

A GASZTROENTEROLÓGIA HÁROM ÉVTIZEDE JÁSZBERÉNYBEN

Az alkalmazott medicina sajátos gyakorlati tudomány. Módszereinek, az orvosi tevékenység sajátosságainak, összességében a klinikai gyakorlatnak a változásai az orvosbiológiai alap kutatások eredményein alapulnak. Az orvostudományra, ezen belül az orvostudomány emésztőszervi betegségekkel foglalkozó részére, a gasztroenterológiára, ugyanúgy érvényes, mint számos más szakterületére, hogy az orvosi alap kutatás folyamatosan átalakítja a szemléletét, a betegségek megközelítését, a diagnosztikus és terápiás vonatkozásokat. Ugyanakkor a mindennapi megfigyelések visszahatnak az elméletre és ezért a klinikumban megmaradnak a régi nagy kihívások, az empirikus tudomány dilemmái: mit tegyünk a klinikai megfigyeléseinkkel, az új technikák alkalmazásával szerzett tapasztalatainkkal?

A gasztroenterológiai kutatást a századfordulón leginkább az élettani vizsgálatok és az anatómiai megfigyelések jellemezték. Komoly előrelépést jelentettek az emésztőszervi működéssel, majd a hormonális hatások vizsgálatával kapcsolatos megfigyelések. Az ötvenes évektől főként a sejtbioológiai, biokémiai ismeretek bővülése eredményezte az emésztőszervi működés, a funkcionális változásokkal kapcsolatos jelenségek további értelmezését. Aztán a kutatás és a klinikai gyakorlat is igen erőteljes segítséget kapott, mikor a radiológiai vizsgálatokon túl megjelentek azok az új technikák, amelyek már lehetővé tették az emésztőrendszer, a nyálkahártya élőben (in vivo) történő aprólékos vizsgálatát. Ez már az endoszkópia kora volt és kezdeti lépéseiben a könnyen hozzáférhető testüregek (nyelőcső, végbél) endoszkópos vizsgálatát jelentette, ma már primitívnek tűnő eszközökkel. A fejlődés előrehaladtával lehetővé vált a tápcsatornai megbetegedések, például a rettegett gyomorrák vagy a fekélybetegség endoszkópos diagnosztikája és számos betegséggel kapcsolatban az endoszkópos terápia. A későbbiekben az operatív endoszkópia lehetőségei bővültek és az endoszkóposan elvégezhető műtéti beavatkozás köre

kiszélesedett. Az endoszkópia fokozatosan a gasztroenterológusok egyik alaptevékenységévé vált. A sebészetben is szemléletváltás történt és ma az endoszkópia a sebészet és a gasztroenterológia közötti kapcsolódási pontot jelenti.

A gyógyításban az endoszkópiával kapcsolatos lehetőségek megléte, vagy hiánya meghatározza a korszerű klinikai gyakorlatot, s következőképpen az empirikus ismereteink gyarapodását. A tapasztalati tények, az adatok, a megszerzett ismeretek feldolgozása, a következtetések levonása komoly szellemi teljesítmény. Ez is kutatás a javából: számos elhivatott klinikus, tudományos szemlélettel, fantáziával, kreativitással és intuícióval felvértezve, járult hozzá az endoszkópia nyújtotta ismeretek bővüléséhez és vállalta az úttörő munka nem mindig hálás szerepét. Az új technika boldog birtokosaként vállalva sok esetben a megalkuvást, az elkötelezettséget, a más orvosi körökkel szembeni előnyszerzés keltette irigységet.

A múltban úgynevezett *szakmai standardok (a szükséges feltételeket meghatározó irányelvek)* nem rendelkeztek arról, hogy mi lehet a maximális elvárás és mi a minimálisan szükséges személyi, munkaköri és technikai feltétel a belgyógyászati, ezen belül a gasztroenterológiai orvosi ellátás során. Így arra sem volt szabály, hogy Jászberényben speciális gasztroenterológiai tevékenység történjen, hogy japán világcsodák, korszerű gastrocamerák és flexibilis endoscopok álljanak rendelkezésre, hogy itt találja meg a beteg az új technikát és az új szemléletet. Hogy ez itt megvalósulhatott, azt számos tényező tette lehetővé s ezek között - mint mindig - a legfontosabb az emberi tényező volt. Az egyik a tudós, aki kellőképpen nyitott volt az új befogadására, a másik a mecénás, aki vállalta az adakozó szerepét. Azt hiszem mindketten pontosan tudták, hogy ez mit jelent, bár kétlem, hogy dimenzióit és késői hatásait lemérhették volna.

A jászberényi Erzsébet Kórházban az emésztőszervi betegek ellátására szakosodott Gasztroenterológiai Részleg életében három nevezetes eseményhez kötődő harmincadik évforduló ad alkalmat a visszaemlékezésre. 1966-tól működik a gasztroenterológiai szakrendelés, 1968-ban került kialakításra a fekvőbeteg részleg, ekkor került a kórházba az első gastrocamera, majd 1969-től, egy nagy sorozat nyitányaként, az első modern száloptikás endoszkóp. Innen da-

tálódik az endoszkópia kora Jászberényben. Az eltelt három évtized története így orvos-technikai, technika-történeti jelentőségű, másrészt az endoszkópokkal dolgozó orvosok és az általuk végzett tudományos tevékenység története.

A harminc évvel ezelőtt elkezdődött gasztroenterológiai tevékenység, az endoszkópos diagnosztika és terápia megvalósulása a részleg orvosainak életében meghatározó jelentőségű volt: siker és sikertelenség, öröm és bánat, szakmai hírnév és szakmai irigység forrása egyaránt. Az eltelt időszak nem túl nagy, az események részesei többségükben még élnek és emlékezhetnek a "történelmi" időkre. A visszatekintés a ma már muzeális értékű régi endoszkópokkal dolgozó orvos-elődök iránti tiszteletből, a nevükkel fémjelzett tudomány jegyében történik.

A kezdet

A kezdet *Figus Illinyi Albert* (1927-1994) nevéhez kötődik, aki radiológus és belgyógyász szakorvosként, az emésztőszervi radiológiai diagnosztika művelőjeként a hatvanas évek közepén került kapcsolatba az endoszkópiával. Életrajzi adatairól, szakmai munkásságáról, egy korábbi Jászsági Évkönyvben olvasható megemlékezés.¹ Figus doktor kezdeményezésére a jászberényi kórházban 1966-ban gasztroenterológiai szakrendelés kezdődött a gyomorbetegek vizsgálata céljából. A szakrendelés során a hagyományos röntgen-diagnosztikus lehetőségek kiegészítéseként, főként a gyomorrák korai formáinak felderítése céljából - az országban az elsők között - úgynevezett gyomorcitológiai vizsgálatok történtek. Ez a módszer a gyomorba juttatott, majd onnan szondával visszanyert mosófolyadékban fellelhető sejtek vizsgálatát jelentette. A kinyert sejtek között gyakorlott szakember képes volt megkülönböztetni a levált daganatos sejteket és így biztosítani a korai diagnózist. Figus doktor figyelme talán éppen azért fordult a gyomorrák korai formáinak felderítésével kapcsolatos lehetőségek felé, mivel apja évekkorábban ebben a betegségben hunyt el.

¹ Prof. Bajtai Attila: In memoriam Figus Illinyi Albert, Jászsági Évkönyv, 1994. 233-234.

Gasztroenterológiai diagnosztika sem ma és sem akkor nem volt elképzelhető patológus együttműködése nélkül. Jászberényben kóronctani osztály nem volt, így a sejtek vizsgálatát, majd később a kórsvövetani vizsgálatokat is a Budapesten dolgozó *Bajtai Attila* végezte, aki ma a gasztroenterológiai patológia egyik vezető profeszszora, nemzetközileg elismert szaktekintélye. A napi munkakapcsolat közel három évtizeden át tartott. Kettőjük találkozása véletlenszerű volt és anekdotikus. Figus doktor 1966-ban Budapesten egy endoszkópos tanfolyamon vett részt, ahol a kollégákkal történt beszélgetések során éppen Bajtai doktor feleségétől, Toóth Évától (ma a Margit Kórház osztályvezető főorvosa) kérdezte meg, hogy ismer-e citológiai vizsgálatokban jártas, szabad kapacitással rendelkező patológust, aki azonnal a férjét ajánlotta. Ez az együttműködés a későbbiekben a tudományos munkában is nagyon sikeresnek, kölcsönösen hasznosnak bizonyult: Figus doktor megnyert egy kiváló patológust, Bajtai doktornak pedig lehetősége nyílt egy kisebb régió, a Jászság betegeivel kapcsolatos anyagok összegyűjtésére, az adatok rendszerezésére.

Kezdetben Figus és Bajtai doktorok a gyomorból nyert sejtek vizsgálatát főként korai rákos elváltozások diagnosztizálására, kizűrésére kívánták alkalmazni. Megfigyeléseikkel igazolták, hogy az öblítőfolyadékba került levált kóros sejtek azonosíthatók és a módszernek lehet diagnosztikus értéke. Tudományos elhivatottságukat jellemzi az a tény, hogy a gyomorcitológiai vizsgálatok viszonylag kis esetszáma ellenére komoly szakmai érdeklődést keltő következtetések levonására vállalkoztak. Vizsgálataik eredményét a Magyar Gasztroenterológiai Társaság 1967. évi nagygyűlésén ismertették, majd 1968-ban Prágában az emésztőszervi endoszkópia első európai kongresszusán. Előadásuk a kongresszus anyagát tartalmazó színvonalas kiadványban is szerepelt.² A kezdeti lépéseket követően nyilvánvalóvá vált, hogy a cél érdekében megbízhatóbb és hatékonyabb vizsgálómódszerre volt szükség. Olyan vizsgálati lehetőségre, ami biztosította, hogy a pontos diagnózis érdekében a tápcsatorna belsejéből kellő mennyiségű szövethez, sejthez lehessen jutni és célzott mintavétel történhessen a kóros, vagy kórosnak tűnő elváltozásból.

