil palackok) alkalmaznak. Egyéb gázokat (Dinox, Nitralgin, szintetikus levegő) kevés helyen használnak. Az ellenőrzés a palackos egészségügyi gázok tárolására és nyilvántartására terjedt ki.

A tárolás az összes ellenőrzött helyszínen megfelel a hatályos tűzrendészeti és munkavédelmi előírásoknak. Ebben – nyilván – szerepe van a Biztonságszervezési Osztály és a tűzoltóság ellenőrzéseinek, valamint az utóbbi határozott fellépésének. (A tűzoltóság hatósági jogkört gyakorol.)

A készletnyilvántartások terén már kevésbé derűs a kép: nem mindenütt valósul meg, akár egy kockás füzet szintjén is. „Egy pár palack, ennyi készlet fejből is tudható.” Ez a leggyakoribb indok. Az ellenőrzés során minden helyszínen javaslat történt a nyilvántartás vezetésének módjára.

Felelős személy a legtöbb helyen nevesítve van, hiszen az ezzel foglalkozó személynek tanfolyamon kell részt vennie. A palackok kezelésének írásba foglalása már nem mindenütt jellemző. (Az esetek nagy részében megvan.) Az írásos megbízás kiadásának célszerű módja a tevékenység munkaköri leírásba foglalása.

Összefoglalva: Aki a klinikákon orvosi gázpalackokkal foglalkozik, kivétel nélkül tudja, mit kell tennie. Ez a tevékenység viszont nincs mindenütt írásban rögzítve; ugyancsak nem teljes körű a palackok írásos nyilvántartása. Javasolható minden klinikának, hogy az ezzel kapcsolatos eljárását vizsgálja felül, az esetleges hiányosságok pótlása végett.

Molnár Béla

Egyetemi Gyógyszertár

IV. Országos Gyermekdiabétesz Nap, Győr, 2009. január 10.

Tavalyi első számunkhoz hasonlóan az idei „Gyermekdiabétesz” rovatot is e rendezvény fényképes riportjával indítjuk. Niederland Tamás főorvos, helyi rendező, szekció titkár, Blatniczky László főorvos, szekció elnök és Hídvégi Tibor főorvos, a Magyar Diabétesz Társaság főtíkára nyitották meg az ünnepi programot, amelyet játszóház, vetélkedők és élsportolókkal való találkozó előzött meg. A többszörös bajnok Audi ETO kézilabdacsapat tagjai mellett a résztvevőknek (mintegy 160-an voltak) alkalmuk volt találkozni és elbeszélgetni Ferjancsik Domonkos világbajnoki bronzérmes kardvívóval, aki maga is diabéteszes. A műsorban érdekes előadások hangzottak el a diabétesz szépirodalmi vonatkozásairól Kosztolányi Dezső, Füst Milán, Gabriel G. Marquez, Jókai Anna és Fehér Klára művei alapján (dr. Szabó László), a diabétesz kezelésének történetéről (dr. Niederland Tamás) és a székesfehérvári gondozó edukációs tevékenységéről és táboroztatásairól (dr. Karádi Zsuzsanna).

A kitűnő rendezvény (amelyről a helyi és országos média is részletes tudósításokban számolt be) csúcspontja a gyermekek fellépése volt. Hallottunk verseket (Bindics Dávid és Papp Katalin), zongora- és hegedűszólókat (Kövesdi Annamária, Viniczai Attila és Lendvai testvérek), láttunk hastánc- (Varga Judit), ugrókötel (Baczó testvérek) és táncbemutatót (PICOOL) táncsoport és a győri gondozottak csoportja). A színvonalas produkciókat a lelkes közönség hosszantartó tapsa kísérte.

A világon először 1922. január 11-én délután került sor az inzulin alkalmazására. Ezen a napon kapta az első inzulin injekciót a 14 éves, diabéteszes kanadai Leonard Thompson. A Magyar Diabétesz- és Gyermekorvos-Társaság Gyermekdiabétesz Szekciójának szabó László főorvos javaslatára azért kezdeményezte e nap megünneplését, hogy felhívja a magyar társadalom figyelmét erre a sajnos egyre gyakoribbá váló állapotra.

Célkitűzésünk az is, hogy segítsünk eloszlatni a diabéteszszel kapcsolatosan sajnos még ma is meglévő tévhiteket (pld. „fertőző betegség”), hogy a bölcsődei gondozónő, az óvónő és a pedagógus ne féljen a diabéteszes gyermekektől, és mindenkivel megértessük azt, ami az egyik páciens-edukációs kiadvány címében is olvasható: „Diabéteszesek vagyunk, de a többiektől alig különbözünk”.

E beszámoló angol nyelvű változatát elküldjük a Diabétesz Világszövetség folyóiratának (Diabetes Voice), hogy más országok is megismerhessék kezdeményezésünket, és a jövőben január 11-e „Gyermekdiabétesz Világnap”-pá váljon.

Dr. Soltész Gyula

(a Gyermekdiabétesz Szekció nevében)



A szilveszteri dékáni koccintás alkalmával prof. Németh Péter dékán, a dékánhelyettesek és a Farmakológiai és Farmakoterápiai Intézet vezetője az aulában leleplezte a **MÉHES GYULA** professzort ábrázoló domborművet. A professzor dékáni érdemeit Németh Péter, a Gyógyszertani Intézet élén elért eredményeit pedig Barthó Loránd egyetemi tanár méltatta.

A résztvevők közül még sokan emlékeztek a méltán népszerű „Gyusza bácsira”.

Fotó: Vítvindics Csaba

Oomura professzor látogatása



Dr. Oomura Yutaka, a Japán déli szigetének „fővárosában”, Fukuokában működő, nagy hagyományú Kyushu Egyetem világhírű emeritus élettan professzora a karácsonyi ünnepek előtti héten rövid látogatást tett karunkon, az Élettani Intézetben. Az alapvető elméleti felfedezései és neurofiziológiai technikai újításai – s nem utolsósorban több tucat észak- és dél-amerikai, európai és dél-kelet ázsiai kiemelkedő kutató tanítványa illetve munkatársa – révén ma is óriási nemzetközi elismertségnek örvendő Oomura professzor 3 éve járt utoljára hazánkban. Akkori ittlétekor tartotta – Lénárd akadémikus ajánlására frissen megválasztott – tiszteletbeli tagként szék-

foglaló előadását a Magyar Tudományos Akadémián.

Ezúttal is nagy örömmel fogadtuk a régi jóbarátot és mentort, felidéztek az 1980-as budapesti Nemzetközi Élettani Világkongresszuson történt első találkozást, az elmúlt évtizedek emlékezetes közös pillanatait, eseményeit. Mostani, a sorban tizedik (!) pécsi tartózkodása idején előbb meglátogatta a Pécsi Diagnosztikai Központot, ahol Dóczi professzor vezetésével tájékozódott az ott folyó, igen ígéretes fMRI vizsgálatokról. Ezt követően az Élettani Intézet és a PAB Neurobiológiai Munkabizottsága szervezésében “The plastic effect of glucose increased during food intake”



címmel élénk érdeklődéstől kísért, nagysikerű tudományos előadást tartott, majd másnap, december 19-én, módot talált az Élettani Intézet fiatal kutatóival való élénk, rendkívül oldott hangulatú szakmai eszmecserére is.

Oomura professzor idén belép 85. életévébe. Korát meghazudtoló, fiatalosan energikus, a felmerülő szakmai kérdésekre azonnal választ kereső, mégis megfontolt, tekintélyt parancsoló egyénisége mindannyiunkra mély benyomást tett. A körünkben töltött rövid, de igazán tartalmas napok emlékét örömmel és büszkén őrizzük, s a világhírű tudóst, mentort és megszívó barátot szeretettel újra visszavárjuk!

Karádi Zoltán

Átadták a Kármán Tódor-díjakat

Az idei évben az E.ON Hungária Zrt., az MTA Műszaki Fizikai és Anyagtudományi Kutatóintézet, az Electrolux Lehel Kft., Sófi József egyéni vállalkozó, valamint Németh Béla, a Pécsi Diagnosztikai Központ ügyvezető igazgatója részesült a Kármán Tódor-díjban – közölte az oktatási tárca szerdán az MTI-vel.

Az E.ON regionális áram- és gázszolgáltató egységek mellett a Pécsi és Debreceni Tudományegyetemekkel, a Budapesti és Győri Műszaki Főiskolával, a Budapesti Corvinus Egyetemmel, az Andrássy Gyula Budapesti Német Nyelvű Egyetemmel és kiemelten a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetemmel működik együtt. A cég jelentős támogatásokat nyújt az intézményeknek.

Az MTA MFA saját forrásának terhére a Pannon Egyetemen, az ELTE-n, a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetemen és a Budapesti Műszaki Főiskolán kihelyezett

laboratóriumokat működtet. Magas szinten részt vesz a graduális és posztgraduális képzésben, ösztöndíjakat adományoz.

Az Electrolux Lehel Kft. különböző formában évi 45-50 millió forinttal támogatja a közép- és felsőfokú képzést, elsősorban azokon a területeken, ahol jól képzett szakemberekre tart igényt. - olvasható a tárca tájékoztatójában.

Sófi József egyéni vállalkozó létrehozta a Sófi József - Szegedi Tehetségekért Közhasznú Alapítványt. Saját vagyonából 60 millió forintot áldozott erre a célra, és az ösztöndíjak mellett folyamatos szolgáltatásokkal, tanácsadással segíti, támogatja a tehetséges fiatalokat.

NÉMETH BÉLA, a Pécsi Diagnosztikai Központ ügyvezető igazgatója a Pécsi Tudományegyetemmel szoros együttműködésben kiemelkedő támogatást nyújt az Orvos Egészségügyi Koordinációs Központ, valamint az egyetem egyéb kutatási, oktatási tevékenységéhez. A Dél-dunántúli Rákbetegségért Alapít-

vány révén magánvagyonából csaknem 200 millió forint támogatást biztosított cége kutatás-fejlesztési pályázataikhoz.

A Kármán Tódor-díjról

Az oktatási tárca által 2000-ben alapított elismerést olyan magánszemélyeknek, jogi személyeknek, vagy közösségeknek adományozzák, akik, illetve amelyek kiemelkedő támogatást nyújtanak tanulóknak, hallgatóknak, oktatóknak és oktatási intézményeknek, jelentős támogatással (ösztöndíjakkal, tudásközpontok, kooperációs kutatóközpontok révén) segítik az intézmények kutatási, oktatási munkáját.

A Kármán Tódor-díjra pályázni lehet, illetve az oktatási, kutatási intézmények, vagy az oktatásban és kutatásban résztvevő személyek tehetnek javaslatot. Egy évben maximum öt díj adományozható, az elmúlt nyolc évben összesen 36 intézmény és magánszemély részesült az elismerésben.

Forrás: MTI

Külső szakképző-helyi akkreditáció ellenőrzéséről

Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzésben részt vevő orvos, fogorvos, gyógyszerész és klinikai szakpszichológus jelölt szakgyakorlatát kizárólag akkreditált szakképző helyen töltheti el. A 11/1998. (XII.11.) EüM rendeleti előírás alapján a külső szakképző helyek akkreditációs eljárását az egyetemek folytathatják le, a betegforgalmi és beteg-összetételi adatok, valamint a szakképzés vezetésére alkalmas oktatók szakmai és tudományos tevékenységének figyelembe vételével. Az elmúlt időszakban a kórházak átstrukturálása jelentősen megváltoztatta az osztályszerkezeteket, és ennek hozadéaként több esetben a személyi összetétel is módosult. Ugyanakkor a szakképzési rendszer átalakításánál az egyik törekvés, hogy az akkreditált intézmények még a jelenleginél is hangsúlyozottabb szerepet kaphassanak. Ezért a szakképzés minőségének biztosítása érdekében az Egészségügyi Szakképzési és Továbbképzési Tanács (ESZTT) elnöke utasította az egyetemeket soron kívüli, ismételt külső szakképző-helyi akkreditációs eljárás lefolytatására.

A reakkreditáció lefolytatása érdekében az Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központ (OEKK) elnöke pályázatot írt ki a külső szakképző helyek számára, és külön értesítette a korábban akkreditált képző helyek vezetőit az ismételt pályázási lehetőségről. Egyúttal megbízta a Szak- és Továbbképző Igazgatóság munkatársait a teljes akkreditációs folyamat kezelésével. Az újonnan összeállított pályázati űrlap az egyetemünk szakképzésének akkreditálása során használt szempontrendszer adaptálása mellett került kialakításra, beemelve a 42/2007. (IX.19.) EüM rendeletben meghatározott hatályos és adott szakterületre vonatkozó, részletes képzési programot, melynek a segítségével pontosan jelezhetette a pályázó, hogy egy szakterület szakképzési programjának mely részét, milyen képzési kapacitás mellett tudja vállalni és megjelölhetette az akkreditációs szintre vonatkozó igényét is. A szakirányoknak megfelelő pályázati űrlapot honlapunkon tettük elérhetővé. A pályázatokat nyomtatott és elektronikus formában egyaránt bekértük.

Összesen **398 db pályázat** érkezett. A beérkezett pályázatokat az adott szakterület grémiumvezetője opponálta és javaslatot tett az akkreditációs szintre, az alábbiak szerint: „A” a teljes szakképzésre, „B” a szakképzés valamely részének teljesítésére alkalmas, „C”

nem fogadható el szakképző helyként. Az OEKK Munkabizottsága, a Szak- és Továbbképző Bizottság (elnök: Ertl Tibor professzor) soronkívüli ülésén tárgyalta meg, és alakította ki állásfoglalását. A Szak- és Továbbképző Bizottság a rendeleti előírások szigorú betartását szem előtt tartva, módosította néhány grémiumvezetői javaslatot, jellemzően azokban az esetekben, amikor az osztály vezetője nem rendelkezett minősítéssel, vagy egyáltalán nem volt szakorvos az osztályon. Minden olyan esetben, ha a kért akkreditációs szint és a grémiumvezető által javasolt akkreditációs szint között eltérés mutatkozott a Bizottsági állásfoglalás döntött. A téma fontosságára való tekintettel a Szak- és Továbbképző Bizottsági ülésen meghívottként és igen aktívan részt vett Kovács L. Gábor professzor, az OEKK elnöke. A kettős kontrollt követően véglegesített javaslatot az OEKK Tanácsa elé terjesztettük elfogadásra. Ezt követően kapták meg az érintett intézmények vezetői az akkreditációs értékelésüket tartalmazó „Tanúsítványt”, mely a kiállítástól négy éven keresztül érvényes.

Az ESZTT a külső szakképző-helyi akkreditációs folyamat ellenőrzésére kéttagú bizottságokat jelölt ki mindegyik orvospályázó egyetemre. A Pécsi Tudományegyetemen az orvosi szakképzés jeles képviselői Bodosi Mihály professzor (SZTE) és Udvardy Miklós professzor (DEOEC) folytatták le az ellenőrzést. A kontroll kiterjedt a pályázat teljes dokumentációjára, az értékelés szempontjaira, a grémiumvezetői vélemények, indokok megismerésére, az egyetem által kialakított álláspont és az ahhoz vezető út minden részletére.

A reakkreditációt ellenőrző bizottság megállapította, hogy az orvos, fogorvos, gyógyszerész és klinikai szakpszichológus képzések külső szakképző-helyeinek akkreditációs eljárása **kifogástalanul** megtörtént a Pécsi Tudományegyetem megfelelő szervezeti keretei között.

Ezúton is köszönjük minden pályázónak az együttműködést, a folyamatban résztvevőknek a közreműködést, és külön köszönet illeti a grémiumvezetőket szoros határidő mellett teljesített, áldozatos munkáját!

Forrai Márta

Szak- és Továbbképző Igazgatóság

Hozzászólás a Karunkon induló komplementer medicina c. tantárgy oktatásához.

Az Orvostudományi Hírmondó 2008. november-decemberi számában olvasni lehet arról, hogy megalakul karunkon a Komplementer Medicina Tanszék. Ebben a számban jelent meg dr. Szeberényi József egyetemi tanárnak a komplementer medicina tantárgy oktatásával kapcsolatos véleménye is. A véleménnyel teljes mértékben egyetértek, a kurzuslásra vonatkozó kitétel kivételével. Szerintem a komplementer medicina nem a bizonyítékon alapuló „orvoslástudomány és a kurzuslás közötti ingoványos határmezsgyén” foglal helyet, mert az orvostudomány és a kurzuslás között jól meghatározható a természetgyógyászatnak néhány területe. Az MTA tudományosan elfogadottnak tekinti „a hagyományos kínai gyógymódokat (akupunktúra, akupresszúra), a neurál- és manuálterápiát. Jelenleg is folynak vizsgálatok az ájurvédikus, a hagyományos tibeti, a homeopátiás és antropozófus orvoslás tárgykörében, illetve vannak olyan módszerek, amelyeknek egyelőre nincs meg a teljes körű tudományos leírása és kutatása, ilyen például a méregtelenítés, a biológiai fogorvoslás. A bioenergia használatában és az íriszdiagnosztika esetében pedig nagyon határozottan meg kell húzni az alkalmazás határait és felállítani a korlátait.” (Bodó Miklós: LAM 2004; 14(5): 380-1.) Az említett utolsó csoport tartozna a kurzusláshoz közeli területhez.

