

**A mamma interna graft^{*}
a koszorúér áthidalások „Rolls-Royce-a”
(Tanszékbúcsúztató előadás)^{**}**

Óriási megtiszteltetés és végtelenül nagy öröm a 40 éves debreceni szívsebészet, a Szívsebészeti Klinika összes munkatársa és személy szerint számomra is, hogy Önök eljöttek és érdeklődésükkel megtisztelik ezt a jubileumi rendezvényt.

Mielőtt az előadásom szakmai részére térnék, pontosítani szeretném a meghívóban szereplő tanszékbúcsúztató előadás értelmét. Közismert, hogy 65 évesnél idősebb személy nem lehet tanszékvezető. Mivel ez év februárjában betöltöttem életem 65-dik évét, húszéves tanszékvezetői megbízatásom 2003. június 30-án véget ér. Egyidejűleg a debreceni szívsebészeti tanszék is megszűnik, ugyanis a Centrum, majd az egyetem vezetőségének javaslatára az illetékes tanácsok ezt megszavazták. A Szívsebészeti Klinika szervezetiileg bekapcsolódik a megalakuló Kardiológiai Intézetbe és Szívsebészeti Központ néven fog továbbműködni. Ha a nótát szabadon idézhetem, akkor nemcsak a „százados úr búcsúzik”, hanem a század is megválnak az önállóságtól. Ez a tanszékmegszüntetés valószínűleg elenpont a számtalan újonnan létrejött tanszék-özönben.

Magyarországon tanszékfoglaló előadásokat szoktak tartani a frissen kinevezett tanszékvezető egyetemi tanárok. Svédországban viszont tanszékbúcsúztatót tartanak a nyugdíjba vonuló professzorok. Ezt szeretném meghonosítani itt Debrecenben, és tettem is erre javaslatot az egyetemi tanácsban, de ezidáig nem lett foganata. Biztosan az valósul meg, amit az ember maga tesz meg, és most jött el ennek a legalkalmasabb pillanata.

Tisztelt Hölgyeim és Uraim! Ezek szerint Önöket érte az a megtiszteltetés, hogy részt vesznek ezen a premieren, az első hazai és debreceni tanszékbúcsúztató előadáson. Szeretném remélni, hogy ezt az új egyetemi rendezvényt is sikerül meghonosítani és hagyománnyá tenni itt Debrecenben, mint számos szívsebészeti módszert az elmúlt 20 év folyamán.

A tanszékfoglaló előadásomat 1985. január 25-én tartottam „A koszorúerek sebészi kezelése” címmel, 128 általam operált koszorúérbeteg kórtörténete és az akkori legfrissebb irodalmi adatok alapján. A hallgatóság megismerhette a kor-

* A mellkas belső felszínén futó egyik verőérből vett érszakasz.

** A „40 éves a Szívsebészet Debrecenben” címmel 2003. május 30-án megrendezett tudományos ülészen elhangzott előadás.

szerű koszorúér sebészetet, amely meglehetősen újdonságot jelentett akkor Debrecenben, hiszen alig két tucat koszorúér áthidalás történt 1984 végéig. Azóta viszont mindennapos gyakorlattá váltak ezek a beavatkozások, és összesen több, mint 8000 koszorúér műtétet végeztünk Debrecenben.

Most a koszorúér sebészet „Rolls-Royce”-áról szeretnék beszélni, amely 1982. december 5-én gördült be Budapestre, a Szabolcs utcai klinikára, az akkor OTKI-nak nevezett intézménybe és állt a magyar szívsebészet rendelkezésére. Ugyanis, ezen a napon végeztünk egy hármass koszorúér áthidalást, a mellső leszálló ágra varrtuk a bal mammariát Lónyai Tihamér és Tomcsányi István professzorok és Tarr Ferenc docens segítségével. Kroó Mária docens altatta a beteget és irányította a művi keringést. A beteg most is él, jól van, 20 évvel a műtét után orvosként dolgozik, „hetvenkedik”, teniszezik és többek között örül unokái fejlődésének.

Hogy miért nevezem Rolls-Royce-nak a mamma graftot? Azért, mert az utóbbi 20–25 év folyamán számtalan közlemény jelent meg, melyek egybehangzóan kiemelik a mamma graftok kiválóságát, tartósságát, jelentősen javítják a betegek rövid és hosszú távú életkilátásait és életminőségét a vénás áthidalásokkal összehasonlítva. Saját klinikai tapasztalataim is ezt támasztják alá. Ez a tény a Karolinskában már a '70-es évek végén ismertté vált, amikor Ivert összesítette a klinika 5 éves utánkövetési adatait, majd 1981-ben disszertációjában ezt közölte is, de kis példányszámú lapban jelent meg, s nem vált közzismertté. A Cleveland Clinic 1985-ben megjelent közleménye jelenti a vízválasztót ebben a kérdésben a mamma graftok javára és a '90-es évektől már bizonyítékon alapuló kezelési módszerként fogadja el a szakirodalom és a szívsebész társadalom döntő többsége.