² Endoscopy of the Digestive System, Proc. 1st Europ. Congr. Digestive Endoscopy, Prague 1968, pp. 157-160 - Karger, Basel/New York 1969.

A megoldást az endoszkópia jelentette.

Az endoszkópia története és magyarországi vonatkozásai

Az orvostudomány történetében a múlt század második felére tehető az a felismerés, hogy a medicina, mint természettudomány, csak akkor emelkedhet valóban tudományos színvonalra, ha a betegségek diagnosztikájában objektívvé válik. Ezt a törekvést segítette a technikai fejlődés, a társult fizikai, kémiai, biológiai tudományok eredményeinek alkalmazása. A modern medicina fogalma azonossá vált az objektív medicina fogalmával. Céllá vált a szervezeten belül lévő elváltozások láthatóvá, mérhetővé tétele, az emésztőszerv vonatkozásában a tápcsatorna belsejének eszközös vizsgálata. Ennek az irányzatnak az eredményeképpen bontakozott ki a múlt század második felében egy orvostechnikai, instrumentális fejlődés, ami napjainkban is tapasztalható, és csak remélhetjük, hogy végül nem azzal, a sci-fi irodalomból ismert, jelenséggel szembesülünk, mikor a *mindent* látó, *mindent* mérő, és pontosan regisztráló robot *minden* betegséget gyógyít - kivéve az emberi szóra vágyó beteget. Amíg rá tudunk csodálkozni a monitoron megjelenő kép félreérthetőségére, vagy kételkedni tudunk abban, ami egyébként nyilvánvalónak látszik, elkerülhetjük ezt a csapdát.

1868-ban *Adolf Kussmaul*nak, a freiburgi egyetemi tanárnak sikerült először egy egyenes, merev, cső alakú műszerrel gyomrot vizsgálnia. Erre a "kardnyelű mutatványra" (az első vizsgált személy valóban egy kardnyelű volt) 1881-ben *Johann von Mikulitz-Radecki* is merev eszközt (gasztrószkópot) alkalmazott. Az ilyen vizsgálat veszélyes volt és igen nagy megterhelést jelentett a betegnek, bárkinél nem is volt elvégezhető. A merev, egyenes eszköz szélesebb körben való alkalmazásának nem volt realitása. Pedig századunk első felében egyre nagyobb igény jelentkezett az endoszkópos vizsgálatokkal kapcsolatban. Közben újabb és újabb műszerek születtek a könnyen elérhető szervek, a hörgők, a végbél, a húgyhólyag vizsgálatára. Hajlékony eszköz kialakításával az első világháború időszakában *Rudolf Schindler* nevű német orvos foglalkozott, aki a gyomor vizsgálatára alkalmas félmerev eszköz megkonstruálásában úttörőnek

tekinthető. A klinikailag is használható műszert egy berlini műszerész, *Georg Wolf* készítette. Az úgynevezett Wolf-Schindler - féle félmerev gasztroszkópot - hátrányai ellenére - évtizedeken át nagyon sok helyen használták és a gasztroszkópia, a tápcsatornai betegségek fontos vizsgáló módszerévé vált. A gyomornak nem minden területét lehetett vizsgálni ezzel a készülékkel, és az úgynevezett vakterületek a diagnosztikus tévedés lehetőségét jelentették. Egy hasonló műszer, mint muzeális darab saját birtokunkban is van. Az eszköz felső, merev részéhez egy hajlékony alsó gumicső csatlakozik. Megdöbentően primitív szerkezet. A gyomorba juttatható részén egy hasonló égő a fényforrás, mint amit a régi elemlámpákból ismerünk. Ez a műszer ma is "működik", tehát látható képet ad, a gumi része elöregedett, megtöredezett, természetesen alkalmatlan bármilyen orvosi vizsgálatra.

Az 1950-es évektől a száloptika (fényvezető kötegelt üvegszálak) alkalmazása jelentette az áttörést és tette lehetővé hajlékony endo-szkópok kialakítását. A gyomor vizsgálatára szolgáló száloptikás gasztroszkóp klinikai alkalmazása az amerikai *Basil Hirschowitz* nevéhez fűződik. A hatvanas-hetvenes években a száloptikás eszközök vonatkozásában a technikai fejlődés igen látványos volt, mind a felső, mind az alsó tápcsatorna vizsgálatára újabb és újabb műszerek jelentek meg. A diagnosztika és a képi dokumentáció célját szolgáló gastrocamera a gyomor belső terének fényképezésére 1950-ben vált ismertté. Az éles, nagy látószögű felvételeket főként szűrővizsgáló-tokra kívánták alkalmazni és sokáig vita tárgyát képezte, hogy a gastrocamera, vagy a később megjelenő, a szabad szemmel történő vizsgálatra alkalmas fiberscop használata-e a célszerűbb. Ez utóbbi során célzottan szövetminta nyerésére nyílt lehetőség, ami a kérdést eldöntötte. A látott képet, elsősorban oktatási célból, mozgófilmre, speciális kamerával próbálták rögzíteni (cinematografiás gasztro-szkópia), majd a videofelvételek készítésének a technikai háttere is megteremtődött (gastrotelevision). Egyre -másra jelentek meg azok a tartozékok, melyek segítségével már terápiás beavatkozásokat, kisebb endoszkópos műtéteket is el tudtak végezni. Így megteremtődött az operatív endoszkópia, melynek mai kiteljesedését képezik többek között az endoszkópos epeúti beavatkozások és a manapság előtérbe helyezett laparoscopos hasi

műtétek. Ma az elektronikus képvezetés, a video-chipek és a számítógépes képi feldolgozás korát éljük. Míg az endoszkópia története kezdeteiben Európához, majd Amerikához tartozott, a hatvanas évektől a modern készülékek fő előállítója és az endoszkópos technika fő fejlesztője Japán lett.

Magyarországon az emésztőszervi endoszkópia kezdete elsősorban *Friedrich László* (Budapest) és *Udvardy László* (Debrecen), illetve tanítványaik nevéhez fűződik. Friedrich László írta az első magyarországi gasztroszkópos monográfiát. Az ő koruk a félmerev eszközök kora volt Magyarországon.

Az első, korszerűnek számító endoszkóppal végzett vizsgálat 1965-ben történt a Debreceni Orvostudományi Egyetemen. A készülék egy amerikai ACMI típusú műszer volt. A vizsgálatot *Jávor Tibor*, ma már nyugdíjas professzor, végezte, aki 1982-től tíz éven át a Magyar Gasztroenterológiai Társaság elnöke volt. A vizsgálatról kap-csolatos információ tőle származik.³

Jávor professzor szerint a készülék behozatala igen nehéz volt, mivel Amerikában a száloptikás technika sokáig katonai titoknak számított, tengeralattjárók periszkópjában, tankokban alkalmazták. Magyarországon az igazi áttörés 1966-ban történt. Ebben az évben került sor Japánban az első nemzetközileg jelentős endoszkópos kongresszusra⁴, melyen részt vett a Magyar Gasztroenterológiai Társaság elnökén, *Varró Vince* professzoron kívül *Wittman István* főorvos is, aki a Társaság főtitkára volt. Wittman doktor érdeklődésének a középpontjában az endoszkópia állt és a japán kongresszuson szerzett tapasztalatok arra készítették, hogy makacs erőszakossággal igyekezzen az endoszkópiát itthon is népszerűsíteni. Jó kapcsolatai révén elérhette az eszközök beszerzését, endoszkópos tanfolyamokat szervezett, a Társaság életében is az endoszkópia előtérbe helyezését próbálta elérni. Hogy Magyarország a többi szocialista országgal szemben az endoszkópia terén lépéselőnybe került, nagy mértékben az ő érdeme.

³ Jászberényben legutóbb 1996-ban találkozhattunk vele. Ő volt a Magyar Onkológiai Társaság, a kórházi Tudományos Bizottság és a Gasztroenterológiai Részleg által közösen szervezett, 11 megye másfél száz orvosát vonzó, a vastagbélrák témájával foglalkozó, továbbképző rendezvényünk üléselnöke.

⁴ First Congress of the International Society of Endoscopy, Tokyo, 1966.

A jászberényi események részletezése előtt érdemes megismerkedni az egyes endoszkóp típusokkal. Ezek a műszerek kezdetben csak diagnosztikai célt szolgáltak, csökkentették a röntgenvizsgálatok hegemoniáját, pontosabbá tették a diagnosztikát, később operatív endoszkópos beavatkozásokat tettek lehetővé. A gasztroenterológiában alkalmazott endoszkópok:

1. *Özofágoszkóp* (oesophagoscop) - a nyelőcső vizsgálatára alkalmas, de a gasztroenterológusok erre a célra is a panendoscopot használják.

2. *Gasztroszkóp* (gastroscoop, vagy felső panendoscop) - mint diagnosztikus készülék, a nyelőcső, gyomor, nyombél megtekintésére alkalmas eszköz. A testüregbe juttatható vége minden irányban mozgatható, így az ezen lévő optikai rendszerek segítségével a nyálkahártya elváltozásai jól megfigyelhetők. Az eszköz belsejében külön levegő és víz csatorna van. Az előbbi a gyomor levegővel való feltöltésére szolgál, az utóbbi az optika tisztítására. A műszer belsejében lévő úgynevezett munkacsatorna szolgál a különböző beavatkozásokhoz szükséges eszközök levezetésére. Szövetminta vétele biopsziás fogóval lehetséges, polipok speciális kacsokkal távolíthatók el, lenyelt idegen test kiemelésére idegentest fogó szolgál, vérzéscsillapítás elektromos szondával, vagy vérzéscsillapító oldat bejuttatására alkalmas injektorral lehetséges.