Az esetleges veszélyekre történő figyelemfelhívást teljesen indokoltnak tartom különösen azért, mert a végzett orvosoknak – a komplementer medicina megfelelő színvonalú oktatása és a szkeptikusok bevonása révén – reális ismeretekkel kell rendelkezniük a társadalomban, illetve a betegek körében jelentkező, természetgyógyászattal kapcsolatos igények kielégítésére.

Biró Gábor

Nepál – India

Beszámoló egy meg nem tartott kongresszusról

Az Indiai Gyermeksebész Társaság 34. kongresszusára és ott egy továbbképző előadásra kaptam meghívást. A rendezvényre Guwahatiban (Kalkuttától 650 km) került volna sor.

Miért a feltételes mód? Azért, mert Delhibe érkezésem napján (5 nappal a tudományos ülés előtt) a kongresszus városában száznál több halálos áldozatot és rengeteg sérültet követelő robbantások történtek. Emiatt a kongresszust bizonytalan időre elnapolták. A többi külföldi előadó még otthon értesült a kongresszus elmaradásáról. Mivel én már 5 nappal korábban megérkeztem Indiába (és a repülőjegyem előre vásárolt volt), nem változtathattam meg eredeti útitervemet: az indiai kongresszus előtt 4 nap Nepál. Tehát Delhiből tovább mentem (repültem) a nepáli fővárossal azonos nevű, 2000-3000 méteres hegyekkel körülvett, 1200 méter magasan elhelyezkedő fennsíkra (Katmandu-völgy), ahol közvetlenül egymás mellett helyezkedik el három város: Katmandu, Patan és Bhaktapur (3 millió lakos).

A két fő vallás, a buddhizmus és a hinduizmus, itt békében megfér egymás mellett, nem úgy, mint Indiában és Pakisztánban, ahol a sorozatos robbantásokért valószínűleg a militáns iszlám vallás követői a felelősek. NEPÁL: azt mondják, hogy itt annyi ház van, ahány templom, és ahány lakos, annyi isten is. A kis sikátorszerű utcák – ahol az otthon nélküli családok ezrei az utcán élnek – az ázott kutya, dohos rongy és a kanális szagának keverékére emlékeztetnek. Nagy élményt jelentettek a pagodák (buddhista templom) és a stupák (hindu templom) végtelen sora.

Egy napot töltöttem a 300 ágyas Katmandui Gyermekkórházban (80 ágy gyermeksebészeti). Öröm volt látni a japánok által 15 éve épített (a japán állam ajándéka) nyugati szintű épületkomplexust, de szinte sírni kellett, hogy ezt mennyire „lelakták” (tönkrement) másfél évtized alatt. De talán nem is csoda ez ott, ahol a kormány kb. 10 000 Ft-ot fizet egy appendectomiáért, ahol a konzultáns sebész havi fizetése 30.000 Ft (és utána rohan a magánpraxisba). Egy cloaca exstrophias betegért az állam kb. 30 000 Ft-ot fizet, ezért Cincinnatiban (Pena professzor) hétszázszor többet kell fizetni. Persze más a két intézet színvonala, komfortja, stb., de azért...

Nepálban a katmandu-i kórházban működik az ország egyetlen gyermeksebészete négy konzultánssal (a 24 millió lakos 40%-a 14 éven aluli – nálunk csak 20%). A sebészeti ellátást igénylő betegek körében sok a fejlődési rendellenesség, nagy részük orvosi kezelés nélkül hal meg. Meghalnak, mert nem is látja őket orvos, vagy a hegyekből nem lehet szállítani őket. Ha el is jutnak a kórházba, gyakran késve érkeznek, és ezután jönnek a kórházi ellátás további nehézségei (hygiene, struktúra, posztoperatív kezelés hiánya, stb.). Az oesophagus atresia bevallott mortalitása 75%, nálunk 10% körül van.

Közel egy délelőttöt töltöttem el a kórház gyermekorvosai és gyermeksebészeivel. Nagyon érdeklődőek, de egyetlen gyermeksebészeti folyóirat sem jár nekik. Ha egészségügyünk a mostani irányban „fejlődik”, lassan utolérjük Nepált.



Nepálban is (a saját nyelv mellett) az angol beszélik. Ez annyiban hasonlít az indiai angolra, hogy ezt sem lehet (vagy alig) megérteni. A nehéz érthetőséget az is fokozza, hogy nálunk kb. kétszer gyorsabban beszélnek.

Előadásom során a 100 személyes előadóterem tele volt orvosokkal. A gyógyszerkereskedelem itt is nyomul: mindenki kapott hideg itelt-italt (box-food).

Korábban néhány magyar orvos (pécsi is) elektív idejét Katmanduban töltötte. A gyermekkórház igazgatójával beszélve elmondta, hogy szívesen látnak magyar orvosokat (a megélhetés, a szállás, a koszt – minimális, az élmény és a repülőjegy ára ennek többszöröse).

Egy napot szántam a fent említett 3 város legfontosabb látványosságainak megtekintésére: imamalmok (prayer wheel) mindenhol, minden mennyiségben és nagyságban,

az 5 cm-től a 1,5 m nagyságig. Alig lehet ezeket a nagy imamalmokat megmozdítani. Két napot szántam a környék megtekintésére (gyalogtúra, trekking). A Himalája alsó részéig (kb. 3000 méter magasságig) jutottam el. A hegyekben elképesztő a szegénység, szívszorogató a



küzdelem a mindennapi élelemért. A fiatal és középkorú nők (nehéz az életkorukat megállapítani) vagy szoptatnak, vagy terhesek. Láttam 7-8000 méter magas, hófödte hegyeket (nemcsak a csúcsokat), de a Mount Everestet nem. Ha lett volna „felesleges” 165 USA-dollárom, 1 órás repülőút során ezt is megtekinthettem volna. A világ tizennégy 8000 méternél magasabb csúcsa közül 8 Nepálban van.

Nepál után következett volna a kongresszus Indiában, melyre 3 napot terveztem. Ez most a bombamerényletek miatt „felszabadult”. Egy napot Delhiben töltöttem el. Indiát az „incredible” szóval „árulják”. Bár ez volt az ötödik indiai utam, a fejlődés, a kontrasztok még mindig megfognak. Delhiben rövidesen befejezik a világ legnagyobb repülőterének építését. A falvakban lakók számára (India lakóinak 70%-a falun él) megpróbálnak arzén és más toxikus anyagoktól mentes ivóvizet biztosítani, egyre több az iskolabusz, stb. A lakosság folyamatos és gyors növekedését a születésszabályozás csökkenthetné, de ez a demokratikus beállítottságú és hagyományú, jelentős részben írástudatlan Indiában elképzelhetetlen. India nem Kína! Annyit már elértek, hogy a szülőknek nem mondják meg a magzat nemét, mivel Indiában a leányokra a szülőknek később nem lesz „szüksége”, mert ők majd férjük családját fogják „szolgálni”. Találkoztam – Delhin kívül – olyan fiatal (szegény és iskolázatlan) nővel, akinek tudta és engedélye nélkül vakbélműtét során eltávolították az egyik egészséges veséjét (szervkereskedelem), és semmit sem kapott érte. Kérdeztem, hogy miért nem tesz panaszt. Tanultabb ismerőse mondta, hogy ügyvédre nincs pénzük, az „Indiai Orvosi Kamara” „fogónküli tigris” (MOK?), a bírakat pedig lefizetik.

Egy teljes napot tölthettem el az AIIMS (All India Institute of Medical Sciences) komplexumában. Ez a több mint 2000 ágyas mamutkórház az indiai állam (nem magán) vezető egészségügyi intézménye. Ez azt jelenti, hogy ebben az intézményben az ország egész területéről ingyen kezelik a súlyos eseteket (magas szinten), azonban igen mostoha körülmények között, sokszor alapvető higiénie megléte nélkül. Az AIIMS gyermeksebészete (100 ágy) csak súlyos eseteket lát el. Betegforgalma több mint kétszerese hazánkénak (évi 50-60 oesophagus atresia). Itt nincs ERWT (European Working Time Directive), a gyermeksebészeti orvosainak felkészültsége magas, továbbképzésük

jobb, mint az igen nívósnak tartott európai képzés. Minden reggel 8 és 9 között (szombaton is) továbbképzés van. Hétfőn folyóirat-referálás, kedden nukleáris medicinával közös esetmegbeszélés, szerdán és csütörtökön esetmegbeszélés, pénteken a képzőketekkel találkozunk, szombaton vendégelőadások, PhD-védések vagy államvizsga dolgozatok vitája. Ezen kívül délutánonként is heti rendszerességgel továbbképző ülések képzőketekkel, nukleáris medicinával, onkológusokkal. Csak ízelítőként megadok a délutáni onkológiai témák közül néhányat:

- Concept of stem cells in pediatric solid tumours
- Tumour markers
- Current status of PET scans in pediatric solid tumours
- Hematologic complications in cancer treatment
- Genetics and molecular biology in pediatric cancer.

Merem állítani, hogy ilyen mélységű és gyakoriságú továbbképzést sehol nem tartanak Európában gyermeksebészek részére.

Utam utolsó állomása Udaipur (Rajhasztan-Radzsasztán) városa volt (430 km-re Jaipurától). 1991-ben Pécsen, az Angol Program keretében végzett orvos (Amulya Saxena) szülei hívtak meg. A fenti orvos – segítségemmel, de főleg saját szorgalmával és képességeivel – lett Európa ismert gyermeksebésze Németországban, most már kutatói-gyógyítói állás-



ban Grazban dolgozik. Tudományos érdeklődése a szövettenyésztés (tissue engineering). Udaipurban a 4 nap során a szülők elvittek 3 „klasszikus” indiai zenei és táncrendezvényre. A hangszerek közül csak a hegedűt ismertem fel és egy, a dobhoz hasonló hangszert. Az egyik ilyen kulturális eseményen mosolyogtató dolog is történt velem. Miután a rendezők meghallották, hogy külföldi is van a hallgatóság között, kihívtak és a város vezetőivel együtt a színpadon – zokniban, nyakamban virágfüzérrel (szerencsére a zoknim nem volt lyukas, mint a világbank elnökéé, amikor egy arab templomba ment) – kellett a 6 gyertya közül egyet meggyújtanom.

Miért kedvelem Indiát? Nem tudom. Egyik indiai utam alkalmával egy művelt indiai következőt mondta: „Az én népem más, mint az európaiak vagy az amerikaiak. Ha egy éhes indiainak van egy rupiája (kb. 5 Ft) kenyeret vesz, ha lenne még egy rupiája, valószínűleg virágot vásárolna”. Talán ez lehet a válasz.

Pintér András dr.

AITT Dél-Dunántúli Szekció X. Tudományos Ülése,
Zalakaros, 2009. január 23-24.

Program

2009. január 23. péntek

10:00 Megnyitó

Téma: Agyhaláltól a transzplantációig

Moderátor: Dr. Csontos Csaba, Dr. Verzár Zsófia, Pécs

10:05-10:25 **Szervdonációs és transzplantáció Magyarországon koordinátori szemmel** – *Mihály Sándor, Budapest*

10:25-10:50 **Az agyhalál fogalma és diagnosztikája** – *Dr. Nagy Ferenc, Pécs*

10:50-11:20 **Donorgondozás** – *Dr. Ezer Erzsébet, Pécs*

11:30-11:45 Szünet

Moderátor: Dr. Nyikos György, Szekszárd, Dr. Rodek Gyula, Szigetvár

11:45-12:05 **A szervdonáció kritériumai** – *Dr. Kalmár Nagy Károly, Pécs*

12:05-12:30 **Megbeszélés**

12:30-13:00 **B. Braun szimpózium**

13:00 – 14:00 **Ebéd**

Téma: A láz ...

Moderátor: Dr. Batai István, Pécs, Dr. Kerekes László, Dombóvár

14:00-14:20 **A láz kórélettana** – *Dr. Kanizsai Péter, Dombóvár*

14:20-14:50 **A láz differenciál diagnosztikája. Az ismeretlen eredetű láz** – *Dr. Kovács Gábor, Budapest*

14:50-15:15 **Láz az intenzív osztályon** – *Prof. Bogár Lajos, Pécs*

15:15-15:30 Szünet

Moderátor: Dr. Kránitz Katalin, Zalaegerszeg, dr. Kiss István, Kaposvár

15:30-15:50 **Centrális láz** – *Dr. Molnár Tihomér, Pécs*

15:50-16:10 **Lázcsillapítás** – *Dr. Heigl Péter, Pécs*

16:10-16:30 **Megbeszélés**

16:30-17:00 **MSD Szimpózium**

2009. január 24. szombat

Téma: Prekondicionálás, tanulságos esetek

Moderátor: Dr. Babik Barna, Szeged, dr. Márton Sándor, Pécs

09:00-09:20 **Anesztézia és prekondicionálás** – *Dr. Batai István, Pécs*

09:20-09:40 **Anesztézia és kardiális prekondicionálás** – *Prof. Gál János, Budapest*

09:40-09:50 **Megbeszélés**

09:50-10:00 Szünet

Moderátor: Prof. Molnár Zsolt, Pécs
Dr. Iványi Zsolt, Budapest

10:00-12:00 **Tanulságos esetek (15 perc/eset)**

1. Zalaegerszeg
2. Nagykanizsa
3. Pécs (Dr. Szabó Zoltán)
4. Pécs (Dr. Jáksó Krisztián)
5. Szekszárd

12:00-13:00 **Biotest szimpózium**

Közhasznúsági jelentés

A Pécsi Bőrgyógyászat Fejlesztéséért Alapítvány 1995. december 15-én alakult.

Az alapítvány alaptőkéje 60. 000 Ft, amit az előírások értelmében megfizetett.

Az alapítványt 1996. május 6-án alapították.

Az alapítvány a közhasznú szervezetekről szóló, többször módosított 1997. évi CLVI. számú törvény alapján működik, gazdálkodását a többször módosított 2000. évi C. számú számvitelről szóló törvény és a gazdálkodás speciális előírásait tartalmazó kormányrendelet alapján végzi.

A Pécsi Bőrgyógyászat Fejlesztéséért Alapítvány rendelkezik a számviteli törvény által előírt belső szabályzatokkal és tevékenységét a szabályzatokban előírt feltételek betartásával, alkalmazásával gyakorolja.

Szabályzatok: Számviteli politika
Értékelési szabályzat
Selejtezési szabályzat
Pénzkezelési szabályzat

A Pécsi Bőrgyógyászat Fejlesztéséért Alapítvány 2007. december 31-i fordulónappal lezárt mérleg;nek adatai:

Befektetett eszközök	700 ezer forint
Követelések	102 ezer forint
Pénzeszközök	5.151 ezer forint
Eszközök összesen	5.953 ezer forint

Saját tőke	5.953 ezer forint
Tőkeváltozás	6.000 ezer forint
Jegyzett tőke	60 ezer forint
Tárgyidőszak eredmény	407 ezer forint
Kötelezettség	0 ezer forint
Források összesen:	5.953 ezer forint

Az alapítvány a 2007/es évben közhasznú tevékenység mellett vállalkozási tevékenységet nem végzett.

Közhasznú tevékenység eredménye -407 ezer forint

A közhasznú bevétel 223 ezer forint és a kiadás összesen 630 ezer forint, amiből az értéksökkenés 286 ezer forint, az értéksökkenés figyelmen kívül hagyásával 344 ezer forint és a tisztított közhasznú eredmény -121 ezer forint.

Pécs, 2008. május 31.

Tisztelt Oktató Kollégák!

Az Erasmus mobilitási program keretében 2009/2010-ben is lehetőség lesz a Karral szerződésben álló partnerintézményekben eltölteni egy hetet és ott bekapcsolódni az oktatói munkába.

A pályázati kiírásra előreláthatólag márciusban-áprilisban kerül sor.

ERASMUS

PÁLYÁZATI FELHÍVÁS TANULMÁNYI és HALLGATÓI ÖSZTÖNDÍJRA 2009/2010

FIGYELEM!

Az eddigi évektől eltérően a 2009-2010-es tanévben már utazhatnak negyed, ötöd évesek is a hatod évesek mellett!

Pályázható helyek:

(nem minden egyetemen pályázható Tanulmányi és Szakmai ösztöndíj is, részletekről érdeklődni lehet február 9-től a kar Pályázati Igazgatóságán, február 24-én az Erasmus Információs Napon, illetve a kar honlapján, faliújságokon)

- **Ausztria:** Medizinische Universität Wien (3 fő)
- **Csehország:** Charles University in Prague, Faculty of Hradec Kralove (3 fő)
- **Csehország:** Charles University in Prague, First Faculty of Medicine (2 fő)
- **Németország:** Westfälische Wilhelms-Universität Münster (2 fő)
- **Németország:** Eberhard Karls Universität Tübingen (2 fő)
- **Németország:** Ernst-Moritz-Arndt Universität Griefswald (2 fő)
- **Belgium:** Katholieke Universiteit Leuven (3 fő)
- **Görögország:** Aristotle University of Thessaloniki (2 fő)
- **Spanyolország:** Universidad de Salamanca (2 fő)
- **Portugália:** Universidade do Porto (2 fő)
- **Olaszország:** Università Degli Studi di Pavia (3 fő)
- **Finnország:** University of Oulu (2 fő)
- **Szlovénia:** Univerza v Mariboru (2 fő)
- **Törökország:** Istanbul University (2 fő)

További információ: PTE ÁOK,

Pályázati Igazgatóság:

Tomózer Anett, kari Erasmus koordinátor
536-298

Homo sapiens europaensis, avagy az Erasmus-generáció

Rotterdami Erasmus (1466-1536) nagy hatású németalföldi humanista tudós, Ágoston-rendi szerzetes, filozófus és teológus. Erasmus egész életét Európa különböző részein töltötte, ahol mindvégig írt, tanult, és oktatta a különböző országokból érkező hallgatókat. Az ő személye ihlette meg az Erasmus csereprogram létrejöttét, mely az oktatás minőségének növelését és az európai együttműködés elmélyítését hivatott előmozdítani. Az Erasmus az Európai Bizottság egyik legsikeresebb programja, mely 1987-es indulása óta több, mint 1,5 millió egyetemi hallgató mobilitását segítette elő Európában. A 31 részvételre jogosult ország (a 27 EU tagállam, Izland, Liechtenstein, Norvégia és Törökország) 2199 felsőoktatási intézménye vesz részt a programban.