Debrecenben azonnal meghonosítottuk és előszeretettel alkalmazzuk a mamma áthidalásokat. Munkatársaim hamar elsajátították és rendszeresen végzik ezt a beavatkozást. Eredményeinket több hazai kongresszuson ismertettük a '80-as években, majd 1989-ben az Orvosi Hetilap hasábjain is közzeltük. Itt kell megemlíteni, hogy a koszorúér sebészetről igen kiváló magyar monográfia jelent meg 1998-ban Tarr Ferenc tollából „Az ischaemiás szívbetegség sebészeti kezeléséről” címmel, és ajánlom mindazoknak, akik alaposabban szeretnék megismerni ezt a kérdést.

Ezek után felmerül Önökben a kérdés: miért beszél és rabolja értékes időnket ez a fickó olyan témával, amely már bizonyított és vitán felül álló tény.

Kérem tisztelettel Hölgyeim és Uraim! Itt Pannóniában többek között ez sem egyértelmű, és még most is vitatkozunk erről, néha igen vehemenssen. Pl.: két évvel ezelőtt hírneves szívsebész professzor társam itt Debrecenben állt ki a vénás graftok mellett az artériás áthidalásokkal szemben. 2000-ben egy főorvos kollégánk hevesen vitázott egy szaklapban, és megfelelőnek ítélte a mamma 70%-os alkalmazását 60 évnél fiatalabb betegeknél. Svédországban a koszorúér műtéteknél a mamma áthidalások aránya minőségmutató tényező, és 90% feletti alkalmazását tartják kívánatosnak, amelyet az utóbbi 10 évben mindig meg is valósítottunk Linköpingben s közel hasonló az arány itt Debrecenben is. A

'90-es évek végén elkezdtek összegezni a hazai szívsebészeti központok tevékenységi adatait. Csodálkozásomra, illetve megdöbbenésemre több központ is 50–60%-os mammaia alkalmazást jelentett. Ebből is lett egy mérsékeltőbb belső vita, de a szükséges diszkréciót megőrizve, öröndetes módon az évek folyamán jelentős javulás történt ezen a téren és 2002-ben ezek a központok 70, illetve 80% felé emelték a mammaia felhasználás arányát, de ez még mindig nem elegendő. Az előadás mondanivalója az, hogy ezt az arányt minden hazai központban 90% felé kell tornászni. A jelenlegi 80%-os átlagos felhasználás azt eredményezi, hogy évente kb. 300–350 betegnél nem végzünk optimális koszorúér műtétet, valamilyen szakmailag indokolatlan ok miatt.

Milyen is az optimális koszorúér műtét?

A beteg (beszűkült vagy elzáródott) bal mellső leszálló ágat, más nevén RDA (ramus descendens anteriort), vagy LAD (left anterior descendinget) a bal mammaia internával hidalguk át. Ezzel biztosan javul a balkamra mellső falának és a kamrai sövénynek a vérellátása. Az utóbbinak igen fontos szerepe van a szív megfelelő pumpaműködésének fenntartásában, mivel mindkét kamra munkájában jelentős szerepet játszik. Természetesen a többi 1,5 mm-es, vagy vastagabb beszűkült eret is át kell hidalni vénával vagy artériával. Ha a beteg LAD-ján nincs jelentős szűkület, akkor a gyógyszeres, vagy percutan koszorúér beavatkozásokkal (PTCA, stent) kell kezelni és csak akkor operálni, ha az érlemeszesedés előrehaladtával az LAD is jelentősen megbetegedik.

Mikor alkalmazzuk a mammaia graftot?

A bal mammaiát mindig az LAD-ra kell felvarrni. Hangsúlyozom: mindig, mert nincs ellenjavallata és ettől csak akkor álljunk el, ha a mammaia biztosan alkalmatlan az áthidalásra. Nem jelent ellenjavallatot az életkor, a nem, akut, kombinált vagy ismételt műtét, instabil angina, főtörzs szűkület, emphysema, túlsúly. Sőt, még haemodynamikai instabilitás, cardiogén shock esetén is alkalmazható. A beteget motorra téve a mammaia kipreparálható, egyidejűleg a szükséges vénákat az asszisztens készíti elő. A sebésztechnikai részletekkel nem óhajtom untatni a hallgatóságot, de akiket ez érdekel, azokat nagy szeretettel várjuk a debreceni klinikán.

Miért jobbak a mammaia graftok a vénákkal szemben?