3. *Duodenoszkóp* (duodenoscop) - Szerkezetében hasonló, mint a panendoscop, azzal az alapvető különbséggel, hogy oldaloptikás, így a nyombél redői között megbúvó, az epe és hasnyálmirigy vezetékének végén lévő papilla is megfigyelhető vele. A vezetékek kontrasztanyaggal való feltöltése az ERCP (endoscopos retrograd cholangiopancreaticographia) vizsgálat. Napjainkban egyre kevesebb diagnosztikus ERCP_történik, mivel nem invazív módszerek (CT, MR - számítógépes radiológiai vizsgálatok) nagyrészt helyettesíthetők. A papilla felvágására a papillotom szolgál, ezt követően Dormia kosárral epeúti kövek távolíthatók el, epeúti szűkület esetén vezetődrót segítségével műanyag endoprotézisek helyezhetők fel az epeelfolyás biztosítása érdekében, hogy csak a legfontosabbakat említsem. A lehetséges beavatkozások köre ennél szélesebb.

4. *Jejunoszkóp* (jejunoscop, vagy intestinoscop) - a vékonybél mélyebb szakaszai vizsgálatára alkalmas, a gastroscofhoz hasonló

felépítésű, de annál jóval hosszabb műszer. Széles körben való használata nem indokolt, mivel a vékonybél betegségei ritkák, a vizsgálati igény nem túl nagy, így csak néhány nagyobb központ rendelkezik ilyen készülékkel.

5. *Szigmoidoszkóp és kolonoszkóp* (sigmoidoscop, colonoscop) - a vastagbél vizsgálatára alkalmas eszközök. A vastagbél tükrözése során talált polipok eltávolítása nagy jelentőségű, mivel ez a beavatkozás a polipokból kialakuló rák megelőzését, prevencióját is szolgálja.

A terápiás endoszkópia csak akkor végezhető el, ha a sebészeti jellegű beavatkozáshoz vágó és koagulációs áramot biztosító elektromos egység is rendelkezésre áll. A terápiás beavatkozásokat biztosító egyéb tartozékok jelentősége is óriási. Gyakran csak a vizsgálat közben válik nyilvánvalóvá a terápiás teendő, ezért a legfontosabb tartozékok biztosítása és tartalékolása nem mellőzhető.

1966 -1980

Endoszkóphoz, korszerű, jó műszerhez jutni Magyarországon a hatvanas években igen nehéz volt. Azok az orvosok, akiknek ez sikerült, különösen szerencsésnek érezhették magukat, mivel ez a technikai lehetőség új távlatokat jelentett a munkájukban. Csoda volt-e hát, hogy a jászberényi gasztroenterológia, megelőzve számos vezető országos intézetet, már ekkor korszerű japán műszerekkel rendelkezett?

Azt hiszem, igen, és azt hiszem nem. Mert mai szemmel nézve valóban csoda (csodálatos) volt, hogy Jászberény az endoszkópos tevékenység egyik hazai központjává válhatott. Másfelől nem, mert ennek a fantasztikus technikai előrelépésnek az akkori helyi viszonyok ismeretében közismert volt a magyarázata. A nagyobb értékű, úgynevezett beruházási műszereket, központi keretből a megyei tanácsok vásárolták, és endoszkópok beszerzése az források szűkössége miatt reménytelennek látszott. Így 1968-ban egy kis kórház korszerű endoszkóphoz nem juthatott jó kapcsolatok, szakmán kívüli támogató nélkül. Ez így működött Debrecenben, Budapesten és Jászberényben egyaránt. A mi esetünkben az endoszkópia meghonosodását Figus doktor szakmai felkészültségén túl a Lehel Hűtőgépgyár akkori vezetője, *Gorjanc Ignác* vezérigazgató segítette, aki a kortársak szerint

tájékozott, széles látókörű ember volt. Láta a korszak hátrányait és a kompenzáció lehetőségeit is. Úgy tűnik, ismerte az endoszkópia jelentőségét, tudta, hogy a gasztroenterológia támogatása "jó befektetés" lehet és a későbbi eredmények ezt igazolták.

Talán még ma sem köztudott, hogy az első endoszkópjaink nem orvosi műszerként érkeztek az országba. Ezeket a készülékeket a Hűtőgépgyár vásárolta ipari használatra és adta "kölcson" a kórháznak. Az eszközök hivatalosan az akkor gyártott alumínium söröshordók belső varratainak a vizsgálatára szolgáltak. Figus doktor az akkor megszerezhetőnek tűnő ACMI, Machida és Olympus endoszkópok közül jó érzéssel a később egyik legjobbnak számító és leghatékonyabb szervízhálózatot kiépítő Olympus cég termékeit választotta. Így került a kórházunkba 1968-ban a Hamburgból Figus és Simon doktor által személyesen behozott gasztrocamera, amivel a gyomor belsejében vakfelvételeket lehetett készíteni. 1969-ben ezt újabbak követték, köztük az akkori egyik legkorszerűbb GF-B2 típusú száloptikás gasztroszkóp.⁵

A listában lehet pontatlanság, mivel az eszközök általában a Hűtőgépgyár tulajdonában maradtak és a beszerzés után jóval később, mint adomány kerültek a kórházi leltárba. Az akkori gazdasági igazgató, *Petri András* szerint, így akarták elkerülni, hogy a megyei tanács egészségügyi osztálya rendelkezzen a műszerekkel.

Teljesen bizonyos, hogy szponzori közreműködés nélkül ezt a hallatlanul nagy értéket képező műszerparkot egy olyan kis kórház, mint a jászberényi, nem tudta volna beszerezni. Ugyanakkor a mecenatúra a műszervásárláson túl egyéb formában is megnyilvánult. Így nyithatták meg 1968. március 25-én, a radiológiai osztályhoz csatoltan, azt a 25 ágyas fekvőbeteg részleget, melynek ágyait, linóleum padlóburkolását, központi fűtés szerelését is az adományozó állta (a neve Gastroenterologia volt, vagy kórházon belül II. Bel.). Így megszépülve, a kórház egyik hátsó zugában meghúzódó, korábban a női

⁵ 1965(?): Wolf-Schindler-féle gasztroszkóp, 1968: GTF-C gasztrocamera, GTF-PF gasztrocamera
1969: GF-B2 gasztroszkóp, 1970: GFB gasztroszkóp, 1971: F tip. gasztroszkóp, 1972: F tip. gasztrocamera
1973: JFB duodenoszkóp, GIF-D3 gasztroszkóp, F tip. gasztrocamera, CF-SB kolonoszkóp
1975: JFB-2 duodenoszkóp, GIF-K gasztroszkóp, CF-MB-2 kolonoszkóp, CF-LB-2 kolonoszkóp
GFB-2 gasztroszkóp, 1979: JFB-3 duodenoszkóp

belgyógyászat, előtte a szülészeti elhelyezésére szolgáló régi földszintes épület, a betegek és a szakma búcsújáró helyévé vált.

A támogatás nem csak kizárólagosan a gasztroenterológia felé irányult. A gyermekosztály, a sebészeti osztály, a műtő felújítása, a sebészeti osztály részére szálóptikás choledochoscop (epeúti vizsgáló műszer) beszerzése is hűtőgépgyári segítséggel történt. Mindezekért cserébe a hűtőgépgyári betegek a kórházi ellátás során elsőbbséget élvezhettek, gasztroenterológiai szűrővizsgálatokon vehettek részt. A kórház üzemorvosi rendelést, ezen belül szakorvosi rendelést biztosított a dolgozóknak. Az is közismert, hogy maga Gorjanc Ignác is a Gasztroenterológiai Részleg rendszeres kezelte volt.

Figus doktor önéletrajzában említi, hogy kétszer járt Japánban az endoszkópos vizsgálatokkal kapcsolatos tanulmányok céljából, így az endoszkópia fejlődését a közvetlen tapasztalatok révén is követni tudta. A modern eszközök és a nagyon gyorsan kialakuló szakmai hírnév távoli vidékekről Jászberénybe vonzotta a betegeket - és nem csak a betegeket. Számos orvos töltött itt több-kevesebb időt a gasztroenterológiai szakvizsgáláshoz szükséges szakmai gyakorlat megszerzése céljából. Előző munkahelyemen, a gyöngyösi Bugát Pál Kórházban, négy gasztroenterológus szakorvos kötelező szakmai gyakorlatát, szakképesítésének megszerzését segítette a jászberényi gasztroenterológia. Ellentmondás, hogy miközben Figus doktor "a fél országot megtanította endoszkópizálni", a jászberényi kollégák közül viszonylag kevesen sajátították el ezt a technikai tudományt.

Az 1968-ban, az indulás évében került a Gasztroenterológiai Részlegre a szegedi I. Belklinikáról a jászberényi születésű *Simon László*.⁶ Figus és Simon doktorok munkakapcsolata termékenynek bizonyult, amit tudományos téren elért sikereik is bizonyítanak. Több mint egy évtizedes együttműködésük, a gyomorrák témakörében elért kutatási eredményeik összefoglalásaként 1979-ben nyújtották be a tudományos minősítést eredményező kandidátusi disszertációjukat.⁷ Az értekezés irodalomjegyzéke hivatkozásul 51 saját közleményt tartalmaz. Ezek között az első szerző 23 esetben Figus, 28 esetben Simon

⁶ Jelenleg Szekszárdon osztályvezető főorvos, egyetemi tanár, a Magyar Gasztroenterológiai Társaság volt elnöke, a magyar gasztroenterológia nemzetközi híré tekintélye.