A program nem csak arra ad lehetőséget, hogy megismerkedjünk egy másik országgal, várossal, egyetem kultúrájával, de alkalmat nyújt a különböző országokból érkező diákok közötti közösség építésére. Az Erasmus-diák megtanul önállónak lenni és legfőképp nyitottabb lesz a világra: különböző emberekkel találkozási viszonyítási alapot szerzünk és jobban megértjük a különbözőségeket.

Stefan Wolff német politológus szerint ezen korábbi erasmusos hallgatók összessége és a közöttük kialakult kapcsolatok fontos mozgatóereje lesz a páneurópai identitás létrejöttének. Európa vezetői 15-20 év múlva ezen 'Erasmus generációból' fognak kikerülni, akik kortársaiktól teljesen eltérően szocializálódtak.

Jómagam 2007 őszén vettem részt az Erasmus csereprogramban, a münsteri Westfälische Wilhelms-Universität klinikáján. A münsteri egyetemen közel 40 ezer hallgatójával Németország harmadik legnagyobb egyeteme, melyen többek között Gerhard Domagk, Nobel-díjas orvos-mikrobiológus, a szulfonamidok feltalálója is dolgozott.

Münster kellemes diákváros, többszáz cserediákkal, rengeteg programmal. A városban egyébként több a kerékpár, mint a helyi lakosság. Az ott-tartózkodás rögtön egy kétételes intenzív nyelvkurussal kezdődött, mindenki a maga szintjének megfelelő csoportban élesíthette a német nyelvi képességeit. Már-már közhelyszámba megy, hogy egy külföldön eltöltött három hónapos gyakorlat mennyivel gazdagabbá tesz. Külön érdekes megismerkedni egy másik ország egészségügyi rendszerével, az ottani orvos-beteg kapcsolatát, a mindennapi orvosi gyakorlat problémáival és szépségeivel. Még az osztályvezető professzor feleségének főztjét is volt alkalmunk megkóstolni, mivel meghívta az osztály összes orvosát és szigorlóját vacsorára.

Természetesen Nyugat-Európában az élet drágább, mint Magyarországon. Sokak Erasmus-programon való részvétele az anyagi akadályokon bukik el. Az így szerzett tapasztalat azonban megfizethetetlen, a befektetés pedig garantáltan megtérül, még a legkeményebb gazdasági recesszió sem foszt meg tőle. Bízom benne, hogy a jövőben is minél többen ragadják meg ezt a lehetőséget.

Dr. Keszthelyi Dániel
Maastricht, Hollandia



ERASMUS A PRÁGAI KÁROLY EGYETEMEN

Az Erasmus oktatói mobilitási program keretében 2008. október 12. és 18. között egy hetet töltöttem Prágában a Károly Egyetem I. Orvostudományi Karán. Az Albertov városrészben található Élettani Intézetben, amely jogutódja a kisagyi nagy idegsejtek „névadója”, Jan Evangelista Purkinje által alapított intézetnek (1. kép), Jaroslav Pokorny professzor látott vendégül, akivel laboratóriumunknak évtizedek óta tar-



1. kép.
Purkinje mellszobra a prágai Élettani Intézet folyosóján

tó munkakapcsolata van és többször járt egyetemünkön. Mivel a Károly egyetemen a tanév csak október elején kezdődik, oktatói feladatom a celluláris fiziológia bevezetéseként a sejtorganelumok, a citoszkeleton, extracelluláris mátrix és sejtmembrán bemutatása volt. Ennek megfelelően, a prágai angol évfolyam másodéves hallgatóinak három kétórás előadásban ismertettem a fentieket. A hallgatók, akiknek létszáma ugyan messze elmarad a nálunk néhány éve megszokottól, rendkívül fegyelmezetten és érdeklődve hallgattak. A prágai egyetemen szinte minden intézetnek saját előadóterme van, az oktatóknak nem kell az intézet épületét elhagyni, hanem a hallgatók vándorolnak épületről épületre. Ennek ellenére az előadások után sok hallgató maradt, és tett fel az előadással kapcsolatos kérdéseket. Mivel az előadások hétfőn, kedden és pénteken voltak, a hét további napjain alkalmam nyílt az intézet kutatócsoportjainak munkájába is belepillantani. Az intézetben, alapítójához híven, túlnyomórészt az idegrendszerrel kapcsolatos kutatások folynak. Ezen belül fontos szerepet kap az idegrendszer prenatális és posztnatális fejlő-



2. kép. A Károly Egyetem rektori épülete az utcáról, eredeti gótikus díszítésű kiugró ablakkal.



3. kép. Purkinje sírja a vysehradi temetőben.

dése, az idegi plaszticitás vizsgálata elektrofiziológiai és neuromorfológiai módszerekkel. Az idegrendszerben zajló metabolikus változások neurokémiai vizsgálata mellett a biokibernetika, mint a különböző fiziológiai rendszerek analizálása és modellezése is helyet kap. Az intézetnek kiterjedt külföldi kollaborációs kapcsolatai is vannak finn, francia, német, holland, japán, orosz, svájci és az egyesült államokbeli laboratóriumokkal. Emellett az intézet professzorai nagy szerepet



4. kép. A Dvorák zongoráját őrző múzeum.

vállalnak a Orvostudományi Kar által kiadott tudományos folyóiratnak, a Prague Medical Reportnak a szerkesztésében, mivel Milos Langmeier professzor az újság főszerkesztője, és Pokorny professzor a nemzetközi szerkesztője.

Az oktatás módszerét tekintve: az általam látogatott intézetben hasonlóképpen oktatják az élettant, mint nálunk. Ennek megfelelően, a szemeszter során a hallgatók előadásokat hallgatnak, valamint gyakorlatokon és szemináriumokon vesznek részt, gyakorlatokon 5, szemináriumokon 20-30 fős csoportokban. Ezzel ellentétben, az egyetem másik két, szintén Prágában található orvostudományi karának élettani intézeteiben az oktatás egészen más módszerrel zajlik. Az egyik intézet előnyben részesíti a modern oktatási formákat, mint komputeres illetve elektronikus távoktatást. A másikban az elméleti és preklinikai tárgyakat, az élettant is beleértve, együtt, betegségoorientáltan, a problémamegoldás módszerével oktatják. Érdekes, hogy a különböző orvostudományi karokra külön felvételi van, azaz a leendő hallgatók maguk döntenek el, melyik karra jelentkeznek. Mivel az oktatási útkeresés karunkat is jellemzi, az élettan-kórélettan-belgyógyászat modul kü-



5. kép. Szállásom bejárata (jobbra), háttérben a Szent Péter templom tornya, ahol a fiatal Dvorák házasságot kötött.



6.kép. Az egyetemhez tartozó épület, ahol az ifjú II. Rákóczi Ferenc lakott tanulmányai alatt.

lönböző gyakorlatának és eredményességének vizsgálatára kiválóan alkalmas a Károly Egyetem három orvostudományi karának eltérő oktatási módszere.

Pokorny professzor az intézet oktatói és tudományos munkájának bemutatása mellett nagy hangsúlyt tett arra is, hogy az egyetem történelmi múltjával is megismertessen. Az 1348-ban alapított egyetem eredeti, ám mára átépített épülete, a Karolinum a történelmi belvárosban található, melynek XIV. századi dísztermében avatják ma is az egyetem 17 karának végzős hallgatóit. A Károly Egyetem Orvostudományi Karán egyébként 1749-től oktatják az élettant, mint független tantárgyat, és a Purkinje által 1851-ben alapított intézet a világ második élettani intézete volt. Hozzá kell tenni, hogy elsőt is ő alapította Breslauban. Purkinje egészen 1869-ben bekövetkezett haláláig vezette az intézetet. Sírja a vysehradi temetőben, Mária Terézia által építtetett erődtámfalain belül, sok más prágai híresség, mint Smetana, Dvorák sírja között található (3. kép). Ott tartózkodásom alatt szállásom az egyetem egyik kollégiumának vendégszobájában volt. A kollégium, mint azt később Dvorák életét bemutató és zongoráját is őrző, az élettan intézet közelében lévő múzeumnak berendezett villában megtudtam, annak a Szent Péter templomnak a közvetlen közelében épült, ahol a fiatal művész örök hűségét esküdött feleségének (4., 5. kép).

A Károly Egyetem Természettudományi Karához tartozik ma a prágai vár alatti Mala Straná városrészben található épület, ahol az ifjú II. Rákóczi Ferenc lakott prágai tanulmányai alatt (6. kép).

A középkori Károly Egyetemen egy szerencsétlenül végződött szerelmi viszony miatt távozott az a Jan Mydlár nevű, egyébként tehetséges orvostanhallgató, aki tudását



7. kép. Mydlár, a hóhér bárdja az „U Mecenáse” étterem falán.

később mint hóhér hasznosította, és a harmincéves háború során fellázadt, majd levert cseh nemesség 27 tagján hajtotta végre a halálos ítéletet 1621. június 21-én. A kivégzettek között volt a Károly Egyetem egykori rektora, Jan Jessenius (Jeszenszky János) professzor, akivel Mydlár előtte baráti kapcsolatot ápolt, és akinek anatómiai tanulmányaihoz tetemeket is rendelkezésére bocsátott. A vár alatt ma is megtalálható „U Mecenáse” étterem volt a legenda szerinti törzshelye, melynek falára függesztett, a

prágaiak szerint eredeti bárd és tönkdarab jelzi azt a helyet, ahol Mydlár, a hóhér, rendszerint magányosan étkezett (7. kép). Lakása a Vltava folyó túlsó partján, a Josefov városrész (Józsefváros) szélén található zsidó temető közvetlen szomszédságában volt.

Prága megszámlálhatatlan látnivalójára való tekintettel, szinte egészen bizonyos, hogy átlagos turistaként mindezekhez az információkhoz nem jutottam volna hozzá, és ezen nevezetességeket nem láthattam volna.

Mindemellett, bepillantást nyerhettem egy hasonló közeli és távoli múlttal rendelkező ország egyetemének jelenébe és múltjába úgy, hogy közben orvostanhallgatók egy csoportjának, noha csak egy héten át, az Erasmus program keretében oktatója lehettem.

Dr. Ábrahám Hajnalka

egyetemi docens

Központi Elektronmikroszkópos

Laboratórium

Erasmus program Szlovéniában

Én Szlovéniában voltam 3 hónapot, ott töltöttem a sebészet, a szülészeti és az oxológia gyakorlatot. Két éve én voltam az első erasmusos a Maribori Egyetem Orvosi Karán. Ez viszonylag új kar, akkoriban a negyedévesek voltak a legidősebbek, így kuriózusnak számítottam a medikusok között a kórházban, viszont támogattak mindenben.

És hogy miért éppen Szlovénia? Mert az tiszta Ausztria, csak nem kell tudni németül. Az emberek, különösen a fiatalok és az orvosok viszont elég jól tudnak angolul, németül, és páran olaszul is, sőt magyarok is vannak néhányan. A sebészeten és a szülészeten is volt 1-1 szlovéniai magyar orvos, ráadásul mindketten Pécsen végeztek. Én azért tanulgattam egy kicsit szlovénül is. Néha nagy hasznát vettem, néha pedig kellemes meglepetést szereztem vendéglátóimnak.

Nem csalódtam bennük, szép az egész ország, rend van és tisztaság, a kórházban van rendes felszerelés, és az épületek sem dőlnek össze. Az emberek kedvesek.

Maribor Szlovénia második legnagyobb városa, de egészen élhető. Pécshez hasonló város, 140 000 lakossal, szűk kis utcákkal, piros cserépes házikókkal az óvárosban, egy csomó bulizós és kiülős hellyel, és a Drávával. De meg kell említenem a jó borokat is. Itt található a világ 4. legnagyobb borospincéje 5,5 millió literes kapacitással. 2012-ben Maribor lesz Európa kulturális fővárosa. Érdemes lesz akkor is elmenni, körülnézni. Szóval csak ajánlani tudom. Én sem bántam meg, és alig várom, hogy visszamehessek. Talán majd a Leonardo ösztöndíjjal sikerül. Remélem e rövid beszámolóval sikerült felkeltenem az érdeklődők figyelmét.

Hegedűs András

Endokrinológiai világkongresszus Rio de Janeiroban



2009. november 8-12. között Rio de Janeiroban került sor az International Society of Endocrinology (ESE) által négy évente szervezett világkongresszusra (13th International Congress of Endocrinology, ICE). Több mint negyven országból 5000 ezernél is többen vettek részt, az I. sz. belgyógyászati Klinika Endokrin és Anyagcsere Munkacsoportját dr. Mezősi Emese és dr. Nagy Zsuzsanna képviselték. Az ötnapos rendezvényen 9 párhuzamos szekcióban több mint 300 szaktekintély tartott összefoglaló előadásokat és 1000-nél is több

posztert mutattak be. Az előadások az endokrinológia különböző területeiről számos új, fontos információt nyújtottak. Jelentős előrelépés látható az endokrin betegségek genetikai hátterének kutatásában, az endokrin malignómák kezelésében, és természetesen számos előadás foglalkozott korunk népbetegségeivel, az obezitással és a cukorbetegséggel. A kongresszus szervezői ügyeltek arra is, hogy a világ minden részéről érkező kollégák megismerhessék Rio csodálatos kulturális és természeti értékeit, az előadások kora délutánig tartottak és ezt követően módunk volt szervezett, illetve egyéni programok keretében ismerkedni a várossal.



Dr. Nagy Zsuzsanna

PTE I.sz. Belgyógyászati Klinika

Fotók: dr. Nagy Zsuzsanna és dr. Gellén Balázs

Bemutatkozik

a PE ÁOK IOI Komplementer Gyógyászati Tanszék Tradicionális / komplementer medicina (KM) oktatása