Azért, mert a mammaia interna bonctani felépítése, élettani működése és kórbonctani tulajdonságai sokkal kedvezőbbek a koszorúér áthidalásokat tekintve, mint a véna saphena. Mint azt többek között Tarr Ferenc, illetve Homolay Péter és munkatársai kimutatták, a mammaia ér endotheliuma nagy mennyiségben termel nitrogén-monoxidot és prostaciclin származékot, amelyek részben helyileg gátolják az érlemeszesedés folyamatát, elősegítik az ér kitágulását és gátolják a vérlemezkék összezsapzódását. Ezek a hatások érvényesülnek a befogadó érben, esetünkben az LAD-ban is. Nemes és munkatársai a '70-es évek végén több ezer boncolási adat alapján megállapították, hogy a mammaia ereket az érlemeszesedés igen ritkán érinti. A mammaia graftok további kedvező tulajdon-

sága, hogy alkalmazkodnak a befogadó ér áramlási viszonyaihoz és kb. 40%-kal képesek növelni az átmérőjüket a műtétet követően.

A felsorolt kedvező tulajdonságok és hatások nem észlelhetők a vénás graftoknál és valószínűleg ez a magyarázata, hogy 10 év után a vénás graftok közel fele elzáródik, és alig 40% mentes teljes mértékben a szűkületektől. Ezzel szemben a nyitva-maradás aránya mammaia esetén 90% körüli még 15 évvel a műtét után is.

Elérhető-e a 90% feletti mammaia graft alkalmazási arány? Erre a kérdésre a hazai és külföldi statisztikák alapján határozott igennel lehet válaszolni. A legutóbbi évek adatai szerint 95%-ot is elérték az egyik hazai szívsebészeti központban. Itt Debrecenben 96%-os volt a mammaia graftok aránya a teljes arterias revascularisatiós beteganyagunkban 1999–2000 között. Az utóbbi 10 év folyamán a Linköpingben általam végzett 187 koszorúér műtét során csak 6 betegnél végeztem vénás áthidalást az LAD-ra, 3 esetben alkalmatlan mammaia, 1 betegnél bal subclavia szűkület miatt és 1 betegnél az előző műtétnél felvarrt mammaia jól működött, de ettől distalisan újabb szűkület miatt vénás áthidalást kellett végezni. Egy betegnél a műtéti jegyzőkönyvben nem volt megfelelő magyarázat a mammaia mellőzésére. Egy igen friss közleményben 200 betegnél 100%-ban hidalták át a bal mammaiával az LAD-ot.

Számszerű adatok szerint minden 1%-kal több mammaia graft évente országosan közel 50-nél több optimális koszorúér műtétet jelent.

Igen Tisztelt Szívsebész Barátaim!

Szeretném remélni, hogy sikerült Önöket meggyőzni ebben a kérdésben és hétfőtől lehetőleg mindig az itt bemutatott „Rolls-Royce”-ot használják koszorúér műtétek során, mert ennek nincs ellenjavallata és csak igen ritkán alkalmatlan az áthidalásra.

Hölgyeim és Uraim!

Engedjék meg nekem, hogy néhány mondatban a 20 éves debreceni tevékenységünk legfontosabb részleteiről szóljak. Először is néhány személyes kérdést szeretnék megvilágítani, amely félreértésre adott, ill. adhatott okot.

A kinevezésem. Régi történet, de néhány évvel ezelőtt nagy nyilvánosság előtt ismét szóba került. Igen Tisztelt Címzetes Egyetemi Tanár barátom, aki 1983-ban szintén megpályázta az általam elnyert professzori állást, a Balassa emlékelőadása során azt mondta, idézem: „a puha diktatúra második embere, teljhatalmával egy személyben ellenem döntött”. Ezt az állítást sem megerősíteni, sem cáfolni nincs módom, mert nem ismertem a „puha diktatúra” egyetlen vezető személyiségét sem, ugyanakkor tiszta lelkiismerettel kijelenthetem, hogy senkit le nem kenyeztem és rokoni kapcsolatokkal sem rendelkeztem, amelyek elősegítették volna a kinevezésemet.

Az igazsághoz tartozik, hogy az Egyetemi Tanácstól a legtöbb szavazatot egy harmadik, általános sebész pályázó kapta. Véleményem szerint az engem kinevező Schultheisz Emil miniszter a szívsebészet debreceni fejlesztését óhajtotta,

és ennek érdekében hozta meg döntését. Valószínűleg kolozsvári egyetemista korában tanulta meg a székelyektől, hogy a tél hidege ellen nem három télikabátal kell védekezni, hanem egy meleg bekeccsel, jó vastag posztó harisnyával, bőrcsizmával és báránybőr kucsmával. Ezért látta jobbnak a miniszter úr, hogy a kiváló debreceni általános sebészeket megfelelően képzett mellkas- és szívsebésszel egészítse ki.

Külön valutás fizetésem 12 éven keresztül folyósította a minisztérium, amelyet évente hosszabbítottak meg, és 6 egészségügyi miniszter engedélyezte, azonban már évek óta nem folyósítják. Ez a jövedelem lehetővé tette a megfelelő megélhetés biztosítását családom és a magam számára. Nem kellett hálapénzért loholnom és így munkatársaim megfelelő műtéti lehetőséghez és jövedelemhez jutottak. Mivel nem vagyok magyar állampolgár, Széchenyi ösztöndíjra nem pályázhattam. Külön fizetésem összege kb. a nemrég bevezetett, külföldi magyar professzorok hazai tevékenységét elősegítő Szentgyörgyi ösztöndíjjal volt azonos. Ezért a '80-as évek végétől folyósított külön javadalmazásomat egy korai Szentgyörgyi ösztöndíjként lehet felfogni, amely céljaként bizonyos, kevésbé fejlett területek külföldi szakemberekkel való fellendítését akarta megvalósítani.