⁷ Kandidátusi értekezés tézisei: A korai gyomorrák és rákelőző állapotai. Írta: Figus Illinyi Albert és Simon László, Jászberény, 1979

doktor volt. Munkájuk során arra törekedtek, hogy kidolgozzák a gyomorrák komplex kórismézését, a gyomorrákosok kiemelésére szolgáló szűrővizsgálati modelleket és meghatározzák azokat a "magas veszélyeztetettségűnek" tartható, gondozási feladatot jelentő betegcsoportokat, melyekben a gyomorrák várható előfordulási kockázata az átlag népességhez viszonyítva magas.

Mindketten a maximumot nyújtva karriert és munkájukkal "történelmet" csináltak Jászberényben. Figus főorvos két évtizeden át volt a kórház igazgató főorvosa (1961- 1980), így energiáját az ügyintézés is lekötötte. Tudományos érdeklődése korábbi keletű volt, 1956 és 1967 között hat közleménye jelent meg, ezt követően a tudományos munkával kapcsolatos aktivitását fokozni tudta. Simon doktor kutatói vénával, klinikai szemlélettel, jó manuális készséggel bíró agilis orvos volt. Hallatlanul nagy munkatempót diktálva csak a gasztroenterológiával foglalkozott és maximálisan számíthatott főnöke (és egyben igazgatója) támogatására, aki felkarolta, segítette.

A megterhelő napi munka mellett mindketten fontosnak tartották az eredményeik bemutatását, szakmai lapokban való publikálását. Rendszeresen jártak tudományos ülésekre, hazai és külföldi konferenciákra, folyamatosan képezték magukat és nyitottak voltak az új dolgok befogadására.

Szívós munkával el tudták érni, hogy a szakma figyelme Jászberény felé fordult, annak ellenére, hogy talán irigység miatt sokan nem akarták elfogadni a magyar gasztroenterológiában elért sikereik jogosságát. Nagy visszhangú tudományos üléseket szerveztek, előbb 1969-ben, ami a korai gyomorrák diagnosztikájával foglalkozott, majd 1973 novemberében, melyen a rákelőző állapotokat tárgyalták. Az utóbbi, Angliától Japánig, tíz ország neves szakembereit vonzó esemény volt. Leküzdve némi szakmai ellenállást, a konferencia anyaga szépen kiállított könyv formájában az Akadémiai Kiadó gondozásában angol nyelven jelent meg néhány évvel később.⁸

Közleményeik nagy száma nem teszi lehetővé valamennyi említését. 1975-ben az Orvosi Hetilapban, ugyancsak a gyomorrák rákelőző állapotai témakörében, a gyomor polypusról írt összefoglaló,

⁸ Gastric precanceroses, Edited by I.A. Figus and L. Simon, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1977

rendszerző közleményük keltett jelentős szakmai érdeklődést. Az idült gyomornyálkahártya huruttal kapcsolatos cikksorozatukért szerzőtársaikkal, Bajtai és Bánki doktorral együtt, 1972-ben elnyerték az Orvosi Hetilap Markusovszky-díját. Ebben az időszakban az érdeklődésük fő iránya továbbra is a gyomor rosszindulatú betegsége és a kialakulásában szerepet játszó állapotok tanulmányozása volt, de számos egyéb emésztőszervi problémával kapcsolatban is közleményeik jelentek meg (fekélybetegség, epehólyag és hasnyálmirigy betegségek, gyomorvérzés, vérzéscessillapítás, rekeszsérv, székrekedés, vastagbél betegségek, stb.).

A Magyar Gasztroenterológiai Társaság története című összefoglalót tanulmányozva, az 1958-tól szervezett éves nagygyűlések programjában az első megjelenésük 1967-ben történt⁹, rendszeressé 1972-től vált és a lista főként a jó előadói képességgel rendelkező, társasági életet is kedvelő, több idegen nyelvet is jól beszélő Simon doktor aktivitására utal. Ismerősei szerint Figus doktor kevésbé jó előadóként a nyilvános szereplésben visszafogottabb volt, egyfajta tudatos tartózkodás jellemezte. Mindketten nagyon fontos szerepet töltöttek be az oktatásban, orvosképzésben. 1976-ban Papp János professzor szerkesztésében jelent meg a Gyakorló orvos könyvtára sorozatban a *Gastrointestinalis endoscopia* című mű, melyben a gasztroszkópiával kapcsolatos fejezetet ők írták.

A Magyar Gasztroenterológiai Társaság, ezen belül a jászberényi gasztroenterológiai munkacsoport életében is fontos esemény volt az 1976-ban Budapesten megrendezett 10. Európai Gasztroenterológiai Kongresszus és a hozzá kapcsolódó 3. Európai Endoszkópos Kongresszus, ahol Figus és Simon doktorok is fontos szerephez jutottak. Részben a tudományos bizottságban kaptak feladatot, részben az egyes szekciók munkájában vettek aktívan részt, mint üléselnökök és előadók. A számos külföldi és magyar szerző előadása könyv formájában is megjelent, melynek szerkesztő bizottságában Figus doktor is megtalálható. A kongresszus nagy nemzetközi siker volt és nagy mértékben hozzájárult a személyes kapcsolatok fejlődéséhez.

Munkája elismeréseként Figus doktort 1976-ban a Magyar Gasztroenterológiai Társaság vezetőségébe, 1977-ben az Egész-

⁹ Bajtai A., Figus I.A. A gyomor-citológiai vizsgálatok értékelhetőségéről

ségügyi Minisztérium gasztroenterológiai bizottságába és az Egészségügyi Tudományos Tanács Orvosi Műszer és Orvostechikai Bizottságába is megválasztották, majd az MTA Debreceni Akadémiai Bizottsága is tagjává választotta. Jászberény Város Tanácsától 1976-ban Pro Urbe kitüntetést kapott.

Az endoszkópia fejlődésével párhuzamosan a jászberényi lehetőségek is kedvezően változtak. A hetvenes évek közepén történt az első oldaloptikás duodenoszkóp beszerzése, amivel a nyombélen át az epeutak és a hasnyálmirigy vezeték vizsgálatára nyílt lehetőség. A GF-B2 jelű műszer is oldaloptikás volt, esetenként az epevezeték végén lévő billentyű megfigyelésére is lehetőséget teremtett, de igazán jól csak a gyomor vizsgálatára lehetett használni. A duodenoszkóp azért készül oldalra tekintő optikával, hogy a viszonylag szűk nyombélben a bél redői között megbúvó *papillát* (az epe- és hasnyálmirigy-vezeték végét lévő kis billentyűt) is vizsgálni lehessen vele. Ezt a módszert csak a hatvanas évek végén fejlesztették ki (Japánban az első sikeres vizsgálat 1971-ben történt), így a készülék gyors beszerzésével Jászberény ezen a téren is lépéselőnyre tett szert. Hasonló volt a helyzet a Japánban először 1970-ben bemutatott korszerű kolonoszkóppal kapcsolatban, ami a vastagbél teljes átvizsgálására szolgált. Ezek a vizsgálatok is viszonylag korán elkezdődhettek Jászberényben!

1976-ban Figus doktor második alkalommal járt Japánban. A tanulmányút során egy speciális diagnosztikus és terápiás módszerrel ismerkedett meg, ami csak részben kapcsolódott az endoszkópiához. Az epeúti elzáródásokban alkalmazható módszer lényege az epeutak külső, hasfalon keresztül végzett punkciója volt. Az epeútba így kontrasztanyagot fecskendeztek be, diagnosztizálható volt az elzáródás jellege és szükség esetén egy drén behelyezésére volt lehetőség, ami az epe külső elfolyását tette lehetővé. A módszert Európában az elsők között, Magyarországon elsőként alkalmazta és számos magyarországi vezető gasztroenterológus Jászberényben szerezte az első tapasztalatait a PTCB (percutan transhepaticus cholangiographia + drainage) elnevezésű epeúti beavatkozással kapcsolatban.¹⁰

¹⁰ Jászberényi vonatkozású publikáció 1980-ban az Orvosi Hetilapban jelent meg először, majd szerkesztőségi felkérésre egy összefoglaló közlemény 1987-ben (Figus I.A., Detky B., Papp I., Bajza Y.: Percutan

Az újabb vizsgálómódszerek bevezetése révén, főként amikor az endoszkópos terápia került előtérbe, pl. polipok levétele, epeúti kövek eltávolítása, stb., a munka fő vonala az alkalmazott tudomány, a mesterség irányába fordult. Ebben az időszakban a jászberényi endoszkópos centrum nemcsak a Jászságot, hanem a környező régió egyes kórházait is ellátta, esetenként úgy, hogy az eszközt a vizsgáló orvos elvitte a másik intézménybe és ott vizsgálta meg vele a beteget. A kandidátusi értekezésben is említett, illetve a rendelkezésre álló dokumentumokból kitűnik, hogy a hetvenes évek közepén sorra születő együttműködési szerződések alapján mely kórházakkal és rendelőintézetekkel álltak szorosabb kapcsolatban.¹¹

Jászberényben került a világon elsőként bevezetésre az úgynevezett *nyitott endoszkópia*, melynek lényege, hogy endoszkópos diag-nosztikus vizsgálatra az alapellátás orvosa is küldhetett beteget, úgy, mint egy gyomor röntgen vizsgálatra. Ennek helyességét, főként fi-nanciális okok miatt, ma is vitatja a szakma. Ugyancsak a világ-irodalomban először alkalmazott módszer volt az úgynevezett indirekt gyomorrákszűrés, mikor egy 1534 fős falusi populációban (Jászfényszarun) a gyomornedv alkotórészeinek elemzésével szűrővizsgálati modellkísérletet végeztek a gyomorrákos esetek felderítése céljából. A kutató team külső tagja *Lakatos Béla* körzeti orvos volt.