A Pécsi Egyetem ÁOK 2008. november 1-i indulással megszavazta a bizalmat az Igazságügyi Orvostani Intézetben belüli Komplementer Medicina Tanszék részére. A tradicionális és komplementer gyógyászat (továbbiakban komplementer gyógyászat, = KM) a WHO állásfoglalásában (Development of National Policy on Traditional Medicine, Manila, WHO, 2000) támogatandó gyógyítási formaként szerepel. A fejlett világ lakosságának több mint 50-60 %-a kipróbálta már, Németországban 1995-2006 között több mint 20 000 orvos vett részt ilyen irányú továbbképzésen. Egy év alatt az USA-ban 25 milliárd dollárt, Angliában 230 millió dollárt költenek tradicionális termékekre. A világ gyógynövény-forgalma az évi 80 milliárd dollárt meghaladja. A magyar lakosság körében is elfogadott a komplementer terápia, a lakosság 50-55 %-a már megfordult KM-t művelő gyógyásznál, ez a szám folyamatosan nő, amelynek okai összetettek. Egy orvosi felmérés szerint főleg a krónikus betegek, az egészségtudatosabb, magukkal törődő emberek és az iskolázottabbak, de főleg a nők fordulnak a gyógyítókhoz. A folyamatos növekedés egyrészt a sajtómediákból folyamatosan jelenlevő, sokszor „felkapott” gyógymódoknak köszönhető, de szerepet játszik benne a betegek fokozódó igénye a hosszabb orvos-beteg kapcsolatra, pozitív tapasztalatok szerzése is. Magyarországon a 11/97 NM r., és a 40/97. Korm R. szabályozza ezen, az egészségügyi ellátórendszeren belüli eljárások alkalmazhatóságát. A szigorításokat tartalmazó újabb rendelet hamarosan megjelenik 2009 tavaszán, amelynek előkészítésében a KM Tanszék vezetője tevékenyen részt vett évek óta. A kérdéssel a Magyar Tudományos Akadémia 1998-ban és 2003-ban is foglalkozott. Állásfoglalásaiban támogatott egyes kezelési módszereket, az egyetemeket arra kérve, hogy kutassák és oktassák is ezen formákat. Szerte a világon évek óta folyamatosan bővül azon egyetemek száma, ahol tanszék alapításával integrálják a képzési rendszerbe szabadon választhatóan a KM-t, miután az USA-ban felállították a National Institute of CAM intézményét. (NICAM), így pl. München, Bécs, Jena, Saarbrücken, Bristol, Milano, Moszkva, Graz, Bern, Oslo, Mainz, stb. Ezek a helyeken a hallgatók csak ismeretszinten hallanak a témákról, de az orvosok már a postgradualis képzések utáni vizsgákon adhatnak számot ismereteikről. A liszenca vizsga az ÁNTSZ működési engedélyének feltétele a tárgyiak mellett. A hazai orvostársadalom ismerete még mindig hiányos a komplementer gyógyászat területén, - főleg a bulvárlapok, fizetett TV-s műsorok, vagy nem megfelelő „szakmai” oldalakról tud tájékozódni, mert eddig az egyetemeken nem kapott megfelelő ismeretanyagot. Ugyanakkor pár éve a hazai egyetemek már kezdték befogadni a folyamatos képzési pontok adásával az egyes tanfolyamokat. Ez alól kivételként említendő a Hagyományos Kínai Orvoslás akupunktúra oktatásának története, amelyet a hajdani budapesti Szabolcs utcai OTE, majd HIETE kezdett el oktatni szakorvosok számára 1989-ben a Magyar Akupunktúrák Orvosok Társaságának tagjai segítségével. 2000-ben ezen képzés Szegedre került a SZE ÁOK-ra, majd 2004 óta a PTE ÁOK fogadta be a 2 éves, a HKO teljes körét felölelő oktatás utáni licencvizsga letételét. Évente 70-80 szakorvos szerzi meg licencvizsga igazolását, a jelentkezés folyamatos, már a következő évfolyam is betelt. Hasonlóan érdeklődnek a kolégák a manuális medicina, a neurálterápia, a homeopátia, a komplementer mozgás és masszázs terápiák után is, az életmód tanácsadást,

prevenációt is magában foglaló dietetikai, böjtkúrákkal foglalkozó oktatást is számon kérik. A homeopátia esetében több száz szert engedélyezett az OGYI az elmúlt 10 évben és az Európai Unió belüli lehetőségekkel ma már, ha nem kapható itthon a szer, már a határszéli eisenstadti patikában is megvásárolhatja a paciens. Mi lehet a feladata a tanszéknek? Mindenekelőtt le kell szögeznünk a félelmek és bizalmatlanság miatt, hogy nem célunk „komplementer orvosokat” képezni. A pályát választó hallgatónak először hivatását és szakmáját alaposan ismerő szakemberré kell válnia ahhoz, hogy majd később a KM egyes ágait tanulmányozza, és később alkalmazza. Ugyanakkor szükségesnek látjuk az autentikus forrásból, kellő szakmaisággal azon orvosok képzését, akik erre igényt tartanak és gyógyító palettájukat más, a beteg számára hasznos és veszélytelen módszerekkel is ki akarják egészíteni. Szükségesnek látszik- főleg a hallgatók kérésére is- hogy az itt-ott hallott, vagy tapasztalt módszerekről az egyetemen is hallhassanak informatív jelleggel. Ebből a folyamatból is látszik, hogy szükséges, hogy a képzési rendszer bővítésével, a komplementer gyógyászat helyének kidolgozásával az egészségtudatos magatartás kialakításával az egészségügyi dolgozók, laikusok képzési rendszere is szabályozott legyen. A megfelelő képzés-oktatás feltétele a felelős, szakmaiságában és etikailag is megfelelő orvosi magatartásnak, amely integráltan alkalmazza a kétfajta megközelítésmódot a praxisában. A komplementer gyógyászat nevének megfelelően meg kell, hogy jelenjen, mint kiegészítő lehetőség a standard betegellátásban, kiemelkedő szerepe van, mint életmód tanácsadó, egészségkultúra javító mód- és eszközrendszernek a népbetegségek megelőzésében, korai tüneteik kezelésében. A WHO, EU és az MTA ajánlásnak megfelelően indokolt feladat: orvosokat képezni a Hagyományos Kínai Orvoslás (akupunktúra) és a neurálterápia területén, egészségügyi szakdolgozókat képezni az akupresszúra területén, orvosokat és gyógytornászokat képezni a manuálterápia területén, orvosokat és egészségügyi szakdolgozókat képezni a fitoterápia területén, orvosokat és egészségügyi szakdolgozókat képezni más, kiegészítő, preventív egészségmegőrző tanácsadói és rehabilitációs területeken. Orvostörténeti szempontból is, de továbbképzés jelleggel is ismereteket szükséges adni az átfogó gyógyászati filozófiákról, azok egyes megjelenési formáiról (ayurveda, tibeti, kínai, népi, távolkeleti mozgás és masszázsterápiák), valamint azon módszerekről is – kritikai állásfoglalásokkal –, melyek tudományos magyarázata ma még nem teljes (pl. homeopathia, mágneses tér élettani hatásai, böjtkúrák). A KM kutatásának feltételei is csak egy egyetemi héttérrel képzelhetők el és valósíthatók meg. Itt állnak rendelkezésre azon gyakorlati tényezők és tapasztalatok, amelyek kivitelezhetővé tesznek ilyen irányú vizsgálatok elvégzését hazai környezetben is. (A NICAM évi költségvetése 122 millió USD.) Az orvosok, egészségügyi diplomások továbbképzési helyei természetesen az orvosegyetemek, a szakdolgozói és egyéb továbbképzések helye az Egészségügyi Továbbképző Intézet, vagy más, az ÁNTSZ által akkreditált oktató hely(ek). A komplementer gyógyászat alkalmazási elveinek, kutatásának és oktatásának szervezése az új KM Tanszék feladata. A KM Tanszék a tananyagfejlesztést, az undergraduális oktatás keretében az alapok információszintű átadását, a postgradualis orvostképzést végzi a jövőben egyedüli Tanszékként az országban, amely „módszertani központként” is működik már, összeállítva a postgradualis eljárásrendi

anyagok tartalmát az új rendelethez. A nemzetközi kapcsolatok ápolása 2004 óta folyamatos, amelyet a tanszék (pl. a kínai Tangshani Orvosi Egyetemmel – NCCMU-, a Münchener Charite Egyetemmel, a Bristoli egyetem Exeteri CAM Tanszékével, a Taiwan Chung Gun Memorial University-vel már egyezmények aláírásával folytatja. Ezen helyeken a tanszék vezetője előadóként és workshop adóként rendszeresen járt már korábban is, utoljára Taiwanban 2008 decemberében, mint meghívott kongresszusi előadó. Az NKTH bilaterális kínai-magyar pályázatának elnyerésével 2009-2010-re tovább bővült a kutatásban, oktatásban az együttműködésünk Kínával. A folyamatosan 2 évente megújított NKTH-TeT pályázat segítségével 2004 óta évente 1 alkalommal jönnek tapasztalatcserére és oktatni kínai egyetemi oktatók, a magyar kollegákat is fogadja a kínai egyetem. Ennek a jól kiépített és kiválóan működő szakmai és emberi kapcsolatnak köszönhetően vált lehetővé Kínában az I. Magyar-Kínai Orvostudományi Konferencia megrendezése, ahova 28 magyar orvos utazhatott el 2 éve, (11 napos gyakorlatra, de a híres látványosságok megtekintését is segítették). Az idei évben, 2009-ben a III. Magyar-Kínai Konferenciát is már szervezzük a kínai partnerrel, a kínai Science and Technology Ministry támogatásával. Az International Council for Medical Acupuncture and Related Techniques (ICMART) szakmai orvosi világszövetség 2008 októberében – a tanszék segítségével is – Budapesten tartotta XIII. Világkongresszusát, amelyen az 1834-ben orvosi disszeretációját megvédő Dr. Laner Antal sebészorvos emlékére 20 éve alapított Laner Emlékérmeket két kiváló orvos kollega kapta, akik a magyar akupunktúrás életet önzetlenül és sok anyagi támogatással, oktatással is segítették, Dr. T. Yamamoto (japán professzor) és Dr. J. Gleditsch a müncheni egyetem oktatója. Prof. Dr. T. Yamamoto, akinek Japánban egy 1300 ágyas rehabilitációs intézete van, a sajátján kívül egyedül a 20 éve Budapesten működő hasonló intézetnek engedte meg, hogy a nevét felvegye. (A KM Tanszék vezetője tanítványa volt hosszabb ideig és ma már több helyen együtt oktatnak). Ez az intézet az országos postgradualis oktatások szervezése és lebonyolítása mellett gyakorlati oktatóhely is 20 éve a HKO, neurálterápiában.

Mi a további célunk?

Több hazai orvosegyetemen legyen graduális alapismeret és post graduális komplementer gyógyászati képzés és licencvizsgáztatás. Az orvosegyetemi képzés graduális tananyagai közé kerüljön be a komplementer gyógyászati ismeretek tantárgy szabadon választható formában, a PTE ÁOK-hoz hasonlóan, amely etalonként vállalta fel ezt a feladatot. Kerüljön alaposabb kidolgozásra a komplementer gyógyászat helye az egészségügyi ellátásban, az integratív medicina részeként, főleg az egészséges életmódra történő nevelés részeként illetve a prevencióban. Mindemellett a rehabilitációban is helye van, főleg a krónikus betegek esetében, ahol számos szükséges gyógyszer szedésével- azok mellékhatásainak interakcióival is számolva – lehetséges és szükséges alkalmazásuk. (pl. reumatológiai kórkepek, fájdalom management, alvászavarok, bénulások maradványtüneteinek habilitációja) komplementer gyógyászati központ jöjjön létre gyógyítási, szervezési, kutatási feladatokkal, bizonyítva, vagy éppen az eredmények értékelése után elvetve egy-egy módszer alkalmazhatóságát. A kínai, keleti gyógynövények hatékony alkotóanyagai vizsgálatainak elkezdése az EU-s előírásoknak megfelelően.

„A magyar lakosság egészségtudatossága eléggé alacsony, az egyéni felelősség érzete minimális” – mondja egy legutóbbi felmérés, és csak kevesen tesznek tudatosan egészségük megóvásáért. Az elkövetkező időszak egyik legfontosabb, egyéni és társadalmi szintű feladata az lenne, hogy a laikusok körében előtérbe kerüljön, és általános igénnyé váljon a preventív szemléletű élet- és magatartásforma. A prevenciónak legalább olyan, tényezővé kell válnia, mint a na-

pi megélhetés kérdése. A tudatosság előremozdítása érdekében rá kell ébreszteni a lakosságot az egészségmegőrzés fontosságára, és ha szükséges, akár anyagilag is érdekeltté kell tenni őket a betegség-megelőző magatartás kialakításában. Ehhez a Komplementer Medicina egyes ágainak képzett szakemberei biztonsággal és felelősséggel tudnak résztvenni napi tevékenységük folyamán.

Melléklet:

A KM Tanszék 2009 évi külföldi meghívásai:

1. Jénai Egyetem április: Neurálterápia és akupunktúra a gerinc fájdalmas állapotaiban, plenáris előadás
2. Brüsszel, „Cambrella” Európai Unió workshop résztvevője a CAM témában
3. ICMART nemzetközi szimpózium, Tessaloniki: Fájdalommanagement – 90 perces workshop. III. Sino-Hungarian Medical Conference, Tangshan, Kína, szeptember 10-20.

1. Mellékletben:

A Komplementer Medicina Tanszék jelenlegi munkatársai:

Dr. Hegyi Gabriella PhD.
Dr. Kertész Ágnes PhD.
Dr. Chen Zhen PhD.
Dr. Radnai Andrea PhD-hallgató
Dr. Pfeifenröth Anna
Dr. Szalkai Iván
Dr. Csütörtöki Krisztina
Bakos Nóra titkárságvezető (budapesti munkacsoport)

2. Mellékletben:

Komplementer Medicina intézeti tanszék részletes feladatai:

1.1. Alapfeladata:

A nem-konvencionális (komplementer medicina, valamint természetgyógyászat) tevékenységek egységes szakmai irányelveinek, protokolljainak kidolgozása, szakmai felügyeletének és minőségi kontrolljának biztosítása, valamint fejlesztési és monitoring tevékenység biztosítása.

1.2. Feladatai:

2.3. Ajánlásokat dolgoz ki az Egészségügyi Minisztérium, illetve annak Komplementer Medicina Tanácsadó testülete részére.

2.4. Módszertani leveleket és ajánlásokat ad ki az Egészségügyi Minisztérium (illetve Komplementer Orvosi Tanácsadó Testület jóváhagyása alapján).

2.5. Közreműködik a nem-konvencionális tevékenységet érintő szabályozásban, szakmai anyagok előkészítésében, véleményezésében.

2.6. Végzi az oktatóhelyek minősítésével kapcsolatos pályázati eljárások lebonyolítását.

2.7. Működteti a minőségirányítási rendszert.

2.8. Ellátja a Vizsgáztató, valamint a Szakértői Névjegyzékkel kapcsolatos teendőket.

2.9. Végzi a névjegyzékek nyilvántartását.

2.10. Elkészíti a CAM szakmai diszciplínák curriculumát (orvosi és nem orvosi)

2.11. Oktatásszervezés, vizsgaszervezés (a tanszék által oktatott diszciplínák vonatkozásában tanfolyam és továbbképzés szervezése).

2.12. A Közigazgatási és Engedélyezési Hivatal orvostechnikai eszközök engedélyezési eljárása során véleményezi a nem-konvencionális eljárások kapcsán használatos műszereket, készülékeket és eszközöket.

2.13. Egyetértési jogot gyakorol az ETI által végzett – középfokú természetgyógyászati képzettségek honosítása tárgyában.

2.14. Egyetértési jogot gyakorol a vizsgáztató intézmények vizsgálónöki és vizsgabizottsági tagjainak jelölése vonatkozásában.

2.15. Tájékoztató leveleket készít (Egészségügyi Minisztériumba, ill. ügyféltől érkező levelek megválaszolója).

2.16. Felkérése alapján szakvéleményt készít hivatalos szervek (Eü. Minisztérium, OTH, OSzMK, ÁNTSZ, Gazdasági Versenyhivatal, Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőség, Bíróságok, Ügyészségek, ORKI, OÉTI, Közigazgatási és Engedélyezési Hivatal).

2.17. Nemzetközi kapcsolatot tart fenn.

2.18. Képzéssel oktatással kapcsolatos kiadványokat szerkeszt és ad ki (képző- és vizsgáztató intézményekkel történő együttműködés alapján).

2.19. Minden mást amivel az Egészségügyi Minisztérium megbízza, illetve a Komplementer Medicina Szakmai Tanácsadó Testület megbízza. Átfogó cél: többnyelvű, több országot átfogó komplementer medicina tudásbázis létrehozása és üzemeltetése, eszköz- és tartalomfejlesztés. Elsődleges cél: minősített, magas szintű szakmai információk összegyűjtése és fejlesztése, átfogó szakmai ismertetők, módszertani útmutatók, protokollok keresztplatformos módszertanok terápiás lépcsők, esetismertetések, etikai elvek, továbbképzési szakmai anyagok, jogi szabályozás, tankönyvek

Dr. Hegyi Gabriella

PhD, tanszékvezető

*

Prof. Barthó Loránd (DSzC) az alábbiakat kívánja hozzáfűzni.

A dékáni vezetés felkérésére az új tantárgy (régiben kurzus) megindításával kapcsolatban tanácsadóként működtem közre, és szükség esetén ezután is véleményeztem anyagokat. A legsürgősebb teendő a kurzus józan megtervezése és elfogadtatása. E tekintetben végig azt a nézetet képviseltem, hogy egy ilyen tantárgy behozása az orvoskar falai közé nagy óvatosságot igényel. A bizonyítékok erejére kell támaszkodni (elfogadva, hogy a mechanizmusok gyakran nem ismertek, mint ahogy a farmakológia sem ismeri számos gyógyszer pontos hatásmechanizmusát), és nem szabad ellentmondásba kerülni a modern medicinával. Szerencsére tarthatjuk magunkat az MTA állásfoglalásához, amely néhány eljárást, ill. megközelítést valószínűleg hatásosnak ismer el. Nézetem szerint nemcsak a kurzusnak, hanem a tanszék egyéb tevékenységeinek is (vizsgáztatás, oktatási anyagok kiadása stb.) ebből kell kiindulnia. Röviden, kritikusan és csak az ismeretterjesztés szintjén lehet beszélni az MTA által nem kellően bizonyított hatásúnak minősített eljárásokról* (pl. homöopátia). Ezeken a területeken a PTE orvoskara közreműködésével ne szülessenek kiadványok, ne folyjék vizsgáztatás, továbbképzés stb. Az orvoskar részvétele bizonyára emeli a tevékenység tekintélyét, de kötelezettségekkel, az önkorlátozás szükségességével is jár. Mindezeket figyelembe véve a tanszéknek túlmeretezettnek tűnik.

A kurzussal kapcsolatban a dékáni vezetés a jelek szerint az enyémhez közel álló elveket képvisel. Remélem, a tanszék egyéb tevékenységeivel kapcsolatban is ez lesz a helyzet.

* A „további vizsgálatokat igényel”; „vizsgálata folyamatban van” stb. kategóriák nem tekintendők elfogadottnak. Ha majd összegyűlik a kellő mennyiségű bizonyíték, az MTA bizonyára változtatni fog a besoroláson.