Billentyű ügy a Ferihegyen. A Vám- és Pénzügyőrség az ügyet alaposan kivizsgálta és a cselekményt nem tartotta bűncselekménynek. Az ügyet lezárta anélkül, hogy továbbította volna az ügyészség vagy a bíróság felé. A „Mai Nap” bulvárlapban megjelent újságcikk aljas rágalom volt, amikor azt állította, hogy üzérkedés céljából hoztam Svédországból ezeket a billentyűket, amelyek akkor kb. kétszer olyan drágák voltak Svédországban, mint idehaza és felettébb dőre-ség lett volna ilyen üggyel foglalkoznom. Az igazság az, hogy az ajándékba kapott műbillentyűk, amelyeket rövid időn belül visszakapott az egyetem a Vám- és Pénzügyőrségtől, teljes mértékben felhasználásra kerültek és szolgálják a magyar betegek egészségét, és az OEP kiadása ezzel az ajándékkal kb. 2,5–3 millió Ft-tal csökkent. Az is igaz, hogy ezelőtt és azóta is hoztam és hozok használható gyógyászati segédeszközöket, amelyeket ajándékba kapok Svédországban, és térítésmentesen bocsátottam és bocsátok a II. sz. Sebészeti, illetve a Szívsebészeti Klinika rendelkezésére.

Ezek elmúlt, lezárt dolgok és felesleges sok időt pazarolni rájuk. A következő két kérdés, amelyre szeretnék rávilágítani, most is időszerű.

A kettős munkahely kérdésre, amely hosszú megértés után újra izgatja egyesek fantáziáját. Ennek is, mint sok más dolognak, van előnye és hátránya. Rám nézve több a hátránya, mert az utazások sok időt, energiát és pénzt igényelnek, ugyanis az utazások költségét magam fedezem. Az időt és az energiát pedig gyermekeimtől és magamtól veszem el, de örömmel tettem a hazai, elsősorban a debreceni szív- és mellkassebészet fellendítése érdekében. Azt is tudni kell, hogy kénytelen vagyok megtartani a svéd munkaviszonyomat, mert egyedül ott tudok megfelelő nyugdíjat biztosítani magamnak. Ennek a kettősségnek előnye, hogy a tudomány és a szakmai fejlődés irányát hamarabb észlelem, és közelebbről lá-

tom, hogy lehetőség van az új módszerek megismerésére, kipróbálására és csak a valóban előrelépést eredményező eljárást hozom haza és honosítom meg, mint azt olvashatják az emlékkönyvben. Felvetődik a kérdés, hogy „nem cincognak-e az egerek” amikor távol vagyok? Nyugodtan kijelenthetem, hogy nem, mert munkatársaim felnőtt, világot látott, értelmes emberek, akik felelősséget, bizalmat és támogatást kaptak és kapnak, és ezért mindig meg akarnak felelni ennek a feladatnak és kihívásnak. Munkatársaimnak nincs szükségük arra, hogy állandóan a kezüket fogjam és minden lépésüket irányítsam, hiszen fő feladatomnak tekintem megfelelő képzésüket. Szakmai ismereteiket tölem, ill. tanulmányútjaik és folyamatos továbbképzés során szerezték meg, és állították a betegek szolgálatába. Természetesen az előforduló szövődményes, bonyolult esetekben kikérlek segítségem, tanácsomat a megfelelő megoldás megtalálása érdekében, ez pedig lehetséges a modem távközlési eszközök segítségével. Ez a módszer alkalmas az egyre növekvő adminisztratív feladatok megoldására 2000 km távolságból is.

Számomra nehezen érthető, hogy ennek a kettősségnek még néhány hónapos folytatása miért okoz egyeseknek felesleges fejfájást? Nyugi-nyugi, Kedves Barátaim, ennél sokkal nehezebb dolgokat is sikerrel oldottunk meg a debreceni szívsebészetben.

Szerintem a főnök szerepe olyan, mint az edzőé, hogy megfelelő irányítással győzelemre vigye a rábízott csapatot, és ha lehet, nyerje meg a bajnokságot. Úgy érzem, hogy ezt az utóbbi 20 évben sikerült megvalósítani itt, Debrecenben, és miután jobb körülmények között dolgozhatunk, az ország legnagyobb teljesítményt nyújtó szívsebészeti központját valósítottuk meg és 1997 óta tartjuk az előkelő első helyet.