A népszerűség, a szakmai hírnév és természetesen az egyedülállóan jó eszközös feltételek a betegvizsgálatok számának felduzzadását eredményezték. Hivatalosan a járóbetegek ellátására szolgáló szakrendelési idő napi két óra volt¹², ugyanakkor ténylegesen ennek a többszörösére volt igény. Az I. ábra a gasztroenterológiai szakrendelés forgalmát leginkább reprezentáló vizsgálatok évenkénti számát mutatja 1966-tól 1996-ig. A három évtized alatt összesen 196840 szakvizsgálat történt, ami meglehetősen magas szám, különösen, ha az ellátást végző orvosok számához viszonyítjuk. A diagram tanulmányozásakor megállapítható, hogy a betegforgalom az 1975. és 1985. között volt a legnagyobb. Ennek az lehet a magyarázata, hogy

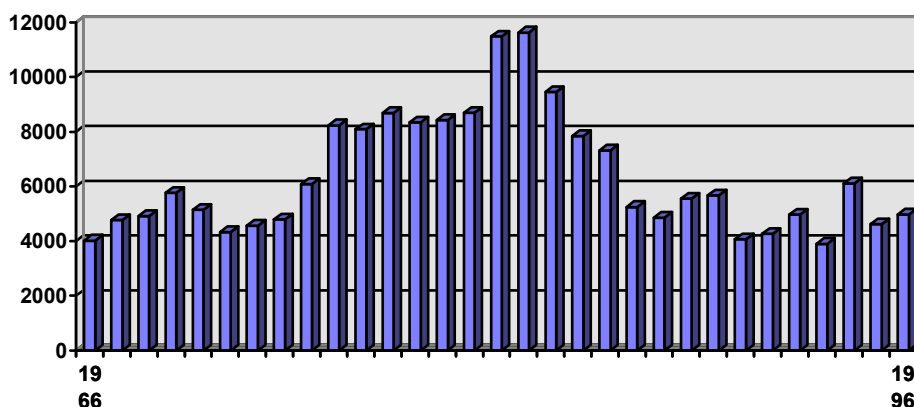
transzhepatikus cholangiodrenázs. Terápiás endoszkópia. Epeutak, vérzés, vérzéscsillapítás. Szerk.: Preisich Péter és Wittman István, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1987. 53-61 p.).

¹¹ A hivatalos iratokban az alábbi megnevezések találhatók: Szolnok, Hetényi Géza Kórház, Szolnok megyei Tudógyógyintézet, Karcagi kórház, Mezőtúri kórház, Egri megyei kórház, Hatvani kórház, Állami Gyógyintézet, Kékestető, Gyöngyösi kórház, Kecskeméti kórház, Salgótarjáni kórház, Pásztói kórház, Ceglédi kórház, Hevesi Rendelőintézet, Nagykátai Rendelőintézet

¹² A gasztroenterológiai szakrendelés hivatalos óraszama ma is összességében napi 2 óra !

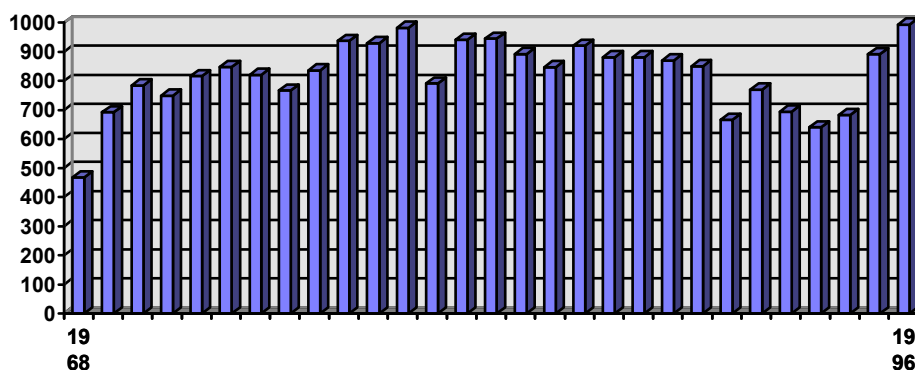
ebben az időszakban már a gasztroscopos (nyelőcső, gyomor), duodenoszkópos (epeutak, hasnyálmirigy), kolonoszkópos (vastagbél) vizsgálatokra egyaránt fogadókész volt Jászberény, olyan körülmények között, mikor a környező egészségügyi intézményekben még csak az endoszkópos diagnosztika kezdeti lépéseinél tartottak. Az 1981-ben és 1982-ben észlelhető kiugróan magas vizsgálati szám hasonló okokkal magyarázható, kiegészítve azzal a ténnyel, hogy Figus doktor igazgatói megbízatása 1980 június 30-ig tartott, ezt követően teljes munkaidőben a szakterületével foglalkozhatott.

I. ábra



A II. ábra A röntgen osztályhoz csatoltan elhelyezett 25 ágyas fekvőbeteg részleg betegforgalmát (az évente kezelt fekvőbetegek számát) mutatja 1968. március 25-től 1996. végéig.

II. ábra



Az ágykihasználtság a teljes időszak átlagában 81.2 %, az átlagos ápolási idő 8.2 nap volt. Ezek a paraméterek az országos ada-

tokhoz viszonyítva jónak mondhatók. A járóbetegek és a fekvőbetegek ellátását, az időigényes, bonyolult eszközös vizsgálatokat, a tudományos munkát, ugyanazon orvosi gárda végezte. Gyakran önmagát kizsákmányolva, nem napi nyolc órában, a pihenésre és a családra fordítható szabadidő rovására.

Figus doktor egy személyben volt a röntgen osztály és a gasztroenterológia vezetője. A beosztott orvosok tevékenységét tekintve a két szakterület munkája elkülönült, annak ellenére, hogy a diagnosztika során vannak kapcsolódási pontok (pl. az ERCP egyidejűleg endoszkópos és radiológiai módszer)¹³. A radiológusok időnként részt vettek a gasztroenterológiai ellátásban. Ez a kezdeti időkben közös viziteket, esetenként endoszkópos vizsgálatokat is jelentett, máskor a kongresszusok ideje alatti helyettesítésekről volt szó.

Egy osztály, részleg jó működése jó csapatmunkát és tiszta szervezeti viszonyokat feltételez. Ez utóbbi nem volt elmondható a jászberényi radiológiai-gasztroenterológiai osztályról. Magyarországon teljesen egyedi és sajátos volt a két szakterület összekapcsolása és egyszemélyben történő vezetése. Ezt Jászberényben valószínűleg csak az tette lehetővé, hogy Figus doktor, mint igazgató főorvos, a városi vezetés támogatásával önállóan döntött a kérdésben. Erről 1992-ben így ír: *"...Az akkori korszerű kivizsgálás röntgen, endoszkóp és patológus szakorvosok együttműködését követelte meg. Mint belgyógyász és röntgen szakorvos valamint a kórház igazgatója javaslatot tettem a megszűnő fertőző osztály ágyainak gasztroenterológiai profillá történő alakítására. Ezt a 20 ágyat tanácsi határozattal a rtg osztályhoz csatoltuk, valamint egy endoscopos vizsgálati lehetőséget hoztunk létre a Hűtőgépgyár által vásárolt száloptikás gastroscop segítségével. ...E gastroenterológiai osztályt tanácshatározat hozta*

¹³ A gasztroenterológia orvosai:

Figus I. Albert 1951.szept. 15. - 1994. jan. 24.(+)

Simon László 1968. ápr. 01. - 1980. júl. 31.

Salacz András 1978. 01.01. - 1979. 07. 12.

Radiológusok:

Bánki Gyula 1968.04.16. - 1982. 05.31.

Szabó Ilona 1972.08.01. - jelenleg is

létre, arra lehetőség, hogy az egészségügy létét elismerje, nem volt. Napilapban (Népszabadság) ugyan nyilatkozott az egészségügyi államtitkár, később miniszter, hogy Jászberényben gastroenterológiai centrumot kell létesíteni, azonban ez hivatalosan nem történt meg...."

A kialakított struktúra nem tette lehetővé hogy például a belgyógyász főorvos beleszólhasson a gasztroenterológiai ellátásba, holott a gasztroenterológia hivatalosan a belgyógyászat részét képezte. Akkoriban Magyarországon önálló gasztroenterológiai osztályok nem működtek, csupán az egyes belgyógyászati osztályok specializálódtak különböző szakterületekre. Figus főorvos osztályát nevezték az országban először "Gastroenterológia" - nak, amit a szakma fenntartásokkal, kényszeredetten, de elfogadott, viszont ennek hivatalos deklarálása soha nem történt meg. Figus doktor szakmai tekintélye, a tudományos életben betöltött szerepe kevés volt ahhoz, hogy Jászberényben önálló gasztroenterológiai osztály létesülhessen.