HEFOP projekt fenntartása

Az Orvostudományi Hírmondó olvasóit több éven keresztül tájékoztathattuk arról, hogy a **Nemzeti Fejlesztési Terv Humán erőforrás-fejlesztési Operatív Programja** keretében hazánk négy orvosképző intézménye a Debreceni Egyetem koordinálásával 2005-2008 között sikeres pályázatot bonyolított le.

A HEFOP-3.3.1.-P-2004-06-0014/1.0 sz. **MINŐSÉGI TUDÁS ELŐÁLLÍTÁSA ÉS ÁTADÁSA AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS ORVOSKÉPZÉSBEN. Válasz a XXI. század új kihívásaira** című projekt sikeres megvalósulását lehetővé tévő konzorciumi partnerek és egy egyetem szakmai megvalósítói kötelezettséget vállaltak arra, hogy a projekt eredményeit öt éven keresztül fenntartják.

2008/2009-es tanévben elsőként a **“Pedagógiai képzés az orvoskarok számára”** című továbbképző kurzus került megrendezésre. A kurzus sikerességét nem csak a jelentkezők nagy létszáma, hanem a résztvevők interaktivitása is bizonyította. Az előadónak sikerült nagymértékben bevonni a továbbképzésen részt vett oktatókat az előadásokba, a közös beszélgetések révén reméljük még inkább elkötelezetté váltak tudományuk és oktatói pályájuk iránt.

A kurzus előadóinak ezúton is köszönjük, hogy elvállalták a projekt folytatását honorárium nélkül is. Ebből is látszik, hogy mennyire elkötelezett oktatók.

Előadásával tisztelte meg a hallgatóságot: **prof. Molnár Péter** a Debreceni Egyetem, **prof. Róth Erzsébet**, **dr. Bukovinszky Anna**, **prof. Csernus Valér**, **dr. Füzesi Zsuzsanna**, **Kittkáné Bódi Katalin**, **dr. Lantos János**, **dr. Lengvári István**, **dr. Pótv László**, **dr. Rébék-Nagy Gábor**, **dr. Szekeres Péter** és **dr. Somogyiné dr. Végh Mária** a Pécsi Tudományegyetem részéről és **dr. Barabás Katalin** a Szegedi Tudományegyetemről.

A mindhárom modulon résztvevők az igazolás és a tananyag elektronikus CD-melléklete mellett 3 PhD kreditpontot és orvos-továbbképző pontot kaptak.

A pályázat célkitűzésének értelmében a továbbképzéseknek a jövőben is folytatódniuk kell, a HEFOP-3.3.1.-P-2004-06-0014/1.0 sz. projektről, az eredményeiről, a bizottsági tagokról és a jövőben indítandó képzésekről további információt nyújt a weboldal.

Bognár Rita
pályázati menedzser

Dr. Róth Erzsébet
egyetemi tanár
Az Oktatási Technológia
Bizottság elnöke

Dr. Melegh Béla
egyetemi tanár
projekt koordinátor



Beszámoló az 59. Amerikai Májkongresszusról (AASLD, SanFrancisco, 2008).

Az Amerikai Májkutatók Társasága (American Association for the Study of the Liver Diseases) 2008. október 31. és november 4. között San Franciscóban rendezte éves kongresszusát, 50 országból több mint 8100 regisztrált résztvevővel. Az 5 napos programon 300 előadás hangzott el és 1670 poszter került bemutatásra.

Néhány kiemelésre érdemes megállapítás a kongresszus anyagából, elsősorban a krónikus vírushepatitisek terápiájával kapcsolatban.

A Hepatitis B vírus (HBV) infekciót illetően Manns professzor előadásában rámutatott, hogy a HBV a fertőzött májsejtben kovalensen zárt cirkuláris DNA (cccDNA) formájában perzisztál, ez képezi az alapot (templat) a HBsAg termelődéséhez. A HBsAg szint korrelál a cccDNA-fertőzött sejtek számával. A cccDNA nehezen eliminálható, ezért probléma a HBsAg-negativitás elérése is. *HBV-specifikus T-sejtek* a hepatitis lezajlása után évtizedekkel később is kimutathatók: ezt a nyomokban jelenlevő vírus okozza, ami tartós negatív feedback-et jelent a HBV szaporodására. Immunszuppresszív terápia (pl rituximab, infliximab, csontvelő transzplantáció) alatt a HBV-specifikus T-sejt válasz károsodik, a vírus reaktiválódik, megnő a szérums HBV-DNS szint, a fertőzés fellángol. Ezért ilyen kezelések előtt a betegeket szűrni kell HBsAg-re, a pozitív egyéneket pedig tartósan preventív anti-HBV nucleos(t)id analóg terápiaiban kell részesíteni. A HBV-infekció kezelésekor lényeges, hogy a szérums HBV-DNS 104 kópia/ml érték alá kerüljön, de főleg kulcsfontosságú a HBsAg-clearance elérése, a HCC kockázat csökkenése szempontjából ez meghatározó.

Marcellin szerint ha 12 hét után $>1 \log_{10}$ a HBsAg szint csökkenés, vagy <1500 IU/ml a HBsAg szérums koncentráció, ez a prediktora a tartós HBV-DNS-clearance-nek.

Terrault N a HBV-terápia jövőjéről szólva arra utalt, hogy jelenleg folynak a klinikai vizsgálatok a PEG-IFN és a nucleos(t)id analógok (adefovir, tenofovir) kombinációinak optimális alkalmazásával kapcsolatban.

Lau GK adatai azt jelezték, hogy

HBsAg-pozitív betegekben a PEG-IFN + lamivudin (LAM) kombinált kezeltekben kifejezettebb volt a HBsAg szint csökkenése. A HBsAg-szerekonverzióval jól korrelált a szérums HBsAg.

Hansen BE HBsAg-pozitív betegekben PEG-IFN alfa-2a kezeléssel 36%-os tartós virológiai választ (SVR) ért el. Akiikben a 24 hétre $>2 \log_{10}$ kópia/ml volt a HBV-DNS szint csökkenés, határozott nagyobb volt a SVR valószínűsége, mint ha ez nem következett be.

Toy M szerint Hollandiában 64 000 a HBV-hordozók száma és 14 000 lehet magas virémiájú krónikus B hepatitises. Kezelenkéntül ezek 24%-a hal meg 20 év alatt: a HBV-cirrrosisos betegek 77%-a, cirrhosis nélküliek 17%-a. Az antivirális terápia hatására a cirrhosis nélküli krónikus B hepatitisesekben 17 %-ról 2%-ra, a cirrhosisos betegekben 77%-ról 26%-ra csökkenne a halálozás. Összességében a HBV antivirális kezelése 80%-kal mérsékelheti a HBV-okozta mortalitást.

A hepatitis C vírus (HCV) infekció terápiájának kérdései különösen nagy teret kaptak.

Karino Y hangsúlyozta, hogy a HCV Peg-IFN + RBV terápia alatt már a 2 hetes válasz alapján előrejelezhető mind a relap-



sus, mind pedig a SVR.

Marcellin R szerint a rapid virológiai válasz (RVR) (4 hetes vírus-negativitás) esetén a SVR esélye 93%, ha nincs RVR, akkor csak 51%. Annál nagyobb a valószínűsége a SVR-nak, minél nagyobb fokú (pl $>3 \log_{10}$) a HCV-RNS szint csökkenés a 4. hétre.

Di Martino V és mtsai HCV terápiával kapcsolatos 12 randomizált kontrollált vizsgálat meta-analízisét végezték el. A 12 hetes komplett korai válasz (cEVR) esetén nem volt különbség a 48 és 72 hetes terápia hatása között, a későn, lassan (24 hétre) reagálók esetén azonban a 72 hetes kezelés előnyösebb, de csak ha a RBV-t testsúlyadaptált dózisban adják. HCV2/3 betegekben a RVR

esetén 16 hét kezelést elegendőnek tartották. *Ferenci P és mtsaival* együtt más szerzők is állították, hogy a *késői választással* reagáló betegek 72 hetes kezelést igényelnek

McHutchison JG a PROVE 3 tanulmány időközi adatait ismertette: *Telaprevir* (napi 3x 750 mg adagban) 12-24 hetes kezelésben 48 hetes PEG-IFN alfa-2a + RBV-nel kombinálva, jelentősebb RVR, EVR és SVR12 arányokat eredményezett, mint a történelmi PEG-IFN + RBV terápia. Ugyanakkor a *Telaprevir* + PEG-IFN kettős kombináció – RBV nélkül – kevésbé hatékonynak bizonyult.

Delgado-Borrego A szerint a HCV cirrhosisban folytatott hosszútávú IFN terápia alatt a HCV clearance-vel párhuzamosan az *inzulinrezisztencia* is javult.

Schwarz KB és mtsai 114, 5-17 éves krónikus C hepatitiszes *gyermeket* vontak be egy összehasonlító vizsgálatba: 55 gyermek kombinált PEG-IFN/RBV (15 mg/kg/nap RBV), 59 csak PEG-IFN alfa-2a kezelést (hetente 1.73 µg/m²) kapott. A kombinált terápia hatására az összes genotípusra vonatkozóan a SVR 53% volt vs *monoterápiával* 21%. (*HCV1* esetén: 48% vs 18%). Következtetés: gyermekek kezelésére is a *RBV-nel kombinált terápia* szükséges. (Eddig a RBV potenciális teratogén hatása miatt az FDA gyermekek számára nem hagyta jóvá a RBV adását, csak az IFN monoterápiát).

Rumi M és mtsai a *Milan Safety Tolerability (MIST) Study* végeredményét ismertették. Eszerint 212 beteg PEG-IFN alfa-2a (40 kD), 219 beteg PEG-IFN alfa-2b (12 kD) terápiát kapott. A SVR az összes genotípusra vonatkozóan 66 vs 54%, *HCV1*-ben: 48 vs 32% volt, ami a 40 kD előnyére utalt, egyébként mindkét PEG-IFN egyformán biztonságos, tolerálható volt. Kisebb beteganyagban *Lee BS* és mtsai Dél-Koreában nem találtak eltérést a két készítmény hatékonyságában: 48 *Pegasys* + RBV és a 49 *PegIntron* + RBV terápiaiban részesült betegekben nem különbözött a SVR aránya (59-58%).

Alonso S és mtsai 445 IFN-nal kezelt *HCV-cirrhosisos* beteg retrospektív analízisét végezték el: 28,5% volt a SVR aránya, és 35 hónapos követés alatt 18%-ban fordult elő májbetegséggel kapcsolatos (dekompensációra utaló) „esemény”. A SVR-ba jutott betegekben csökkent a dekompenzáció kockázata, az 5 éves esemény-mentesség SVR esetén 91%, míg non-SVR mellett 52% volt.

Gordon SC és mtsai a *primer veserák*

nagyobb (1.49-szeres) incidenciáját észlelték *HCV-betegekben*, főleg fiatal férfiakban: 52 év alattiakban 4,8-szoros volt a kockázat.

Rivas-Estina AMG igazolták, hogy az acetilszalicilsav (ASA) csökkenti a HCV-replikációt és a COX2 szintet. A HCV-proteinnek oxidatív stresszt generálnak, az ASA antivirális aktivitása az antioxidáns sajátosságokon alapulhat.

Kaiser S szerint 67 non-responder HCV-cirrhosis 6 éves *PEG-IFN alfa-2b* kezelése (0.5 µg/kg/hét dózisban) csökkentette a *fibrosis progressziót*.

A **hepatocellularis carcinoma (HCC) és a HCV** terápia kapcsolatát illetően Japánban *Tsuchiya K* és mtsai 330 PEG-IFN + RBV kezelt *krónikus C hepatitiszes* betegben 15 év után a HCV-negativvá váló esetekben 4,4%-ban, míg a nem reagálókban 21,1%-ban állapították meg a HCC kumulatív incidenciáját. *Chang KC* és mtsai 301 *HCV-cirrhosisos* beteget kezeltek 24-48 hétig PEG-IFN + RBV kombinációval: 59,8%-ban érték el SVR-t. Ezután átlag 32 hónap követés alatt 8,1% volt a HCC incidencia a SVR-ba jutott betegekben és 16,5% a nem reagálókban. *Jaganmohan S* hat tanulmány metaanalízisét végezte el: 504 *HCV-cirrhosisos* beteg 3-7 követése alatt 45,4% lett tartósan vírus-negatív, közöttük 6,5%-ban alakult ki HCC, míg a non-SVR betegek 22,3 %-ában.

Goto T és mtsai 1514 HCV-pozitív *HCC-beteget* részesítettek percutan ablatív kezelésben, közülük 112 beteg kapott *IFN-alapú* terápiát. Percutan ablatio után *HCV1* betegekben a vírus-negativvá válók aránya 25% volt, ezek 5 éves túlélése 83%, az IFN-ra nem reagáló betegeké 67%, a csak ablatióval kezeltéké 65% volt.

Összefoglalva a HCV terápiára vonatkozó főbb következtetéseket: Amíg a gyors (4 hetes) válasz a legjobb prediktora a SVR-nak, addig a 4 hetes „null válasz” előrejelzi a terápia sikertelenségét. A *lassú válaszoló* (csak a 24 hétre negatív) és a *relapsusba* jutott HCV-betegek számára 72 hetes kezelés szükséges. A RBV összádag-csökkentés növeli a relapsus arányát. PEG-IFN-nal kombinálva a RBV-analóg taribavirin hasonló hatású mint a RBV a HCV-RNS csökkentésben, de ritkábban jár anaemiával. A HCV-eliminációval járó PEG-IFN + RBV kezelés gátolja a cirrhosis-progressziót és csökkenti a HCC kialakulás kockázatát.

Végül a **hazai szereplésekről** szólva, örömeinkre szolgált, hogy a **debreceni** II. sz.

Belgyógyászati Klinikáról **Tornai István** és munkatársai (Orosz P, Pár A, Szalay F, Hársfalvi J, Papp M) „A possible role for haptoglobin polymorphism in the pathogenesis of primary sclerosing cholangitis” című poszterét a *PSC Partners Seeking a Cure* non-profit alapítvány „Legígéretebb *PSC Kutatás Díj*”-jal jutalmazta. Ezt az idén két kutatásfejlesztés szempontjából kiemelkedően újat nyújtó poszternek ítélték oda, és a pénzjutalommal is járó kitüntetést a kongresszuson ünnepélyes keretek között adták át. Munkájuk PSC-ben a haptoglobin polimorfizmussal foglalkozott, eredményeik szerint a Hp1-1 genotípus hiánya PSC-ben arra utalt, hogy ez a polimorfizmus védő hatású lehet.

Budapestről *Szalay Ferenc* is résztvevője volt *Manns és mtsai* multiklinikai vizsgálatának, amelyben bizonyították, hogy *autoimmun hepatitisben* a 6 hónapos *Budesonid* 9 mg/nap (plusz azathioprin) kezelés gyakrabban okoz *komplett remissziót*, mint a prednison + azathioprin (47.0 vs 18.4%) terápia. – *Osztovcics J*, Horváth T, Tax J, Horváth E, Csihi L, Tóth T, Abonyi M, Fehér J, Kollai M, Kempler P, Szalay F) poszttere szerint krónikus C hepatitisben a vegetatív idegrendszeri funkció átmenetileg reverzibilisen romlott az antivirális kezelés alatt az első 3 hónapban, majd javult a 24. hétre. – *Nagy István, Pálvölgyi A, Korom T Szegedről* a vérlebcsojtás hatását vizsgálták 27 non-responder v. intolerans HCV-betegben. Fél évig havonta 400 ml vért bocsátottak le, amíg transferrin saturatio (TFS) < 25% lett. Az 50%-os GPT csökkenést tekintették biokémiai javulásnak 24 esetben normalizálódott a TFS, 6/27 esetben normalizálódott a GPT, az átlag GPT érték 176±108-ról 83,1±55 E-re csökkent. – **Pécsi** munkacsoportunk (*Pár Gabriella*, Szereday L, Berki T, Vincze Á, Pár A) HCV-infekcióban az NK-sejteken és cytotoxikus T-sejteken a killer aktivációs és inhibitoros receptorok expressziójának dysregulációját igazolta. Az aktivációs receptor csökkent expressziójáért részben a fokozott TGF-szint lehet a felelős. A TGF-b *in vitro* csökkentette az aktivációs receptor expressziót.

Kongresszusi részvételünk jól szolgálta mind a kutatásainkkal kapcsolatos tapasztalatcserét, mind a magasszintű hepatológiai továbbképzést.

Pár Gabriella dr.

I. sz. Belgyógyászati Klinika

Az orvoslás évezredei

Az orvostudomány mindig is számot vetett saját fejlődéstörténetével, az orvostörténelem régóta külön diszciplína. Nagyon fejlett szakterület Magyarországon is, most már több évtizede tantárgy is az orvosképzésben. Sok jó szakkönyv jelent már meg róla. *Benke József* e könyve mégis különleges, újszerű. A szerző elve, hogy az orvoslás történetét együtt kell bemutatni az általános történelemmel, és ezen belül különösen a művészettörténettel, az orvosi tevékenység művészeti ábrázolásával. Mint a könyv írja, erre az együttes szemléletre művelődési szempontok miatt is szükség van, az egyetemet kezdő fiataloknak általában nincsenek meg ezek a háttérismeretei. A könyv mindezt sajátos módon valósítja meg. Egyrészt a szöveg nagyon jól érthető, világos, jó stílusú, a szerző szívesen tér ki életrajzi részletekre, eseményleírásokra, miközben nagyon sok adatot közöl, és lábjegyzetekben sok kiegészítő információt ad. Másrészt a könyv teli van képpel, főleg a régi idők festményei, dokumentumai, könyvoldalai viszik el az olvasót a leírt korok világába; nagyon sok kép található a régi nagy orvosokról, az ókor vonatkozásában a képek a ránk maradt szobrokat mutatják. A finom papírra nyomott szöveg, a jól sikerült, színben és mérethben illeszkedő kép esztétikai élményt nyújt. Jól képviseli a Medicina Kiadó már hagyományos igényességét, amely az elmúlt években még tovább fejlődött, mint ezt számos új kiadvány mutatja.