A másik időszerű kérdés a *szívsebészet finanszírozása*. A rendszerváltás után, a '90-es évek elején, a hazai egészségügy finanszírozását teljesen új alapokra helyezték és bevezették az ún. teljesítményarányos rendszert, amelynek hiányosságait mindnyájan jól ismerjük, és ezért csak a debreceni szívsebészet sajátos nehézségeit óhajtom megemlíteni. A HBCs pontrendszer hátrányosan érintette mind a szívsebészetet, mind a DOTE-t. Mivel szívsebészeket nem vontak be a pontrendszer kialakításába, ez jelentős alulértékelést eredményezett. A DOTE esetében valószínűleg hibás számítások alapján a HBCs pontok forint értéke évekig alacsonyabb volt, mint pl.: a Szegedi OTE, vagy a Kenézy Kórházé. Ez a hátrány milliárdos nagyságrendű bevételkiesést eredményezett a DOTE-nak, és ezen keresztül a szívsebészetnek is, csak akkor szűnt meg, amikor országosan egyenlővé tették a súlypontok forint értékét.

Sajnos a szívsebészet alulfinanszírozása állandósult, és ezért sorozatos méltánytalanságokat kellett a szívsebészetnek, és irányítóinak elviselnie.

Az alulfinanszírozásból fakadó negatív gazdálkodási mutatókat kézenfekvő ürügyként lehetett felhasználni a '90-es években a klinika felosztására, most, az új évezred elején, bekebelezésének véghezviteléhez. Természetesen ezek a szer-

kezeti átalakítások nem oldották meg, és nem fogják megoldani az alulfinanszírozást, hanem csak a zakónak a gombhoz való igazítását szolgálják.

A szívsebészet vesztesége örökzöld, visszatérő téma volt a különböző tanácsülések, egyéb megbeszélések és átiratok napirendjén az elmúlt 10 év során. A teljesen felesleges szóáradatot kisebbségi helyzetben edzett, jó székely idegrendszerrel még el lehetett tűrni és viselni a debreceni szívsebészet érdekeit szem előtt tartva, de már jóval nehezebb volt megértéssel lenni, amikor a gazdasági megszorítások, büntetések a klinika betegellátását, illetve a munkatársak anyagi elismerését hátrányosan befolyásolták.

Az utóbbi évben csökkent a szívsebészet alulfinanszírozása, és ennek következtében 2002-ben a Szívsebészeti Klinika nem volt veszteséges a betegellátást illetően, ami azt jelenti, hogy az OEP bevételek meghaladták a kiadásokat; igaz, nem volt nyereséges a centrum számára, mert a szokásos központi elvonások százalékos arányát már nem érte el a klinika bevétele, és a centrum vezetősége ezt hiányként könyvelte el. Ennek az évnek első negyedévében a klinika gazdálkodási mutatói teljes egyensúlyt jeleznek változatlan tevékenység mellett, és a beígért gazdasági rendbetétel nélkül. Ez még jobban aláhúzza azt a tényt, hogy a szívsebészet alulfinanszírozott, amelyet a ráfordítások növelésével lehet megoldani.

A szinte teljesen ún. nyugati technológiával dolgozó hazai szívsebészet a dolgozók alacsonyabb számával, és főleg az alamizsna szintű bérek miatt képes jóval kisebb ráfordítással működni, mint a Lajtán túli központok. Egy most megjelent olasz közlemény az EuroSCORE pontrendszer alapján vizsgálta a szívsebészeti kiadásokat. Ennek alapján végeztem egy összehasonlítást 21 hónap alatt operált 2084 betegünk valós és az olasz számítás szerint feltételezett kiadások között. A valós OEP bevétel 1,4 milliárd Ft, az EuroSCORE szerinti kiadás 4,6 milliárd Ft-ot tenne ki. Ha ezt az összeget megfelezzük, akkor is kb. 430 000 forinttal kisebb a debreceni szívsebészet valós bevétele betegenként, és ez bő 4 HBCs pont emelést kívánna minden beavatkozásnál.

Azt hiszem, hogy ez a számítás közelebb áll a valósághoz, mint az utóbbi 10 év folyamán elhangzott számtalan, megalapozatlan retorika a debreceni szívsebészet rossz gazdálkodásáról. Az ehhez kapcsolódó, engem ért méltánytalanságokat keresztény nevelésem segítségével megértéssel megbocsátottam, és legtöbbjüket már el is felejtettem. Egyesek – a személyemet érintő – nem jellemes viselkedése és cselekedetei pedig nem engem illetnek és jellemeznek, hanem elkövetőik lelkiismeretét terhelik hasonlóan azokéhoz, akik a gazdasági okokra hivatkozva a szívsebészetet megszorításokkal sújtották, és ezáltal a betegek és munkatársaim érdekeit hátrányosan befolyásolták.

Ezt a témát lezárva, nyugodt lelkiismerettel kijelenthetem, hogy a Szívsebészeti Klinika orvosai és szakdolgozói betegellátó tevékenységük során mindig az adott lehetőségeknek megfelelően, legjobb tudásuk szerint, a legmegfelelőbb kezelést nyújtották a betegeknek. A rövid távú gazdasági látszatz megoldások helyett mindig a betegek hosszútávú érdekeit tartottuk és tartjuk szem előtt.