A hetvenes évek végén különös hangsúllyal vetődött fel a helyzet megoldásának szükségszerűsége. Valószínűleg a túlhajtott munkatempó, a mindenáron való bizonyítási vágy, a továbblépés igénye eredményezett az addigi jó munkakapcsolatokban diszharmóniát. A megoldással kapcsolatos elképzelések különbözhetek, másféle lehetett a vezető és más a beosztott útkeresése. 1980-ban lezárult kettőjük 12 évig tartó tudományos együttműködése. Ebben az évben Figus doktor teljesítményével részt vett a Magyar Televízió országos nézettségű "Siker 1980" című műsorában, ami népszerűségében megerősítette. Lemondva igazgatói megbízatásáról, az Egészségügyi Minisztérium, illetve a megyei Tanács egyetértésével folytathatta osztályvezetői munkáját. Egy hónappal később Simon doktor a szekszárdi kórház belgyógyászati osztályára osztályvezető főorvosi kinevezést nyert.

A jászberényi gasztroenterológia a gyakorlatban igazolta, hogy a gyomorrák korai állapotban diagnosztizálható és ebben a szakaszban a gyógyulási esély jó. A különböző rákelőző állapotokkal kapcsolatos gondozási munka eredményezte, hogy az operált gyomorrákos betegek között a korai rákok aránya és az operált betegek túlélési aránya Jászberényben lett a legmagasabb. Ez önmagában igazolta a gasztroenterológiai tevékenység létjogosultságát.

1980 - 1994

1980-tól a gasztroenterológia munkájában továbbra is a következő tényezők domináltak: a fekvőbetegek ellátása, a szakrendelés, ezen belül a gondozás, a diagnosztikus és terápiás endoszkópos tevékenység, a tudományos munka. A változatlan működési rendben megtartott 25 ágyas fekvőbeteg részlegén belgyógyászati jellegű ellátás folyt, elsősorban az emésztőszervi diagnosztikára helyezve a hangsúlyt. A kórházi statisztika szerint az ágyszám hivatalosan a belgyógyászati ágyak részét képezte. Az orvosi létszámot a főorvos (Figus doktor) és két beosztott orvos (Papp Ilona, Bajza Yvonne) jelentette. Papp doktornő belgyógyászati gyakorlat után 1980-ban került a részlegre, majd 1988-ban az Országos Onkológiai Intézetbe távozott. Bajza doktornő kórházi alkalmazása 1984. végéig tartott, az ő megüresedett helyét foglalta el, ugyancsak belgyógyászati gyakorlatot követően, Vitéz Ágnes. Később átmenetileg a részlegén dolgozott Kakszi Ildikó és Ördög László, majd 1990-től Gáll János, 1994-től Zsólyomi Katalin lett a gasztroenterológiai team tagja. Továbbra is számos orvos látogatta az osztályt szakmai gyakorlat szerzése céljából. Az elért eredményeknek és az itt végzett munka színvonalának köszönhetően az Országos Szakképesítő Bizottság a gasztroenterológus képzés centrumának fogadta el Jászberényt. Figus doktornak a szakorvosképzésben betöltött szerepe azáltal is elismerést nyert, hogy rendszeresen meghívást kapott a gasztroenterológiai szakvizsgákra mint vizsgabizottsági tag.

"...Úgy gondolom, szervezési kérdésekbe nem érdemes belebonyolódnom, mivel ezek a kérdések többszöri próbálkozás után is megoldhatatlannak tűnnek. .." - írta Figus főorvos az 1982-dik évi beszámolójában. Ez a pesszimizmus rányomta a bélyegét a további munkára. Többször foglalkozott a távozás gondolatával. A nyolcvanas évek közepén több budapesti kórház osztályvezető főorvosi állását is megpályázta, de valószínűleg annak köszönhetően, hogy közel járt a nyugdíjas korhatárhoz (1987-ben 60 éves), nem járt sikerrel. Az Országos Onkológiai Intézetben mellékálláshoz jutott, részt vett a vastagbélrákkal kapcsolatos haemocult szűrési program kidolgo-

zásában (módszer a székletben nyomokban lévő vér kimutatására) és az intézetben az endoszkópos labor munkáját irányította. Mivel úgy ítélte meg, hogy Jászberényben az előrelépés további feltételei hiányoznak, 1988-ban az ő javaslatára és segítségével került Papp doktornő az Onkológiai Intézetbe, ahol Magyarországon elsőként foglalkozhatott az endoszkópos ultrahang diagnosztikával. A módszer az emésztőszervi diagnosztikában nagy előrelépést jelentett, mivel a látható endoszkópos kép mellett, a műszer testüregbe juttatott végén lévő ultrahang fej lehetőséget teremt a nyálkahártya mélységi vizsgálatára. Ez a korai elváltozások és a nyálkahártya alatti képletek kórismézésében forradalmi változást jelentett. A kapcsolat eredményeként a jászberényi betegek endoszkópos ultrahang lehetőséghez jutottak.

Figus doktor eredetileg azt szeretete volna, ha az endoszkópos ultrahang diagnosztika Jászberényben honosodik meg. Ám a gazdasági helyzet romlásával az anyagi források elapadtak, időnként kisebb tartozékok és a műszerjavítások kifizetése is nehézséget jelentett. Az előrelépés másik lehetősége, az endoszkópos lézer technika bevezetése is megghiúsult. Bár 1982-től 1987-ig az elöregedett készülékek pótlására több endoszkóp is beszerzésére került, a nyolcvanas évek végén, a kilencvenes évek elején, mikor Magyarországon a legkor-szerűbbnek számító video-endoszkópok megjelentek, néhány környező kórházban hamarabb rendelkezésre állt a video-rendszer, mint az endoszkópos centrumnak számító Jászberényben!¹⁴

Az előzőekben említett műszervásárlásokon túl fontos megemlíteni, hogy 1984-ben a sürgősségi endoszkópos ellátás színvonala nagy mértékben javult az ACM BICAP elektrokoagulációs rendszer beszerzésével. A vérzéscsillapítást az endoszkóp munkacsatornáján át bevezetett bipoláris elektro-szonda hőhatása biztosítja. Számos gyomorvérző beteg ennek a műszernek köszönheti a magas rizikójú műtét elkerülését. A nyolcvanas évek végén és a kilencvenes évek elején fontos tartozékok beszerzésével javultak a

¹⁴ A lista részletezve: 1982: CF-IBW kolonoszkóp, GFB-3 gasztroszkóp, GIF D4 gasztroszkóp, TCF-1S szigmoidoszkóp, 1986: CF 10 I kolonoszkóp, 1987: GIF IT 10 gasztroszkóp, GIF Q 20 gasztroszkóp, JF IT 10 duodenoszkóp, CF 10 I kolonoszkóp, 1992: GIF 100 video-gasztroszkóp, CF 100 video-kolonoszkóp, JF 100 video-duodenoszkóp

terápiás ERCP feltételei. 1992-ben az endoszkópok tisztítására és sterilizálására korszerű berendezéseket kapott a részleg, részben a video-endoscophoz csatolt ajándékként.

Figus doktor és munkatársai a részleg területi feladatában alapvetőnek tartották a morbiditási viszonyok figyelemmel kísérését. A legfontosabb feladatnak a rosszindulatú daganatok időben történő felismerését, a "veszélyeztetett" betegek ellenőrzését tartották. A morbiditási adatokat figyelve, kifejezett emelkedést találtak a vastagbél daganatos megbetegedéseinek számában, míg a gyomorrákos esetek száma csökkenni látszott. A tápcsatornai daganatok vonatkozásában a szűrővizsgálatokat és a megbízható információs értékű endoszkópos diagnosztikát továbbra is meghatározó jelentőségűnek gondolták.

A tudományos tevékenységgel kapcsolatos szempontokat ugyancsak az 1982-dik évi jelentésből idézem:

1./ Az Észet-magyar együttműködés keretében az intragastricus betegségek gondozása.

2./ A gyomordysplasiák biokémiai és patológiai gyakorlati munkatervének kidolgozása és végzése.

3./ Az epeműtöttek colon betegségeinek ellenőrzése.

4./ Colonszűrési modellek kivitele az Országos Onkológiai Intézettel és a SZOTE I. sz. Belgyógyászati klinikájával karöltve.

5./ Pancreas munkacsoport kiépítése a DOTE-val.

6./ A Gasztroenterológiai Társaság munkaprogramjának megfelelő nemzetközi kapcsolatok kiépítése.

7./ Gyógyszer kipróbálás."

Kórházunk könyvtárosa összegyűjtötte a Figus doktor és munkatársai nevéhez fűződő közlemények jegyzékét. Míg 1980-ig 105 közlemény jelent meg, többségük Simon doktor közreműködésével, az ezt követő időszakban 1993-ig 24, ebből nyolc idegen nyelven.¹⁵ A különböző fórumokon, rendezvényeken, hazai és külföldi kongresszusokon tartott előadásai száma jóval több volt. Többek között szerepeltek a négy évente megrendezésre kerülő gasztroenterológiai

¹⁵ A főbb témák: endoscopos polypectomia (1983), gyomorrákos betegek szűrése és követése (1984, 1988), gyógyszerkipróbálás (1985, 1986), vastagbél-tükrözéssel kapcsolatos kérdések (1985, 1986), endoszkópos vérzéscsillapítás (1986), vastagbélrák szűrése (1986), gyomornyálkahártya dysplasiája (1986, 1987, 1992), nemzetközi együttműködés jelentősége orvosi témákban (1988), gyomorműtét utáni tápcsatornai daganatok (1989), a felső tápcsatorna gombás elváltozásai (1990), a nyelőcső és a gyomor endoszkópos ultrahang vizsgálatai (1991, 1992, 1993).

világkongresszusokon és 1987-ben a Budapesten megrendezésre kerülő 14. Nemzetközi Onkológiai Kongresszuson. A Magyar Gasztroenterológiai Társaság gyűlésein Figus doktor kétszer vezetett kerekasztal konferenciát. 1991-ben elnyerte az egyik legrangosabb hazai gasztroenterológiai kitüntetést, a PRO OPTIMO MERITO IN GASTROENTEROLOGIA emlékérmet. Ebben az évben kapja meg a Megyei Közgyűlés határozata értelmében a Jász-Nagykun-Szolnok Megyéért Díjat.¹⁶

A részleg munkája a korábbi években kialakult rend szerint folyt tovább. Az ambuláns betegforgalommal és a fekvőbeteg forgalommal kapcsolatos adatok a korábban bemutatott diagramokról leolvashatók. Az orvosok túlterheltsége különösen az ambuláns betegek ellátásánál volt nyilvánvaló. A járóbeteg rendelés hivatalosan 8-tól 10 óráig tartott, ezzel szemben a két rendelőhelyiségben, ami egyben endoszkópos labor is volt, gyakorlatilag összességében napi 10 órás rendelés is folyt. Annak ellenére, hogy az ellentmondás nyilvánvalónak látszott és ezek a tények a szakfőorvosnak küldött évenkénti jelentésekben is közlésre kerültek, semmi nem változott. Sem a centrum-jelleg emelt óraszámú történő elismerése, sem a finanszírozás kérdése nem oldódott meg.