A szerző tíz nagy fejezetben tárgyalja a gyógyítás és az orvosi kutatás történetét. Ezek nagyjából hasonló terjedelmet töltenek be. Ar-

chaikus orvoslás (Egyiptom, Mezopotámia, India, Kína), antik medicina, melynek kiemelkedő része Hippokratész munkásságának bemutatása, benne sok szemelvénnel a *Corpus Hippocraticumból*, a középkori orvoslás, az

Minden fejezet tartalmaz újszerűt, kreatív kiemelést, amely a szerzőt dicséri. Méltó helyet kap a történeti folyamatban a középkori arab orvoslás, jó a szakágak áttekintése, árnyos és reális a hazai orvostörténet leírása, helyénvaló az utóbbi mintegy két évszázad nagy orvosainak, köztük a századforduló és a századelő nagy alakjainak ábrázolása.

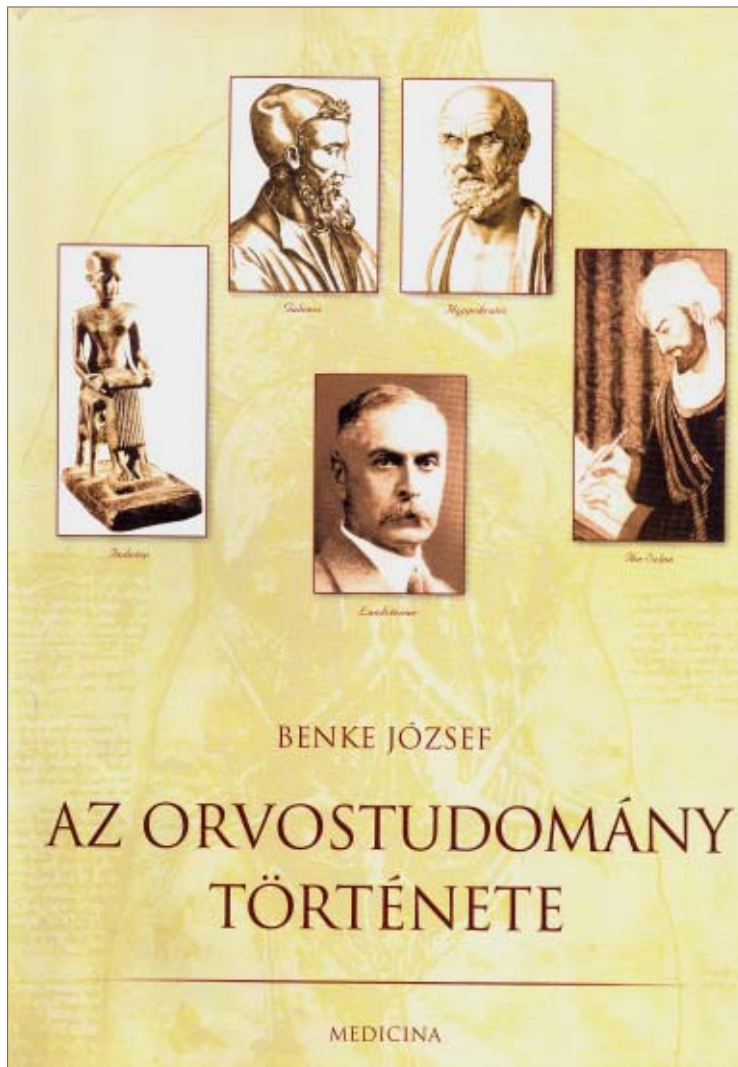
E könyvből a medikusnak jó tanulni, és bizonyos, hogy a pályán lévő orvos is szívesen veszi kézbe a könyvet, de a művelt laikus számára is minden érthető benne, különösen a több szempontú, szinoptikus szemlélet miatt is. Talán ez a legjobb ismeretterjesztés az orvostudományról, a fejlődés széles kontextusában bemutatni a régi nagy orvosokat, a felismeréseket és az orvosi tudomány szervezeti önállósodását.

Talán csak két hiányosság van a kötetben, de ezek is olyanok, amelyek éppen különlegességéből adódóan merülnek fel. Annyi érdekes kép van a könyvben, hogy talán megérte volna apró betűs listában felsorolni ezek lelőhelyét, forrását. Talán ez jól kiegészítette volna a bibliográfiát, az olvasó jobban felismerte volna az alapkönyveket, megjegyezte volna a főbb orvostörténeti múzeumokat. A másik hiányosság: a kitűnő szerző megérdemelte volna, hogy a hátsó borítólapon vagy a fedőlapok üresen maradt belső részén az ő arcképe is megjelenjen, munkásságának rövid leírásával. Így csak következtetni lehet arra, hogy a szerző a Pécsi Egyetem orvosi karának tanára.

Kitűnő, érdekes munka, mindenkinél ajánlható, akit érdekel az orvoslás története, kivált kultúrtörténeti összefüggéseiben. (*Az orvostudomány története; Medicina Könyvkiadó, 203 oldal, 2800 forint*)

Buda Béla

Élet és tudomány 2009/3. 73. old



gyetemek története, a reneszánsz és a humanizmus medicinája, vagyis a barokk orvoslás, külön fejezetben a XVIII. és a XIX. század orvostudománya, majd a XIX. században az orvosi szakágak kibontakozása, a korai XX. századi orvostudomány, végül pedig a magyar orvostudomány története az első orvosegyetemekig.

Tisztelt Olvasók!

A Nyugat első nemzedékének talán leginkább kritizált tagja Ady Endre volt. Bíralták kicsapongó életviteléért, de szépírtetés nélküli, kemény hangvétele még elviselhetetlenebb volt sokak számára. Mindamellet soha nem szűnt meg együtt érezni a nehéz sorsúakkal, hűségese maradni "kicsi országához". 90 éve halott, ma is fényes csillagként ragyog költészetünk egén. Az alábbi verscsokor a Szeretném, ha szeretnének, című, 1909-ben megjelent, kötetéből való.

Kiss Tamás
könyvtáros

■ Egy 1906-os, hátborzongató művet (Jó Csönd-herceg előtt) mi is közreadunk – a szerk.

ESZE TAMÁS KOMÁJA

Gábor fiam Bécsé,
Oda is van növe,
Örse lányom a Krisztusé,
Papok szeretője.

Morva grófé földem,
Asszonyom a sírban.
Menjünk, menjünk Munkács felé,
Már eleget sírtam.

Nincsen e világon,
Nem maradt már semmi:
Esze komám, ideje már
Rákócziért menni.

Magyar bolondoknak
Bolond útját járom
Bécsi lator lett a fiam,
Pap-céda a lányom.

Váradon gyaláznak,
Bécsben kinevetnek,
Ciberén élt Esze komám,
Mondok egyet kendnek.

Urak, papok dölyfét,
Ím, eleget túrtük,
Gyomrunkba a sok bánatot
Már eleget gyúrtuk.

Rákóczi, akárki,
Jöjjön valahára:
Kígyóinknak, Esze komám,
Lépünk a nyakára.

NÉGY-ÖT MAGYAR ÖSSZEHAJOL

Itt valahol, ott valahol
Esett, szép, szomorú fejekkel
Négy-öt magyar összehajol
S kicsordul gúnyos fájdalomból
Egy ifjú-ősi könny, magyar könny:
Miért is?

És utána, mint a zápor
Jön a többi könny:
Miért is, miért is, miért is?
S nincs vége könnynek és miértnek.
Fölöttük hahota köszön,
Hahotája, akik nem értek
S akik sohase kérdik s kérdték:
Miért is?

És csöpög a könny:
Miért is, miért is, miért is?
És hömpölyög fönt a hahota,
Hogy soha, soha, soha.

Ennyi búsulással fényesen
Nyílnék meg az Ég,
Ahol csak Ég és okos üdvösség van
S itt nem elég.
Itt nem kell csak a könny
S itt valahol, ott valahol
Esett, szép, szomorú fejekkel
Négy-öt magyar összehajol,
Miért is, miért is, miért is?

A FÖL-FÖLDOBOTT KŐ

Föl-földobott kő, földedre hullva,
Kicsi országom, újra meg újra
Hazajön a fiad.

Messze tornyokat látogat sorba,
Szédül, elbúsong s lehull a porba,
Amelyből vétetett.

Mindig elvágjuk s nem menekülhet,
Magyar vágyakkal, melyek elülnek
S fölhorgadnak megint.

Tied vagyok én nagy haragomban,
Nagy hűtlenségben, szerelmes gondban
Szomorúan magyar.

Föl-fölhajtott kő, bús akaratlan,
Kicsi országom, példás alakban
Te orcádra ütök.

És, jaj, hiába, mindenha szándék,
Százszor földobnál, én visszaszállnék,
Százszor is, végül is.

JÓ CSÖND-HERCEG ELŐTT

Holdfény alatt járom az erdőt.
Vacog a fogam s füttyöröszek.
Hátam mögött jön tíz-öles,
Jó Csönd-herceg
És jaj nekem, ha visszanézek.

Óh, jaj nekem, ha elnémulnék,
Vagy fölbámulnék, föl a Holdra:
Egy jajgatás, egy roppanás.
Jó Csönd-herceg
Munkát lépne és eltiporna.

A PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM ORVOSTUDOMÁNYI ÉS EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI SZAKOSZTÁLYÁNAK ÜLÉSEI

2009. február 23. – Tanulságos esetek fóruma

1. Atypusos pneumoniát követő infektív endocarditis diagnosztikájának és kezelésének problémái (Esetgazdák: *dr. Czopf László*, PTE-KK I. sz. Belgyógyászati Klinika és *dr. Lénárd László*, *iff.* PTE-KK Szívgyógyászati Klinika)
2. Ha a frekvenciát csökkenteni kellene, de a betegnek AV-blokkja van! (Esetgazda: *dr. Domonyai István*, I. sz. Belgyógyászat, Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza, Szekszárd)
3. Haematoma subdurale, krónikus myeloproliferatív betegség, hypertonia, azotémia, ischemiás szívbetegség kezelése – A mai orvoslás lehetőségei – határai?! (Esetgazdák: *dr. Ezer Erzsébet*, *dr. Dóczi Tamás*, PTE-KK Idegsebészeti Klinika és *dr. Schmelcz Matild*, *dr. Fábán György*, PTE-KK II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai Centrum)

2009. március 2. – Tanulságos esetek fóruma

1. Atipusos megjelenésű systema lupus erythematosus secunda antifoszfolipid antitest pozitivitással (Esetgazda: *dr. Sütő Gábor* PTE-KK Immunológiai és Reumatológiai Klinika; Közreműködők: *dr. Nemes Zsuzsanna*, *dr. Péterfi Zoltán*, Baranya Megyei Kórház, Infektológiai Osztály; *dr. Dávid Marianna*, PTE-KK I. sz. Belgyógyászati Klinika)

2. Súlyos polytraumatizált sérültnél mindkét alsó végtag amputációjával járó rendkívül ritka szövődmény (Esetgazda: *dr. Lukács Ákos*, Kaposi Mór Oktató Kórház, Traumatológiai Osztály, Kaposvár)
3. Adenovírus-fertőzés ritka manifesztációi csecsemőkorban: agyvelőgyulladás, májelégtelenség (Esetgazda: *dr. Csernus Katalin*, PTE-KK Gyermekgyógyászati Klinika)

2009. március 9.

15.00 Kiállítás a PTE-ÁOK Dr. Romhányi György aulában
Iff. Vadász István fotóművész kiállítása a „Pécsi Székesegyház freskói és kincstára” címmel

Dr. Németh Péter dékán köszöntője után a kiállítást megnyitja *Mayer Mihály* megyéspüspök, a rendezvény fővédnöke

16.00 Tanszékfoglaló előadások

1. *Dr. Molnár Péter* (PTE-ÁOK Farmakognóziái Intézet): A karotinoidok transz-cisz (E/Z)-izomerizációjának kutatása Pécsen az 1970-es évek kezdetétől napjainkig (40 perc)
2. *Dr. Döbrönte Zoltán* (ETK Szombathelyi Képzési Központ, Ápolástani Tanszék, Vas Megyei Markusovszky Kórház, Gasztroenterológia, Szombathely) A kísérletes tudományos munkától a klinikai kutatásig (40 perc)

INTÉZETI, KLINIKAI HÍREK, INFORMÁCIÓK

Az Anatómiai Intézetből

■ Intézetünk munkatársai és PhD-hallgatóink nagy számban vettek részt a Magyar Idegtudományi Társaság (MITT) XII. Konferenciáján, Budapesten (2009. jan. 22-24.), ahol az alábbi poszttereket mutatták be: *Gaszner Balázs, Derks Nicole, Müller Marreike, E. W. Roubos W. Eric, Kozicz Tamás*: Exon-specific regulation of BDNF transcripts in the urocortin1 neurons of the non-preganglionic Edinger-Westphal nucleus; *Józsa R., Reglődi D., Cornélissen G., Hollosy T., Németh J., Halberg F.*: Ontogenic development of PACAP rhythms in chicken embryos; *Horváth Gabriella, Rácz Boglárka, Tamás Andrea, Kiss Péter, Brubel Réka, Boronkai Árpád, Lubics Andrea, Németh József, Tóth Gábor, Varga Tamás, Szőgyi Donát, Fónagy Eszter, Farkas József, Barakonyi Alíz, Szereday László, Koppán Miklós, Reglődi Dóra*: Unusual behavior of pituitary adenylate cyclase activating polypeptide (PACAP) on survival, signal transduction and receptorial binding in human trophoblast cells; *Börzsei Rita, Mark László, Tamás Andrea, Bagozy Teréz, Bay Csaba, Csanaky Katalin, Bánki Eszter, Kiss Péter, Váczy Alexandra, Horváth Gabriella, Németh József, Szauer Edit, Helyes Zsuzsanna, and Reglődi Dóra*: Presence of pituitary adenylate cyclase activating polypeptide in human serum and milk; *Atlasz Tamás, Szabadfi Krisztina, Reglődi Dóra, Kiss Péter, Gaál Valéria, Tamás Andrea, Tóth Gábor, Szabó Klaudia, Molnár Alexandra, Gábel Róbert*: The neuroprotective effects of PACAP in several models of neurodegeneration in the rat retina; *Farkas József, Reglődi Dóra, Gaszner Balázs, Szőgyi Donát, Horváth Gábor, Lubics Andrea, Tamás Andrea, Frank Falko, Besirevic Dario, Kiss Péter*: Gender-dependent effects of maternal deprivation on the neurodevelopment of newborn rats; *Czeiter Endre, Sándor János, Kovács Noémi, Ezer Erzsébet, Dóczi Tamás, Büki András*: The „Pécs Severe Traumatic Brain Injury Database”: Outcome estimation in case of severe head injury in Hungary; *Czeiter Endre, Szellár Dóra, Szabó Éva Rebeka, Kovács Noémi, Kosztolányi Péter, Dóczi Tamás, Büki András*: Cognitive impairment after severe head injury; *Horváth Gábor, Szabadfi Krisztina, Atlasz Tamás, Kiss Péter, Hamza Levente, Farkas József, Tamás Andrea, Lubics Andrea, Gábel Róbert, Reglődi Dóra*: Early postnatal

enriched environment decreases retinal degeneration induced by monosodium glutamate treatment in rats; *Kiss Péter, Szőgyi Donát, Horváth Gábor, Farkas József, Lubics Andrea, Tamás Andrea, Atlasz Tamás, Szabadfi Krisztina, Babai Norbert, Gábel Róbert, Koppán Miklós, Reglődi Dóra*: Effects of perinatal asphyxia on the neurobehavioral and retinal development of newborn rats; *Atlasz Tamás, Szabadfi Krisztina, Molnár Alexandra, Kiss Péter, Reglődi Dóra, Márton Zsuzsanna, Hamza Levente, Gaál Valéria, Tamás Andrea, Hild Gábor, Nyitrai Miklós, Gábel Róbert*: Effects of PACAP in different UV-A radiation-induced retinal degeneration models in rats; *Rácz Boglárka, Gasz Balázs, Gallyas Ferenc Jr., Kiss Péter, Horváth Gabriella, Tamás Andrea, Lubics Andrea, Tóth Gábor, Sümegi Balázs, Reglődi Dóra*: Effects of PACAP and its fragments in ischemic and oxidative stress-induced cardiomyocyte damage; *Szabadfi Krisztina, Atlasz Tamás, Reglődi Dóra, Kiss Péter, Mester László, Gábel Róbert, Sümegi Balázs, Opsahl Marius, Braaten Narve, Szabó Alíz, Gallyas Ferenc Jr., Kovács Krisztina*: Effects of PARP-inhibitor (HO3089) and SOD-mimetic (H2545) in bilateral common carotid artery occlusion induced retinal degeneration; *Szabó Klaudia, Szabadfi Krisztina, Atlasz Tamás, Reglődi Dóra, Kiss Péter, Dányádi Bese, Tamás Andrea, Fekete Éva M., Zorriola Eric P., Gábel Róbert*: The neuroprotective effects of urocortin in bilateral common carotid occlusion induced retinal degeneration.