Az előadásomra készülve, érdekes orvostörténeti adatra bukkantam, és így jobban megértem Theodor Billroth bécsi sebészóriás klasszikus mondását, hogy „az a sebész, aki nem akarja elveszíteni kollegái megbecsülését, ne végezzen szíven beavatkozást”. Ez a meggyőződése valószínűleg volt főnöke iránt érzett nemtetszéséből fakad, ugyanis Billroth fiatalkori főnöke Langenbeck néhány esetben szívburok gennyesedést tárt fel, és ezt Billroth meglehetősen könnyelmű sebészkedésnek tartotta.

Azt viszont már sehogy nem tudom megérteni, hogy a XX. sz. végén, magas beosztású egyetemi vezető szégyellje a szívsebészet egyetemi létét. A '90-es évek elején, az új sebészet felavatása után, egy igen tetszetős, színes, képes ismertető füzet jelent meg az egyetemünkről, amelyben a szívsebészet csak néhány szóban nyert megemlítést, a „még futottak között”, szemben a nem egyetemi feladatokat végző mosodával, amelynek fényképe teljes méltóságában csillogott. Szóvá téve ezt a felelős kiadónál, az előbb említett vezetőnél, azt a választ kaptam, hogy nem ő, hanem egy megbízott szerkesztő állította össze a füzetet – tehát mást illet a kritika. Ez egyenes beszéd volt, és feltételezem, a felelős kiadót illető névcseré a „nyomda ördögének” volt a műve. Ugyanez a vezető az egészségügyi miniszter látogatása alkalmával, amelynek a III. sz. Belklinika korszerűsítése volt a célja, azzal lelkesített, hogy az új szívsebészetet nem mutatják meg a miniszternek, hogy az ne lássa, milyen korszerű szívsebészettel rendelkezik Debrecen. Sajnos, már nem áll módomban eljuttatni az illetőhöz a most megjelent jubileumi könyvet, mert időközben elhunyt a volt miniszter.

Úgyszintén teljesen érthetetlen számomra, hogy miért nem lehetett Aranyosi Jánost egyetemi tanárnak visszahozni a szívsebészetre, az új épület átadásával kapcsolatban, akihez hasonló képzettségű mellkas- és szívsebész aneszteziológust egy kézen meg lehet számolni egész Magyarország területén. Ugyanakkor más szakágakat illetően, valószínűleg a már említett, több télikabátos elvnek megfelelően nem egy társprofesszori kinevezés történt abban az időben.

Kérem tisztelettel, ne vegyék ezt siránkozásnak, a vélt vagy valós sérelmek kitergetésének, hanem annak érzékeltetésének, hogy ha a rendszerváltás utáni első 8 évben a klinikákat közvetlenül irányító felsőbb vezetők elsősorban nemcsak a saját intézetük szidolozásával foglalkoztak volna, hanem több megértést mutatnak a szívsebészet iránt, akkor a teljesítményünk mennyiségileg és minőségileg is jelentősebb emelkedést mutatna. Az utóbbi években a debreceni kardiológia látványos előrelépéséhez kapcsolódva, a szívsebészet is több oxigénhez jutott, több megértés és műszervásárlás formájában. Ezért, ha megkésve is, de olyan teljesítményt sikerült nyújtani, mint Radovanovic Újvidéken, ill. Csirkov Szófiában, akik hasonlóan hozzám, a '80-as években tértek vissza nyugatról hazájukba, és lendítették fel az ottani szívsebészetet. Radovanovic az első 10 év során végzett 10 000 nyitott szívűtétet Újvidéken. Nekünk itt Debrecenben a második 10 évben sikerült ezt megvalósítani, ami azt jelenti, hogy az új épületben ez év áprilisában végeztük a tízezredik nyitott szívűtétet. Ennek tiszteleté

re, a Gerda Nosztalgia Cukrászdától kapott ajándék-tortát a tízezredik műtétet végző operatőr, dr. Jagamos Endre fogja felvágni az előcsarnokban, és ez a beígért meglepetés. Ezt megelőzően a szívsebészet dolgozóinak doyenje, aki 1960-tól szorgoskodik az Augusztában, dr. Aranyosiné Magdika fogja az ünnepi tortán lévő tízezres gyertyát elfűjni.

De talán térjünk vissza komolyabb témára. Mi lesz a szívsebészettel Debrecenben? Mint azt már említettem, Szívsebészeti Központ néven változatlanul tovább fog működni, hiszen a betegek érdekei ezt kívánják. A centrum és az egyetemi tanács már tavaly eldöntötte, és vezetősége ezt most is megerősítette, felkért, hogy a szívsebészetnek szakmai irányítását továbbra is vezessem még öt éven keresztül, nyugdíjazásomig, ha az egészségi állapotom ezt megengedi. Természetesen ez csak egy ideig oldja meg a szívsebészet irányításának kérdését. Személyes élményeim alapján korán eltökéltem, hogy az utód kiválasztásába lehetőleg nem fogok beleszövedni. Ezért tanítványaim az évek folyamán egyforma esélyt kaptak, hiszen mindegyik tarisznájában hordozza a „Marsall botot”. Egyiküket sem részesítettem elvtelen előnyben, egyformán támogattam, bíztattam és hoztam helyzetbe őket, hogy minél jobb képzésben részesülve, mind nagyobb tudású szívsebész orvossá váljanak.