A nyolcvanas évek közepén a jászberényi gasztroenterológia még számíthatott a hűtőgépgyári segítségre, de a gazdasági helyzet romlása már érezhető volt. 1983-84-ben erőteljes próbálkozások történtek harmadik fél bevonására. A cél a jászberényi kórház, a Hűtőgépgyár és a MEDICOR Művek háromoldalú együttműködési szerződése lett volna. Az eredeti elképzelések szerint, a jászberényi gasztroenterológia referencia munkahelyeként részt vett volna az endoszkópia orvostechnikai követelményeinek a kidolgozásában, tesztelte volna a MEDICOR készülékeit, amihez a Hűtőgépgyár szakmai segítséget nyújtott volna a hűtéstechnikai problémák megoldásával. A Gorjanc Ignác vezérigazgató (aki a szervezést, mint az Ipari Bizottság elnöke koordinálta) aláírásával is ellátott emlékeztetőben, 1984-ben, a következő olvasható: *"...Az egészségügy az adott keretből évenként vásárol új eszközöket, ez azonban kevés a korszerű betegellátáshoz. Iparvállalataink (MEDICOR, MOM)*

¹⁶ Ezzel kapcsolatban exkluzív interjú jelent meg a Jászkürt 1991. szeptember 14-i számában.

segítségét kérjük a beszerzési lehetőségek javításához. Ma nem látszik reálisnak a hazai endoscop gyártás programba vétele. Az iparvállalataink azonban vizsgálják meg a kooperációs lehetőségeket...". Az elképzelések az együttműködési keretszerződés tervezetéig jutottak, majd 1984 végén véglegesen megghiúsultak.

Figus főorvos levelezésében, a nyolcvanas évek végén, rendszeresen visszatérő kérdések voltak: *"...Szükséges-e fenntartani az osztályt ?, Fenntartásának anyagi lehetőségeit tudjuk-e biztosítani ?, Milyen szintű gasztroenterológiai ellátást kívánunk Jászberényben nyújtani ?...". Javasolataival rendszeresen megkereste az illetékeseket: "...Véleményem szerint ...a gasztroenterológiai munkásságom tradíciót teremtett Jászberényben a gasztroenterológiai munkára. A magam részéről javaslom, hogy az endoszkópos műszerbeszerzés anyagi lehetőségét az Önkormányzat vizsgálja meg és részben új műszerbeszerzéssel, részben az eddig kialakult kollaborációk bővítésével biztosítsa a korszerű gasztroenterológiai ellátást. A Népjóléti Minisztérium irányelveinek megfelelően az osztály preventív munkavégzését fokozni kell, és ezért célszerű volna gasztroenterológiai gondozó létrehozása....Ma is tényként állapítom meg, hogy az endoszkópos laboratórium az ország legforgalmasabb laborjai közé tartozik, s a személyi ellátottság az országban nálunk a legalacsonyabb....Az endoszkópos szakambulancia létszámát...feltétlenül emelni kell..."¹⁷*

"... A modern műszerek (UH gastroscop, video endoscop, laser) hiányoznak eszköztárunkból. Ha az osztály működését magasabb szinten kívánjuk fenntartani, akkor ezek beszerzésére lépéseket kell tennünk. Amennyiben erre nem lesz lehetőségünk, a magam részéről nem kívánok a halódó osztály vezetőjeként dolgozni..."¹⁸

A megye lakossága egészségvédelmének társadalmi, szakmai programjához részletes javaslatot írt a vastagbélrák szűrésével és gondozásával kapcsolatban. Nem tudta elfogadni azt a tényt, hogy az emésztőszervi daganatok szűrése és gondozása vonatkozásában az onkológiai gondozó hálózatok lehetőségei igen korlátozottak. Míg a nőgyógyászati rákszűrés, a tbc és tüdőrák szűrése jól szervezett, a daganatos betegek több, mint egyharmadát, közel felét sújtó gasztroenterológiai daganatok szűrése nem megoldott. A kör bezárulása, hogy

¹⁷ Idézetek az 1990-dik évi főorvosi beszámolóiból.

¹⁸ Idézet a Polgármesteri Hivatalnak 1990-ben írt levélből.

az emésztőszervi daganatos betegek gondozását hivatalosan a gasztroenterológiai szakrendelés sem végezhetné, mivel a szakellátás finanszírozása erre nem terjed ki. A gondozási munka létszám és műszerigényes. Ahol folyik, ott a lelkesedés tartja fenn. Szervezett körülmények között lenne hatékonyabb.

Érdekes színfolt volt a Tallini Onkológiai Intézettel kialakított együttműködés. A talliniak elsősorban a jászberényi tapasztalatok alapján gasztroenterológiai gondozócentrumot hoztak létre Wiirmaa doktor vezetésével. Közös meghatározták az orvosi team-ek tagjait, a gondozás feltételeit és irányait, az egyes betegségek ellátásával kapcsolatos metódusokat. Közös közlemények születtek, értesítették egymást a kölcsönös érdeklődésre számot tartó rendezvényekről és cserelátogatások történtek. A kapcsolat néhány éven át volt aktív.

Meg kell említeni, hogy a környező egészségügyi intézményekkel történt korábbi együttműködési megállapodások továbbra is éltek, ezek felbontására a későbbiekben sem került sor, csupán az újabb endoszkópos munkahelyek létesítése következtében kevesebb területen kívüli beteg érkezett Jászberénybe. 1992-ben felmerült az igény új típusú kórházközi kapcsolatok kialakítására. A gyöngyösi, hatvani, pásztói és a jászberényi kórházak közötti tervezett együttműködésről történtek megbeszélések. Ezen belül Figus doktor a gasztroenterológiai munka vonatkozásában modell értékű gasztroenterológiai gondozóintézet létrehozását javasolta jászberényi székhellyel. Az intézet feladata a gasztroenterológiai rákelőző állapotok, a rizikócsoporthoz tartozók felkutatása, kezelése, gondozása lett volna. Külön részleget javasolt a nyelőcső-gyomor, a vastagbél, a máj és epeúti, a hasnyálmirigy betegek gondozására, a sebészeti, kórbonctani, radiológiai, laboratóriumi szakmákkal való kollaboráció kialakításával. A gondozó szakmai vezetőjének a jászberényi kórház gasztroenterológus főorvosát javasolta, míg a szakmai irányítást a négy kórház gasztroenterológiai osztályainak vezetőiből álló tanács végezte volna. Az elképzelés ötlet maradt. Írásában megemlíti: *"...Nagy probléma a kialakítandó együttműködésnél az emberi, szubjektív oldal. Nehezen tudom elképzelni, hogy a kórházaink önként átalakítanak eddigi profiljukat..."*.

1992-ben alapvető változást hozott, hogy a radiológiai osztály és a gasztroenterológia szétvált.¹⁹ A gasztroenterológia 24 ágygal és sajátos elnevezéssel, mint a Jászberényi Erzsébet Kórház Önálló Gasztroenterológiai Részlege, a rendelőintézeti épület korszerűen felújított első emeletére költözött. A korábbi elhelyezés körülményeivel szemben összehasonlíthatatlanul jobbak lettek a betegellátás feltételei. Az izléseken kialakított, jól felszerelt, a rendezettség és tisztaság benyomását keltő épületrészt a betegek hamar megkedvelték.

1992-ben és 1993-ban a gasztroenterológiai perspektíváit rontotta Figus főorvos súlyosbodó betegsége. Betegen, 66 éves korában is ragaszkodott a munkájához, ez jelentette számára az élethez való kapaszkodót. Személyesen hallottam tőle, hogy addig él, amíg dolgozhat. Érezte, de nem vette tudomásul, nem fogadta el teljesítménye drámai csökkenését, ami egyes nehéz endoszkópos vizsgálatok során már észrevehető volt. 66 éves korában, 1993 szeptemberében kapta meg az értesítést a közalkalmazotti jogviszonyának 1994. május 31-i hatállyal történő megszűnéséről. 1994. január 24-én hunyt el. Ravatalánál *Magyar Levente* polgármester az orvostól és a város 1986-ban megválasztott díszpolgárától búcsuzott, aki hozzájárult Jászberény hírnevének és tekintélyének emeléséhez.