Az I. sz. Belgyógyászati Klinika

■ Dr. Szomor Árpád az American Society of Hematology 50. kongresszusán poszter társszerzőjeként szerepelt: A.J.M. Ferreri, S. Govi, G.P. Dognini, M. Bouzani, C.R. Bollinguer, M. D.'Incan, E. Delaporte, M. Hamadani, F. Jardin, M.M. Boros, M. Montanari, A. Szomor, R. Crocchiolo, E. Zucca, F. Cavalli, M. Ponzoni: A cumulative series from 14. Western countries suggests that Rituximab significantly changed the dismal natural history of intravascular large B-cell lymphoma (IVL). (Blood 2008; 112:700-701).

■ A „Hetényi Géza” Endokrinológiai és Anyagcsere munkacsoport részéről a Magyar Belgyógyász Társaság 42. Nagygyűlésén, Budapesten, 2008. november 20-22. között dr. Mezősi Emese „Hipofízis betegségei

gek kezelése”, dr. Bajnok László „Hogyan lehetnének hatékonyabbak a súlyfelesleg kezelésében” címmel tartott összefoglaló előadást.

■ A II. sz. Belklinika által szervezett országos endokrinológiai továbbképző tanfolyamon, november 28-29. dr. Mezősi Emese „Prolaktinoma”, dr. Bajnok László „Cushing szindróma, Cushing-kór” címmel tartott referátumot.

■ Dr. Bajnok László november 28-án, a Gránium Továbbképző Tanfolyamon Nagykanizsán, „Dyslipidaemia kezelése a mindennapokban” címmel tartott továbbképző előadást.

■ Dr. Mezősi Emese december 13-án, az Állami Egészségügyi Központ endokrin szakprofil szervezte endokrinológiai továbbképzésen „Mi változzon a pajzsmirigy beteg ellátása során?” címmel interaktív előadást tartott.

■ A Magyar Hypertonia Társaság Kongresszusán, december 6-án, Budapesten *Peti Attila¹, Csiky Botond², Guth Eszter², Kenyeres Péter³, Kovács L. Gábor^{1,4}, Bajnok László³* (PTE Laboratóriumi Medicina Intézet¹, FMC Dialysis Központ, Pécs², PTE I. sz. Belgyógyászati Klinika³, Medipolis Dél-Dunántúli Regionális Egyetemi Kutatási Tudásközpont⁴) társszerzőségével „Az adiponektin, a s-E szelektin, az oxidatív stressz és a metabolikus szindróma összefüggései hemodializáltakon” címmel tartott előadást.

■ Dr. Pár Gabriella az Európai Májkutatók Társaságának (EASL) Immun mediált májkárosodás című mon tematikus konferenciáján 2008. dec. 4-5. között a „Dysregulation of killer inhibitory KIR2DL3, KIR3DL1 and activating CD160, NKG2D receptor expression on NK and cytotoxic T cells in chronic HCV hepatitis” című poszterrel (társszerzők: Szereday L., Berki T., Szekeres-Barthó J., Miseta A., Hegedűs G., Vincze A., Pár A.) szerepelt.

A II. sz. Belgyógyászati Klinikáról

■ 2008. november 20-22. között rendezték meg a Magyar Belgyógyász Társaság 42. Nagygyűlését Budapesten. Klinikánkról *prof. Wittmann István* „A vesebetegségek kezelésének új megítélése” és *prof. Nagy Judit* „Vesebetegségek és az immunológia, különös tekintettel az ANCA szerepkörére” címmel tartott előadást. 2008. december 2-6. között a Magyar Tudományos Akadémi-

án rendezték meg a Magyar Hypertonia Társaság XVI. Kongresszusát, melyen klinikánkról prof. Nagy Judit tartott előadást „Stroke/TIA előfordulása és prevenciója hypertoniás és normotenziós krónikus vesebetegekben” címmel. A Szabadelőadások szekcióban dr. Kovács Tibor „Pulzoxymetriás vizsgálat: lehetőség a rezisztens hypertoniák hátterében fennálló obstruktív alvási apnoe (OSAS) felvetésére” címmel, dr. Molnár Gergő Attila „A kortikoszteron hormon hatása vaszkuláris simaizomsejtek jelátvitelére és a vazokonstriktóra” címmel adott elő, dr. Halmi Richárd pedig „A dohányfüst vízdoldékony komponensei (Dvíz) izolált renális artériákban endotheliumtól független vazorelaxációt okoznak” című előadásával elnyerte a legjobb elméleti előadás díját.

A Biokémiai és Orvosi Kémiai Intézetből

■ 2009. január 22-24. között Budapesten, a XII. Magyar Idegtudományi Társaság (MITT) Nemzetközi Konferenciáján Intézetünkben dr. Vető Sára egyetemi tanársegéd, dr. Rácz Boglárka egyetemi adjunktus vett részt és a következő poszttereket mutatták be: Vető S., Ács P., Berente Z., Doppler H., Kanizsai A., Lendvai Z., Komoly S., Illés Zs., ifj. Gallyas F.: Inhibition of poly(ADP)-ribose polymerase protects against cuprizone-induced demyelination by preserving mitochondrial integrity in a degenerative murine model of multiple sclerosis – a poszter kategóriájában első díjas lett.; Rácz B., Gasz B., ifj. Gallyas F., Kiss P., Horváth G., Tamás A., Lubics A., Tóth G., Sümegi B., Reglődi D.: Effects of PACAP and its fragments in ischemic and oxidative stress-induced cardiomyocyte damage.; Horváth G., Rácz B., Tamás A., Kiss P., Brubel R., Boronkai Á., Lubics A., Németh J., Tóth G., Varga T., Szőgyi D., Fónagy E., Farkas J., Barakonyi A., Szereday L., Koppán M., Reglődi D.: Unusual behaviour of pituitary adenylate cyclase activating polypeptide (PACAP) on survival, signal transduction and receptor binding in human trophoblast cells.

A Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinikáról

■ 2008. december 11-13. közt, a Magyar Dermatológiai Társulat 81. Nagygyűlésén a Pécsi Bőrklínika dolgozói a következő előadásokkal szerepeltek: Battyáni Zita: Alternatívák az atópiás dermatitisz kezelésében;

Fogarasy Anita, Degrell P., Moezzi M., Györke Zs.I., Sulyok E., Battyáni Zita: Pretibiális epidermolysis bullosa és társult focalis segmentalis glomerulosclerosis (17 éves gyermek esete); Takács Szandra, Battyáni Zita, Lukácsi Andrea: Sclerosis tuberosa esete; Faludi Péter, Lukácsi Andrea, Battyáni Zita: Non-melanoma bőrtumorkok Litaril szedés mellett; Lukácsi Andrea, Takács Szandra, Battyáni Zita: Cetuximab bőrgyógyászati mellékhatásai; Endre Mária: Bőrgyógyászati ápolás egy geriátriai ápoló szemével; Labdaferi Nikolett: Diéta szerepe dermatitis herpetiformis Duhringban.

Az Élettani Intézetből

■ 2008. december 17-20. között szakmai és baráti látogatást tett intézetünkben prof. em. Yutaka Oomura (Kyushu University, Medical School, Institute of Physiology Fukuoka, Japan). Látogatása alkalmával a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kara Élettani Intézetének és a Magyar Tudományos Akadémia Pécsi Akadémiai Bizottsága Neurobiológiai Munkabizottságának szervezésében, az „Idegtudományi szemináriumok” sorozat keretében „THE PLASTIC EFFECT OF GLUCOSE INCREASED DURING FOOD INTAKE” címmel előadást tartott.

■ Intézetünk munkatársai részt vettek a 2009. január 22-24. között Budapesten megrendezett Magyar Ideglettani Társaság konferenciáján. Elsőszerzős posztteret prezentáltak: Berta Beáta (Alterations of taste reactivity after neurotoxic lesions in the prefrontal cortex), dr. Buzás Péter (Maps of red and green cone inputs to visual receptive fields of the marmoset LGN obtained with the reverse correlation technique), dr. Gálosi Rita (Local noradrenaline depletion elicits enhanced dopamine activity in the medial prefrontal cortex), Kertes Erika (Positive reinforcing and anxiolytic effect of substance P injected into the rat globus pallidus), Kiss Huba (The examination of visual acuity in preterm and full-term infants), dr. László Kristóf (The role of neuropeptide Y and dopamine interaction in spatial learning), dr. Markó Kata (Spatial characteristic of dynamic random dot correlogram evoked visual potentials), Dr. Nagy Bernadett (Endogenous and exogenous chemosensitivity of neurons in the mediodorsal prefrontal cortex), dr. Szalay Csaba (Human and monkey fMRI pilot experiments in the understanding of central regulatory disturbances of feeding and metabolism), Takács

Gábor (Interleukin 1 β mediated homeostatic processes in the nucleus accumbens of the rat), dr. Tóth Krisztián (Microinjections of ghrelin into the amygdaloid body enhance memory processes).

A Farmakognózia Tanszékről

■ A Farmakognózia tantárgyon belül a fitokémiai anyagok eredményes oktatása és elsajátítása céljából dr. Papp Nóra egyetemi adjunktus 94 oldal terjedelmű oktatási segédanyagot készített el „Felismerendő képletek” címmel. A segédanyag 136 különböző drogban előforduló fontosabb vegyületek szerkezeti képleteit tartalmazza. A dr. Molnár Péter egyetemi tanár által lektorált kiadvány a 2007/2008-as tanévtől segíti hallgatóink felkészülését.

■ A harmadéves gyógyszerészhallgatók farmakognózia gyakorlataihoz a 2008/2009-es tanév kezdetére dr. Horváth Györgyi egyetemi adjunktus „Drogreakciók” címmel 48 oldal terjedelmű oktatási segédanyagot állított össze, mely a fontosabb növényi drogokban előforduló vegyületek, vegyületcsoportok kimutatására alkalmas kémiai reakciókat foglalja össze. A dr. Molnár Péter egyetemi tanár által lektorált jegyzet várhatóan eredményesen egészíti ki a farmakognózia gyakorlatok ismereteit.

■ Az ALEXANDRA Kiadó gondozásában 2008 őszen szemet gyönyörködtető, színes illusztrációkkal 160 oldal terjedelemben jelent meg a „Gyógy- és fűszernövények kézikönyve – Az egészség és a szépség megőrzéséért” című könyv. Az első, angol nyelvű kiadás „The Great Herb Compendium – For Kitchen, Health and Beauty” címmel Németországban jelent meg. Szerzők: Monika Zilliken és dr. Hans W. Kothe; kiadó: Neumann & Göbel Verlagsgesellschaft mbH, Köln. A könyv teljes anyagának szakszerű fordítását tanszékünk munkatársa, dr. Farkas Ágnes egyetemi adjunktus végezte.

■ Dr. Szabó László Gyula egyetemi tanár 2008. december 7-én „Gyógynövényismeret és fitoterápia – daganatellenes szerek” címmel előadást tartott Budapesten, a „Klasszikus gyógyszerészeti ismeretek legújabb eredményei” című, gyógyszerészek részére megrendezett kreditpontos továbbképzésen.

■ Dr. Papp Nóra egyetemi adjunktus 2009. január 12-én előadást tartott Pécsen, a Magyar Természetvédők Szövetsége, a Föld Barátai Magyarország és a Noé Báránya Egyesület közös szervezésében a Noé Klubban rendezett előadóülésen. Előadásának címe: „Az öngyógyítás feltételei, szerepe, le-

hetőségei, határai: a.) Gyógynövények; b.) Táplálékaink egészségügyi hatásai: alapvető dietetika; c.) Vérnyomás- és koleszterinszint-csökkentés; rákmegelőzés természetes úton, étrenddel és gyógyteákkal.” Az ülés megrendezését a Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium támogatta.

■ *Dr. Horváth Györgyi* egyetemi adjunktus 2009. január 19-én részt vett és előadást tartott az MTA Bioorganikus Kémiai Munkabizottsága előadóülésén (MTA Kémiai Kutatóközpont, Budapest, II. ker. Pustaszeri út 59). Előadásának címe: Növényi illóolajok vizsgálata kromatográfiás módszerekkel. Szerzők: *Horváth Györgyi, Kocsis Béla*.

■ *Dr. Szabó László Gyula* egyetemi tanár „Az emberiség és benne a magyarság nagy bajbajutottsága” című témakörben előadásokat tartott „Az út, az igazság és az élet” elnevezésű előadássorozatban („Szabadegyetem az Életről a Tudomány és az Istenhit Egységében” I. évf. 1. szemeszter) *dr. Kellermayer Miklós* egyetemi tanár felkérésére. Az előadássorozat fent jelzett témakörének 4. előadását 2008. december 10-én Pécsen a Ferences templomban, 2008. december 17-én Pécsen a kertvárosi Szent Erzsébet templomban és 2009. január 31-én Budapesten a Jézus Szíve jezsuita templomban (Kispest) „Az élővilág elleni ártások” címmel Szabó professzor úr tartotta. Előadása növényélet-tani példákkal szemléltette a Földet, ezen belül a hazánkat fenyegető természetpusztítás felgyorsulását (erdőirtások, monokultúrák, transzgénikus fajták terjedése), az élővilág sokféleségének rohamos csökkenését és a kivezető út lehetőségeit.

A Gyermekgyógyászati Klinikáról

■ *Dr. Molnár Dénes* egyetemi tanár 2008. november 27-én továbbképző előadást tartott Szekszárdon „Gyermekekori elhízás, különös tekintettel a metabolikus szindrómára” címmel.

■ *Dr. Pintér András* egyetemi tanár felkért előadásokat tartott 2008. november 2-án Katmanduban (Nepál) „Ethical issues in neonatal surgery” címmel és 2008. november 4-én New-Delhiben (India) „Perspectives in paediatric surgery in Europe in the 21st century” címmel.

■ A klinika gyermeksebészeti osztályának munkatársai közül a Pécsi PEDIATER Érdekvédelmi Egyesület és a PTE Gyermek-klinika által szervezett tanfolyamon előadást tartottak 2008. november 19-én: *Vátsyán Attila – Kispál Zoltán*: „Akut hasi kórképek – Tompa hasi sérülés”. *Kispál Zoltán – Vátsyán Attila – Kelemen Dezső*: „Műtétet igénylő pancreas-sérülés esete” címmel, va-

lamint 2008. december 10-én: *Pintér András*: „Mikor gondoljunk az urogenitalis traktus fejlődési rendellenességeire?” és *Oberri-ter Zsolt*: „Anyu, miért pisis mindig a bugyim?” címmel.

■ *Dr. Farkas András* egyetemi főorvos 2008. november 20-án Budapesten az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Karon a Magyar Tudomány Ünnepe alkalmából rendezett ünnepségen előadást tartott: „A sérült gyermekek széklet- és vizelet inkontinenciájának kezelési lehetőségei” címmel.

■ *Dr. Soltész Gyula* egyetemi tanár 2008. november 22-én a Közép-európai Országok Gyermekendokrinológiai Kongresszusán Balatonfüreden előadást tartott „15 year incidence trends of childhood type 1 diabetes in Europe” és november 28-án az Országos Endokrinológiai Továbbképző rendezvényen Budapesten „Növekedési zavarok a gyermekkorban” címmel.

■ *Dr. Soltész Gyula* egyetemi tanár 2008. november 24-én a European Commission felkérésére részt vett Brüsszelben a 7. Kutatási Keretprogram (FP7 Health Research) Tanácsadó Testületének munkájában.

■ *Dr. Decsi Tamás* egyetemi tanár „The emerging epidemic of childhood obesity in both rich and developing countries” címmel tartott felkért referátumot a MILANOPEDI-ATRIA gyermekorvos-továbbképző rendezvényen Milánóban 2008. november 20-án.

■ *Dr. Decsi Tamás* egyetemi tanár részt vett a Committee on Nutrition of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition soros ülésén Milánóban 2008. november 21-22-én.

■ *Dr. Decsi Tamás* egyetemi tanár részt vett az Európai Unió 7. keretprogram támogatásával működő NUTRIMENTHE (Nutrition and Mental Health) projekt 1st Biannual Meeting rendezvényén Amszterdamban 2008. november 24-25-én.

■ *Dr. Decsi Tamás* egyetemi tanár „Az immunoglobulin-kezelés helye szepszisben” címmel tartott felkért referátumot a Magyar Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Társaság Dél-Dunántúli Szekciójának IX. Tudományos Ülésén Zalakaroson, 2009. január 24-én.

■ *Dr. Szabó Éva* rezidens „A telítetlen zsírsavak cisz és transz izomerjeinek jelentősége a gyermekgyógyászatban” című PhD értekezésének nyilvános vitája 2008. december 3-án sikeresen zajlott le a Gyermekklinikán.