Nagy örömömmre szolgálna, ha valamelyik tanítványom lenne az utódom, de csak az, aki az egyetemi követelményrendszer szerint a tanszékvezetői docensi, vagy professzori jogosultsággal fog rendelkezni. Nagyon elszomorítana, és a Debreceni Egyetemhez fölöttébb méltatlan lenne, ha a Szívsebészet élére nem minősített személyt neveznének ki, mint az néhány esetben már előfordult hazánkban. Véleményem szerint a jó klinikussá válás fontos része a klinikai kutatás és a doktori disszertáció elkészítése, amely elősegíti az illető elemző és összegző képességének kifejlődését. Erre a legjobb példát Szabó Zoltán aneszteziológus, volt munkatársunk nyújtotta, aki Linköpingben készítette el és védte meg doktori értekezését, s ez idő alatt vált altatást végzőből kiváló aneszteziológus és intenzív terápiás szakemberré, akivel öröm együtt dolgozni Linköpingben.

Nemrég, egy tragikus haláleset kapcsán találkoztunk, és beszélgettünk Svédországban volt Björk tanítványok, akik közül fél tucat egyetemi tanár és 8-10 osztályvezető főorvos nevelődött ki, és magától értetődően mindegyikünk megszerezte a PhD-fokozatot és a habilitációt. Ezen a beszélgetésen hangsúlyt nyert a klinikai kutatás jelentősége, ugyanakkor értékesnek tartva a laboratóriumban végzett állatkísérleteken alapuló tudományos karriert is, de egyikünk megjegyezte, hogy nem lenne szerencsés, ha a leendő klinikus empátiáját is a kísérleti állatok között szerzi meg.

Hölgyeim és Uraim! Tisztelettel kérem még néhány percre az Önök szíves türelmét, ugyanis köszönetemet szeretném kifejezni mindazoknak, akik a debreceni szívsebészet fejlődését támogatták, elősegítették.

Most megint a jól bevált svéd szokás szerint: a „senkit nem említve, senkit nem feledve” elv szerint fogok eljárni.

Köszönet illeti az egészségügyi tárca, a Debreceni Orvostudományi Egyetem és annak Centrumának mindenkori vezetőségét, a város és megye irányítóit, akik önzetlenül támogatták a szívsebészetet. Elismeréssel kell szólnom az orvosegyetem társ klinikai és elméleti intézetei dolgozóiról, akik segítséget nyújtottak a bonyolult, sok társbetegséggel szövődött betegeink kezeléséhez, továbbá az egyetem mindazon dolgozóinak, akik hozzáértő munkájukkal segítették a klinikai zökkenőmentes tevékenységét. Külön köszönet illeti azt a rektor urat, aki engedélyezte az Augusztai szobor felállítását a klinika épületében. Tekintettel arra, hogy rektorsága idején egyetlen kérésemet sem támogatta, taktikusan, talán székegyfurfangból, vagy svédcsavarból eredően egy igen csinos, vezető állásban lévő, Váró Márton művészetéért rajongó hölgy társaságában kerestem fel a „rektor nyet”-et. A hölgy kérte az engedélyt, amelyet a rektortól megkaptunk, azzal a kitéttel, hogy „pénz, az nincs”. Tudtuk ezt mi is jó előre, és az anyagiakat már megszereztük a helyi építési vállalatától, és így a szobor a helyére kerülhetett.