A mai helyzetről

19

Figus főorvos mellett a gasztroenterológia orvosai voltak 1980. és 1994. között:

Papp Ilona	1980. 08. 01. - 1988. 09. 30.
Bajza Yvonne	1982. 09. 01. - 1985. 01. 01.
Kakszi Ildikó	1992. 10. 01. - 1993. 05. 31.
Ördög László	1988. 10. 24. - 1990. 05. 20.
Vitéz Ágnes	1984. 04. 18. - jelenleg is
Gáll János	1990. máj. 15. - jelenleg is

Radiológusok:

Bánki Gyula	1968.04.16. - 1982. 05. 31.
Szabó Ilona	1972.08.01. - jelenleg is
Debreceni Livia	1983.08.16. - 1987. 10. 14.
Zsindely Tünde	1983. 10. 01. - 1986. 08. 31.
Donkó Margit	1987. 01. 16. - jelenleg is
Gyárfás Eszter	1987. 09. 21. - jelenleg a radiológia osztályvezető főorvosa

Az első endoszkópos asszisztens *Bacsa Ferencné* volt, később nyugdíjasként is a részlegen dolgozott. *Bathó Erzsébet* 1980-tól, *Vargáné Gyurkó Ágnes* 1987-től, *Magyari Ildikó* 1995-től lát el asszisztensi feladatokat. A fekvőbeteg részlegen az első főnővér 1968. és 1973. között ugyancsak Bacsa Ferencné volt, majd 1973. és 1984. között *Bobák Béláné*, 1984-től *Móra Sándorné*.

Az egészségügyi ellátás, ezen belül a gasztroenterológiai ellátás színvonala a múltban döntően anyagi kérdés volt és most is az. Tiszteletre méltóak azok a régi belgyógyászok, akik a betegágy melletti tapasztalataik, megszerzett rutinjuk révén diagnosztizáltak betegségeket, majd bátran vállalták az empirikus (tapasztalati tényezőkön alapuló) és az ex juvantibus (a gyógyszer hatékonysága igazolja a kórt) jellegű terápia felelősségét. Az elméleti tudás, a gyakorlati tapasztalat és rutin ma is igen fontos, de a medicina fejlődése, a diagnosztikus hatékonyságunk javulása "helyettünk látó" korszerű orvosi műszerek alkalmazása nélkül nem lehetséges. Napjainkban egy orvosi tevékenység vagy képes eltartania önmagát, vagy támogatottságot élvez. Szükség esetén erre a támogatásra leginkább az alapszakmák pályázhatnak és azok a szakterületek, amelyek működését az egészségügyi intézmény, vagy az önkormányzat feltétlenül meg kívánja őrizni.

Ma is léteznek mecénások, önzetlenül, vagy különböző érdekekből támogatók. Az utóbbi években segítségükkel jutott a Gasztroenterológiai Részleg új bútorokhoz, számítógépekhez, programokhoz, fénymásolóhoz, a betegek és a dolgozók kényelmét szolgáló berendezési tárgyakhoz, hogy csak a fontosabbakat említsem. A támogatók közül ki kell emelni *Petró Tibort*, a jászberényi székhelyű Célgépterv Kereskedelmi és Mérnöki Iroda igazgatóját. A külső segítségeken túl a munkánkkal és a javuló munkakörülményeinkkel kapcsolatos legfontosabb tényező, hogy *Jakus Zoltán* igazgató főorvos és a kórház vezetése a szűkös anyagi keretek ellenére biztosítja és szemléletével támogatja a gasztroenterológiai munkacsoport tevékenységét.²⁰ Mindezekkel együtt tény, hogy új endoszkópot 1992-óta nem kaptunk, a használható készülékeink rendszeresen javításra szorulnak. Az endoszkópos tartozékokkal való ellátottságunk megfelelő. 1996-ban bizonyos vékonybél betegségek diagnosztikájában használható, hiányt pótló műszerhez jutottunk (Hidrogén kilégzési teszt), 1997-ben pedig

²⁰ 1997-ben a gasztroenterológiai részleg, a kapcsolódó szakrendelés és endoszkópos laboratórium orvosai: *Kazsuba Attila* vezető főorvos, belgyógyász-gasztroenterológus szakorvos, a kórházi Tudományos Bizottság titkára, *Vitéz Ágnes* adjunktus, belgyógyász-gasztroenterológus szakorvos, *Gáll János* belgyógyász szakorvos, gasztroenterológus szakorvosjelölt, *Zsolyomi Katalin* belgyógyász szakorvos (1994. 02. 01. - től 1994. júliusáig dolgozott, azóta táppénzen, majd GYED-en van).

részben kórházi keretből, részben szponzori adományokból sikerült fejlesztenünk a számítógépes lehetőségeinket.

1995-ben több éves szünet után újjáalakult a kórházi Tudományos Bizottság. Az első jelentősebb rendezvény 1995. szeptemberében a gyulladós bélbetegségekkel kapcsolatos Falk szimpózium volt. 1996. október 18-án került sor a Magyar Onkológusok Társasága Dél- és Északkelet-magyarországi Tagozatával közösen rendezett tudományos továbbképző konferenciára, melyen 17 meghívott előadó és mindkét helyi gasztroenterológus szerepelt. Az ülésen a diagnosztikától a terápián át a gondozásig a vastagbélrákkal kapcsolatos kérdéseket tárgyaltuk. A számos gyógyszergyár és helyi cég által szponzorált, jelentős szakmai sikert aratott rendezvényen 11 megye és a főváros több, mint másfélszáz szakembere vett részt. Az emésztőszervi betegségekkel kapcsolatos témák közül kiemelést érdemel még a tápcsatornai vérzésekkel, a funkcionális rendellenességekkel, az akut és krónikus hasnyálmirigy gyulladással kapcsolatos tudományos ülés.

Ezeken a rendezvényeken túl a gasztroenterológusok még az alapellátás orvosai számára szervezett üléseken és különböző regionális (Hatvan, Gyöngyös, Szolnok) és országos (Pécs, Balatonaliga) rendezvényeken szerepeltek. A Magyar Gasztroenterológiai Társaság éves nagygyűléseire a tápcsatorna jóindulatú és rosszindulatú daganatai, a hasüregi vérkeringési zavarok, a rákmegelőző állapotok, az endoszkópos terápia témakörében 1994-től 1997-ig nyolc bejelentett előadás közül valamennyi elfogadásra került. Ebben az időszakban a gasztroenterológián dolgozó 3 orvos összesen 22 előadás tartott különböző tudományos rendezvényeken, többségükben az endoszkópos tevékenységhez kapcsolódó kutatási témáikkal kapcsolatban. Ezek a témák a tápcsatorna daganatos és gyulladós betegségeit elemző vizsgálatok, a terápiás endoszkópia metodikai kérdései, tanulságos esetek feldolgozásai. Felkérésre három készítménnyel kapcsolatban úgynevezett gyógyszerhatástani vizsgálatok történtek.

Napjainkban a hagyományos típusú megfigyelésekkel és elemzésekkel a tudományban nehéz újat mondani. A különböző típusú megbetegedésekkel kapcsolatban a munka súlya a sejtbiológiai vizsgálatok irányába tolódott el. A speciális technikákkal és legújabb metodikákkal kapcsolatos hozzáférhetőség miatt ma

sokkal fontosabb, mint régen, az intézetek közötti kooperáció, ennek lehetőségeit továbbra is keressük.

Ma az egészségügyben számos területen a fejlesztést és a leépítést, az előre, vagy hátra történő lépéseket könnyörtelenül eldöntő tényező a finanszírozás kérdése. A szabályzók megváltoztak és folyamatosan változnak. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) a megállapított pontértékekkel - jól, vagy többségében rosszul - az elvégzett tevékenységet, a teljesítményt díjazza, annak teljesítést követően. Ebből kell gazdálkodni, életben maradni. Nehezíti a helyzetünket, hogy a működtetési költségek műszervásárlásra nem fordíthatók és az OEP a műszerek amortizációját sem téríti.

Talán a legfontosabb és a lakosság körében legkevésbé ismert tény, hogy 1997-ben a gyógyítás szakmai minimumfeltételeinek meghatározásánál a gasztroenterológia teljes egészében kimaradt a felsorolásból. Egyéb társszakmákkal ellentétben, sem a gasztroenterológiai fekvőbeteg-, sem a járóbeteg-ellátás vonatkozásában nem meghatározott, hogy mik azok a személyi és tárgyi feltételek amik mellett gasztroenterológiai tevékenységet szabad végezni. Ez egy nagyon szomorú helyzet és áldatlan állapot, különösen a legújabb statisztikai adatok ismeretében. A tápcsatornai daganatos megbetegedések száma növekszik, egyre több betegnek lenne szüksége a korai endoszkópos diagnosztikára. Bár a tudomány erőltetett tempóban kutatja azokat a lehetséges módszereket, amelyek segítségével un. *non invasiv*, tehát bonyolult műszeres beavatkozás nélküli diagnosztikus lehetőséghez juthatnánk, a biztató kísérletek ellenére a tápcsatornai daganatok korai felismerése elsősorban az invazív endoszkópos diagnosztika és terápia alkalmazásán múlik (pl. polipok, korai stádiumban lévő rákok eltávolítása). A daganatos betegségekkel kap-csolatban a jászberényi példa már igazolta, hogy a rosszindulatú betegségek kialakulására hajlamosító állapotok felderítése és a betegek gondozása jó eredményekkel jár.

Mindezek ismeretében a Jászság kétféle döntés előtt áll: a műszervásárlásra fordítható anyagi keret hiányában vagy megszünteti az önkormányzati kórházban ezt a fajta tevékenységet, vagy elfogadva a modern egészségügyi ellátásban betöltött pozitív szerepét, mégis támogatja a Gasztroenterológia Részleget.