■ *Dr. Lányi Éva* egyetemi főorvos, a Gyermek-klinika Laboratóriumának vezetője „Antenatalis steroid terápia anyai és magzati hatásainak vizsgálata” című PhD értekezésének nyilvános vitája 2008. december 11-én sikeresen zajlott le a Gyermekklinikán.

A Kórélettani és Gerontológiai Intézetből

■ A Magyar Idegtudományi Társaság XII. Konferenciáján (Budapest, 2009. január 22-24.) az Intézet az alábbi öt poszter-prezentációval vett részt: *Margit Solymár, Zoltán Szelényi*: Effects of central infusion of CNTF on the energetics of obese mice. Biotelemetric studies; *Erika Pétervári, Péter Cséplő, Zoltán Levente Bartha, Szilvia Soós, Miklós Székely*: Regulatory changes of food intake upon CRF administration; *Zoltán Levente Bartha, András Garami, Margit Solymár, Márta Balaskó, Miklós Székely*: Thermoregulatory effects of central CRF administration; *Péter Cséplő, András Garami, Margit Solymár, Márta Balaskó, Erika Pétervári*: Feeding pattern after intraperitoneal capsaicin desensitization in rats; *Márta Balaskó, Tóré Schjottellvik, Szilvia Soós, Erika Pétervári, Miklós Székely*: Influence of nutritional state on leptin effects in rats.

A Neurológiai Klinikáról

■ 2008. december 1. és 5. között került megrendezésre a Neurológiai Klinika által szervezett „5 évenként kötelező 50 pontos Továbbképző Tanfolyam”, több mint száz résztvevővel (a szervezés technikai feladataiban *dr. Szapáry László* adjunktus kiváló segítségét nyújtott).

■ A Magyar Idegtudományi Társaság XII. Konferenciáján, 2009. január 22. és 24. között az alábbi poszter szerzői 100 000 Ft-os különdíjban részesültek: *Sára Vető, Péter Ács, Zoltán Berente, Hella Doppler, Andrea Kanizsai, Zoltán Lendvai, Sámuel Komoly, Zoltán Illés, Ferenc Gallyas Jr.*: „Inhibition of poly(ADP)-ribose polymerase protects against cuprizone-induced demyelination by preserving mitochondrial integrity in a degenerative murine model of multiple sclerosis”.

A Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikáról

■ *Dr. Fekete Sándor* egyetemi tanár, *dr. Trixler Máttyás* egyetemi tanár, *dr. Gáti Ágnes* egyetemi docens, *dr. Tényi Tamás* egyetemi docens, *dr. Herold Róbert* egyetemi adjunktus, *dr. Simon Mária* egyetemi adjunktus, *dr. Osváth Péter* egyetemi adjunktus, *dr. Vörös Viktor* egyetemi tanársegéd, *dr. Futó Katalin* klinikai orvos, *dr. Hajnal András* klinikai orvos, *dr. Nagy Ágnes* klinikai orvos és *Toplak Anita* egészségügyi tanár résztvettek a Magyar Pszichiátriai Társaság Vándorgyűlésén Debrecenben, 2009. január 28. és 31. kö-

zött, ahol előadásokat tartottak és poszttereket mutattak be.

■ *Dr. Vörös Viktor* egyetemi tanársegéd, *dr. Nagy Ágnes* klinikai orvos és *dr. Varga Eszter* PhD hallgató Lisszabonban, a European Psychiatric Association kongresszusán 3 posztert mutatott be 2009 január 25. és 28. között.

A Sebészeti Oktató és Kutató Intézetből

■ 2008. november 27-29. között 11 orvos-kolléga vett részt intézetünkben mikrosebészeti kreditpontos továbbképző tanfolyamon.

■ 2009 januárjában, két turnusban, összesen 25 rezidenshallgató vett részt intézetünkben kötelező manuális készségfejlesztő gyakorlaton, melyet a Sebészeti Klinikával és a Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszékekkel együtt szerveztünk.

A Szemészeti Klinikáról

■ *Dr. Bíró Zsolt* intézetvezető a 2009. január 24-én Antwerpenben megrendezett BSCRS (Belgian Society of Cataract and Refractive Surgeons) éves gyűlésén élő sebészeti bemutatót tartott, emellett a „Use of oclupressor in shallow anterior chamber cataract cases”, valamint „Rotational stability of PC-IOLs” c. előadásokkal szerepelt.

■ Február 6-8. között Rómában az ESCRS (European Society of Cataract and Refractive Surgeons) rendezvényen *dr. Bíró Zsolt* a társaság vezetőségi tagjaként vett részt, ahol üléseelnök volt, felkért előadóként a „Viszkoelasztikus anyagok” c. referátumot tartotta, illetve szabad előadással szerepelt.

■ A február 11-13. között Leuvenben (Belgium) tartott 8. IMAGE (Imaging Morphometry Association for Glaucoma in Europe) rendezvényen *dr. Ajtony Csilla* vett részt.

A Szívgyógyászati Klinikáról

■ A EUROECHO kongresszuson (2008. december 10-13.) Lyonban (Franciaország) klinikánkról az alábbi posztterek kerültek bemutatásra:

R. Faludi, A. Komócsi, J. Bozó, G. Kumánovics, L. Czirják, L. Papp, T. Simor: Right ventricular dysfunction in patients with resting or stress induced pulmonary arterial hypertension secondary to connective tissue diseases;

■ *R. Faludi, M. Szulik, J. D'hooge, F. Rademakers, F. Van De Werf, G.*

Pedrizetti, J.U. Voigt: Echo particle image velocimetry: A new tool to assess intracavitary flow patterns.

■ *R. Faludi, M. Szulik, J. D'hooge, F. Rademakers, F. Van De Werf, P. Herijgers, G. Pedrizetti, J.U. Voigt:* Particle image velocimetry to assess left ventricular flow patterns in healthy subjects and patients with prosthetic mitral valve.

■ *R. Faludi, M. Szulik, J. D'hooge, F. Rademakers, F. Van De Werf, G. Pedrizetti, J.U. Voigt:* Particle image velocimetry distinguishes pathologic and physiologic LV flow patterns in patients with infarcts and healthy subjects.

A Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáról

■ A 13th International Congress of Endocrinology 2008. november 8-12. között került megrendezésre Rio de Janeiroban. A rendezvényen *dr. Kovács Kálmán* előadással (*Kovács K.A., Vértés Zs. Gőcze P. M., Vértés M.:* Analysis of complex protein kinase B signaling pathway in human leiomyoma; *dr. Wilhelm Ferenc* poszterrel szerepelt (*Wilhelm F., Kovács K. A., Menyhárt Cs., Vértés M., Gőcze P. M.:* Genomic and nongenomic estrogen action in postmenstrual endometrium).

■ *Marek Erika* PhD hallgató részt vett a Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság XXXIII. Kongresszusán Gyulán, 2008. november 13-15-én és a kongresszus legjobb poszttere díjat nyerte el (*Marek E., Gőcze P., Bózsza Sz., Molnár G., Stefanovits Á., Gőcze K.:* Ismeretek a Human Papilloma Vírus (HPV) fertőzések következményeiről és a megelőzés lehetőségeiről általános-, középiskolás, egyetemista és szülői populációkban Pécsen).

■ *Dr. Funke Simone* 2008. november 14-én „A csontrendszer fejlődését és struktúráját érintő megbetegedések genetikai vizsgálata újszülötkorban” címmel tartott PhD értekezését sikeresen (100%) megvédte.

■ *Dr. Flach Edina* Rómában részt vett a 1st International Congress of UENPS rendezvényen 2008. november 17 és 19. között, poszterének címe: Effect of late preterm birth on neonatal morbidity risk.

■ *Marek Erika* PhD hallgató részt vett a Magyar STD Társaság XIII. Nagygyűlésén és Venerológiai Továbbképző Tanfolyamán Budapesten, 2008. november 20-22. között. Poszterének címe: *Marek E., Gőcze P., Bózsza Sz., Molnár G., Stefanovits Á., Gőcze K.:* Baranya megyei lakosság tájékozottsága a HPV fertőzésekről, következményeik-

ről, valamint a megelőzés lehetőségeiről.

■ A Magyar Perinatológiai Társaság 7. Kongresszusa 2008. november 20-22. között Budapesten került megrendezésre. A Társaság *dr. Szabó István* egyetemi tanárt a Kiszél-Büki emlékéremmel tüntette ki, melyet az egészségügyi miniszter adott át.

Előadást tartottak ugyanott *dr. Vida Gabriella* (Alacsony súlyú koraszülöttek ADMA szintjének nyomonkövetése), *dr. Sárkány Ilona* (Foetalis vs antenatalis steroidprofilaxis hatása a neonatalis adaptációra) és *dr. Ertl Tibor* (Újszülöttek és koraszülöttek újraélesztése). *Dr. Gyarmati Judit* (Fructosamine szintek újszülöttekben és koraszülöttekben) poszterrel szerepelt a kongresszuson.

■ *Dr. Tamás Péter* részt vett és posztert mutatott be (*Tamás P., Szilágyi A., Bódis J.:* Is preeclampsia a homogenous disease?) a „Controversies in Obstetrics Gynecology & Infertility” 2008. november 27-30. között Párizsban megrendezett 11. vilá kongresszusán.

■ A Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Tudományos „SZALON” rendezvénysorozat keretén belül „A Meddőség kivizsgálása és kezelése” címmel továbbképző tudományos ülést rendezett 2008. november 28-án. *Dr. Bódis József* egyetemi tanár „A meddőség diagnosztikája és kezelési lehetőségei” címmel, *dr. Mánfai Zoltán* „Aszisztált reprodukció technikák – pécsi eredmények” címmel, *dr. Ertl Tibor* „Az in vitro fertilizáció során született gyermekek utánkövetése” címmel tartottak előadást.

■ *Dr. Gőcze Péter* egyetemi tanár a GlaxoSmithKline által szervezett HPV Advisory Board ülésen 2009. január 21-én felkért előadást tartott a „Méhnyakrák védőoltással történő primer prevenciója” címmel.

■ *Prof. Szabó István* 2008. szeptember 25-én részt vett a Berettyóújfalui Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály fennállásának 75. évfordulójára rendezett ünnepi ülésen és referátumot tartott „A szülészet fejlődése és haladása” címmel.

■ *Prof. Szabó István* a 2008. szeptember 27-29-ig Tapolcán megrendezett Fiala nőorvosok IV. Országos Kongresszusán mint a Szakmai Kollégium elnöke köszöntötte a résztvevőket valamint „Felelősségünk a szakorvosképzésben, utánpótlás nevelése” címmel kerekasztal-tanácskozást vezetett.

■ 2008. november 20-án az Országos Szülésznő-Védőnő-Gyermekegőző Konferencián prof. Szabó István köszöntötte a kongresszus résztvevőit és üléseelnöki feladatokat látott el a „Szülészeti fájdalomcsillapítás” szekcióban.

UnivPécs, 2009. február 2.

Szenátusi napló

Január 29-én tartotta soros ülését a Pécsi Tudományegyetem Szenátusa.

Az esemény előtt dr. Gábel Róbert rektor bejelentette: január 22-én, a Magyar Kultúra Ünnepén Ádám Antal, a PTE professzor emeritusa Szent-Györgyi Albert-díjat, dr. Farkas Ferencné dr. Kurucz Zsuzsanna, a PTE KTK egyetemi docense pedig Apáczai Csere János-díjat kapott. Örömmel jelentette be azt is, hogy a PTE Science Building projekt pályázat a második körben is nyert, így a PTE ennek kapcsán 6,44 milliárd forintba számíthat az oktatási tárcától. Jó hír volt az is, hogy a TIOP pályázatot is siker koronázta, itt az első körben 11 milliárdos finanszírozástól van szó.

A Szenátus tagjai ezután egy perces néma csenddel emlékeztek Pécs Megyei Jogú Város polgármesterére, dr. Tasnádi Péterre, aki a közelmúltban hunyt el. Temetése február 6-án, pénteken lesz.

A Szenátus ezután személyi ügyekben döntött: címzetes egyetemi tanári címek adományozását szavazta meg az Állam- és Jogtudományi Kar és a Bölcsészettudományi Kar indítványára. Ezután a szenátorok egy, a programpontok közé pótlólag felvett ponttal foglalkoztak, s megszavazták egy új rektori megbízotti poszt létrehozását az egészségpórus kapcsán, betöltője a TIOP pályázatokkal foglalkozik majd. Ezután a szenátorok módosították a felvételi szabályzatot, és a Természettudományi Kar Szervezeti és Működési Szabályzatát, valamint elfogadták az előterjesztésekben szereplő mesterképzési szakok és szakirányú továbbképzési szakok indítására tett javaslatokat. A szenátorok elfogadták a PTE 2008/2009-es tanév első félévi pályázati tevékenységéről szóló beszámolót, ahogy a rektor tavalyi félévben történt külföldi útiról készült beszámolót is.

A PTE Gazdasági Tanácsa február 20-án déltől ülészik majd legközelebb, a Szenátus pedig február 26-án tartja következő ülését.



Ifj. Vadász István

A pécsi Dóm freskói és kincstára

1962-ben született meg az a gondolatom, hogy lefényképezném a pécsi Székesegyház kincstárának gyűjteményét. Dr. Cserháti József megyéspüspök nagy örömmel vette a kezdeményezésemet annál is inkább, mivel 1962-68-ig tartott a Székesegyház restaurálása. A freskók helyreállítását Szentesi Róza és Illés János végezte. Kivételes lehetőség adódott számomra, hogy a restaurált, eredeti nagyságú képeket közről megörökíthessem. A restaurálásról és a kincstárról Püspök úr megbízásából 3200 felvételt készítettem, a különlegesen szép élményt adó munka három évig tartott, 1970-től 1973-ig.

Az általam készített képanyagot Cserháti József püspök úr egy katalógusban szeretne volna elhelyezni, de ez sajnos anyagi okok miatt nem valósult meg. A pécsi Székesegyház freskóiról és a kincstárról készült diaszorozatot – Püspök úr hozzájárulásával – kétszer mutattam be 1973-ban. Azóta most kerülnek ismét nyilvánosság elé ezek a képeim.

Felvételeim 1962-től 1968-ig ORWOCHROM UK 17 DIN-es filmre készültek, 1970-től 1973-ig AGFACHROM UK 18 DIN-es filmeket használtam. Az ORWO filmeket magam hívtam elő, az AGFA filmeket Bécsben, az Agfalaborban hívtam elő.

Mayer Mihály megyéspüspök úr és dr. Németh Péter dékán nagylelkű hozzájárulásával és támogatásával mutatom be Önöknek nagy becsben tartott képeimet a pécsi Dóm freskóiról és kincstáráról.

A kiállítás megvalósításában, a diapozitívek átdolgozásában nagy segítségemre volt Czulák Szilvia, a PTE ÁOK Oktatástechnikai Csoport informatikus mérnöke és a csoport valamennyi munkatársa.

Köszönet:

Fazekas Orsolyának, a Pécsi Püspökség kommunikációs referensének, dr. Zágony Rudolf tanár úrnak (ő készítette a képek alatti szövegek angol és német nyelvű fordítását), dr. Olasz István irodalomtörténész úrnak (aki segítséget nyújtott a képek magyar nyelvű szöveges mellékleteinek elkészítésében), valamint a nem élők közül:

Dr. Cserháti József megyéspüspök úrnak, dr. Farkas József kanonok úrnak, dr. Hergenröder Miklós kanonok, sekrestyeigazgató, karnagy, zeneszerző úrnak, Márton Dénes kanonok úrnak, Végh Mária asszonynak, dr. Szász János fotóművész úrnak.

A sorozat részei:

A restaurált freskók: Székely Bertalan, Lotz Károly, Andreä Károly és Beckerath Mór munkái;

Kincstár: kódexek (a XIII. században készült pécsi Missale és a IV. században készült hainburgi Biblia);

Ötvösmunkák: kelyhek, szentségmutató, pástortorbot, olajoskorsó, előlveteli kereszt, érseki kereszt

Textíliák: Klimó György, Girk György, Dulánszky Nándor, Zichy Gyula pécsi püspökök miseruhái (brüsszeli csipke, ókeresztény ornátus, színarany kazula, mitrák).

MEGHÍVÓ

A Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kara és
a Pécsi Püspökség fotókiállítást rendez
a Pécsi Egyházmegye megalapításának 1000. évfordulója tiszteletére
ifj. Vadász István egykori POTE fotográfus képanyagából
a pécsi Dóm freskói és kincstára címmel.

A meghívott vendégeket köszönti: *Dr. Németh Péter* dékán

A kiállítást megnyitja: *Mayer Mihály* megyéspüspök

Közreműködnek: Fábrik Martin fuvola

Fenyvesiné Bola Smiljana fuvola

ifj. Vadász Istvánné zongora

Helyszín: PTE Általános Orvostudományi Kar, Dr. Romhányi György aula (Pécs, Szigeti út 12.)

Időpont: 2009. március 9. (hétfő) 15 óra

1



2



3



1. Zichy Gyula pécsi püspök kelyhe, égetett email díszíti, a pécsi Székesegyház.
2. A főoltár.
3. Székely Bertalan: Szent Mór pécsi püspök felszenteli a pécsi Székesegyházat.
4. Klimó György pécsi püspök előlveteli keresztja: a Corpus.
5. Corpus Christi-kápolna, Lotz Károly freskói: Jézus arca.

4



5