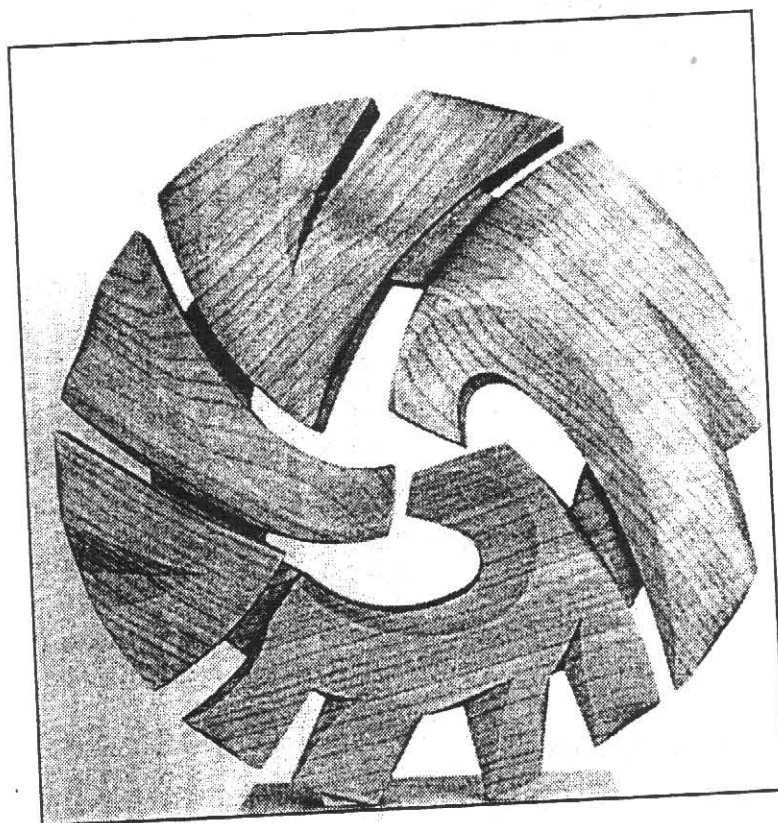
Nagy szeretettel köszönöm szüleimnek, testvéreimnek és gyermekeimnek, széles rokonságom tagjainak és barátaimnak, akik mindig támogattak, bíztattak, vigasztaltak, és nagy megértéssel viseltettek a meglehetősen nem szokványos életvitelémhez.

Igen Tisztelt és Szeretett Munkatársaim! Önöket illeti meg a leghálásabb köszönetem, mert az orvosoktól a szakdolgozókon és adminisztrációt végzőkön át a takarító személyzetet és a kapusokat is beleértve, sikerült létrehozni ezt a korszerű, országosan vezető szívsebészetet. Legőszintébb elismerésemet akartam kifejezni Győry László alkotásával, amelyet 1998 karácsonya előtti ünnepségen nyújtottam át Önöknek. Ez a kerék a mi klinikánk, amely minket magába foglal, egybekapcsol az előrehaladás, a keringés érdekében. Mindenkinek fontos, ha nem is egyforma szerepe van ebben a kerékben, ahol az arányoknak, az együttműködésnek óriási szerepe van, amely meghatározza és őrzi annak kerékességét. Valamelyik küllő, tengely, csavar, vagy csapágy aránytalansága a kerék deformálódását, dőcögössé válását eredményezi. Ezért ennek a klinikának arányosságát, kerék formáját igyekeztem mindig megtartani, és kérem Önöket ennek az egyensúlynak a megőrzésére.

Itt ragadom meg az alkalmat, hogy szíves elnézést és megértést kérjek mindazoktól, akiket 20 éves debreceni tevékenységem idején esetleg megsértettem. Soha senkit nem akartam személyében megbántani, és az esetleges vélt, vagy valószínű sérelmek félreértésből, a munka lendületéből, talán figyelmetlenségből fakadtak, és ha valakinek véletlenül a tyúkszemére léptem, az sosem megfontolt szándékból történt, és ezért is szíves elnézést kérek. Vánszorgó társadalmunkban az egészségügyben is óriási átalakulások, változások fognak történni. Véleményem szerint az orvosi és a betegellátó hivatás alaptörvényeit meg kell őrizni. Ennek fontosságára egy régi, de igaz történettel szeretnék rávilágítani, és egyúttal „Alma Materemnek” az ötödik magyar orvosegyetemnek és ottani tanárainak szeretném megköszönni, és a fejemet előttük meghajtani.

A '60-as évek elején Kapnikbányán három, Marosvásárhelyen végzett fiatal orvos dolgozott, az egyik bányaorvosként, a másik gyermek, és a harmadik felnőtt körorvosként. Egy téli vasárnap reggel a gyermekorvos barátomat egy 10 éves körüli lányhoz hívták ki, akit szombaton bocsátottak el a közeli kórházból, kómában, azt mondván a szülőknek, hogy a vese okozta kómát nem tudják kezelni, és vigyék haza meghalni. Természetesen Szatyi barátom kiment a házhoz, és megvizsgálta az eszméletlen kislányt. Ekkor észlelte, hogy a beteg maga alá vizezett, és jobb lehetőség hiányában, rögtön megkóstolta a kislány vizeletét, amely édes volt, tehát cukorbetegség, és nem veseelégtelenség okozta a kómát. Rögtön insulint adott, és mentővel egy távolabbi kórházba vitte a kislányt, ahol a szak-szerű kezelés meghozta a várt eredményt. Dr. Szatmári Elek, aki most is aktív gyerekgyógyász Gödöllőn, Marosvásárhelyen megtanulta az orvosi hivatás és tevékenység alaptörvényét, hogy „a beteget mindig meg kell vizsgálni, és mindent megtenni gyógyulása érdekében”.

Ezt a szellemiséget a munkatársak segítségével sikerült itt, a debreceni szívsebészetben meghonosítani, kiterbélyesíteni, ami nagy örömömre szolgál, és ezért köszönet és elismerés illeti a klinika összes dolgozóját.



„Együtt keringés, közös erőfeszítés” (Győri László szobrászművész alkotása, 1998)