



A klinikaépítő idegsebész

Dr. Bodosi Mihály tíz éve Szegeden



válnia; mert ha nem, félt, hogy a beidegződések szerint jár el, elkényelmesedik.

– **Kényelmességről itt valóban szó sem lehetett. Szinte az ideérkezése után azonnal, Magyarországon először és Európában is az első között kezdték meg az ún. SPECT-vizsgálatokat és olyan műtéteket is végeztek, amelyeket azelőtt nem lehetett Szegeden elvégezni.**

– Sok egyebet is be kellett vezetni, mert bár egyáltalán nem volt előzmények nélküli Szegeden az idegsebészet, mégiscsak akkor önállósodott. Arról a klinikáról jöttem, ahol Magyarországon elsőként vezették be a mikroszkóppal történő műtéti beavatkozást. Természetes, hogy azután

Szegeden is mikroszkópot használtam,

amelynek sok előnye van: finomabbá válik a beavatkozás, nem szükséges az agyállomány jelentős elmozdítása ahhoz, hogy megfelelően látható legyen az elváltozás és jobban meg is lehet ítélni az egyes képleteket. Vannak olyan műtétek, amelyek mikroszkóp használata nélkül egyáltalán nem is végezhetők el. Folytattam az ún. rekonstruktív agyi érsebészetet és ezzel kapcsolatban részint a Radiológiai Klinikával, másrészt a Csernay László professzor által vezetett Izotópdiaosztikai Laboratóriummal együttműködve egy kutatásozrot tudtunk megindítani, a SPECT-vizsgálatokat. A computer-tomográf-ral végezhető agyi rétegvizsgálatoknak, a Csernay professzor által kifejlesztett Európa hírű izotópdiaosztikai módszereknek az alkalmazásával olyan új és értékes információkhoz jutottunk, amelyek a gyógyítást és a kutatást is előre vitték.

– **Részt vett abban a páratlan, az egész világra kiterjedő szakmai felmérésben, amelynek az volt a végkövetkeztetése, hogy bizonyos agyi vérke-**

„A Bodosi műtötte...” – mondják egymásnak az emberek, s mindenki tisztában van a szavak jelentésével: a beteg a lehető legjobb kezekben volt, mindent megtettek érte, amit tudománnyal, tapasztalattal, törődéssel meg lehet tenni. Dr. Bodosi Mihály idegsebész professzor egy évtizeddel ezelőtt, az éppen akkor felújított pécsi klinikáról érkezett Szegedre: az itteni II-es számú Sebészeti Klinikát akkor nevezték el Idegsebészeti Klinikának – és már „csak” annyi volt hátra, hogy új igazgatója irányításával a működése is feleljen meg a névnek. Azután meg „csak” fel kellett építeni és berendezni az épületét, az új klinikát... Mindezekon kívül a röpke évtized alatt az is megtörtént, hogy a professzor neve fogalommal vált: a szegediek határozott névelővel használják. Mindenki tudja, kicsoda „a” Bodosi.

ringési zavarok esetén nem a sebészi beavatkozás, hanem a gyógyszeres kezelés javallott. Mégis végez ilyen műtéteket. Miért?

– Ha elzáródott a nyaki verőér, azt már nem lehet többé kítakarítani. Sok esetben a mögötte lévő terület kaphat ugyan annyi vért, hogy az idegsejtek életképesek maradnak, de annyit nem, hogy a funkcióikat is betölthessék. A 60-as években kezdtek el ún. megkerülő érműtéteket végezni. Az a lényege, hogy a fejbőrt vérrrel ellátó eret használjuk föl arra, hogy – megkerülve az elzáródást – közvetlenül juttassunk vért a vérszegénységen maradt agyi területre. Vagyis mesterségesen hozunk létre egy kiegészítő keringési rendszert és ezzel az idegi funkciók folyamatos leépülését megakadályozzuk. Természetesen tiszteltlem a nagyszabású vizsgálat következtetését, mégis operálok, mert az én eredményeimről a világra kiterjedő vizsgálat kanadai központja is azt mutatta ki, hogy eltérőek a többségtől.

– **Ha professzor úr operál, akkor minden rendben, de ha más lenne a sebész, akkor inkább maradjunk a gyógyszerek-nél?**

– Nem pontosan ez a helyzet. Ez a nemzetközi vizsgálat volt az első, amely napvilágra hozta, hogy a keringési zavarokra vonatkozóan nem lehet az egész világra kiterjedő felmérést végezni. Egész más típusú megbetegedést idéz elő az

érelmeszesedés az USA-ban, mint például Japánban. Míg nálunk, Amerikában, vagy Nyugat-Európában típusos megbetegedés a nyaki főverőér elzáródása és nagyon ritka a középső agyi verőér, Japánban ez pont fordítva van. A vizsgálatok éveig tartottak, hiszen a betegek megfigyelését is előírták; a második évben ki kellett zárni a részvevők közül a keletieket, az ún. japán rasszhoz tartozókat. Csakhogy az én betegeim is másként reagáltak, mint az amerikaiak, vagy a nyugat-európaiak. Még pikánsabb a dolog, ha tudjuk, hogy az ún. moya-moya betegség – a nyaki főverőér koponya-űrön belüli szakaszának eddig még ismeretlen eredetű elzáródása, amely fokozatosan átterjed az első és középső agyi verőerek kezdetére is – Japánban, Kínában, a Távol-Keleten meglehetősen gyakori. Nos, Európában

én operáltam a legtöbb moya-moya beteget,

ami azt jelenti, hogy bár korántsem olyan arányban, mint Keleten, de a többi európai országhoz viszonyítva Magyarországon gyakoribb ez a megbetegedés. A legnagyobb ilyen operált beteganyaga a SZOTE-nak van.

– **Újabb bizonyíték arra, hogy őseink a keleti sztyeppéken voltak honn?**

– A nyelvészek kutatásai, meg a gulyás főzési technikája mellett... De még

nincs vége: egy norvég barátommal csináltunk egy felmérést; kiderült, hogy az a kevés Svédországban és Norvégiában élő ember, akik moya-moya betegségben szenvedtek, egytől egyig finnek voltak.

– **Abban, hogy a magyarországi sebészi eredmények jobbakk voltak, mint a gyógyszeres kezelési eredmények, a betegek finn-ugor eredete mellett azért számíthatott az is, hogy ki operált...**

– Valóban nem mindegy, ki milyen műtéti technikával dolgozik, mennyi a gyakorlata, hogyan tudja a beteget előkészíteni, mennyire pihent, milyen az altatás minősége, a műtő hőmérséklete, a társaság hangulata és még sok más tényező is számít. Sebész és sebész között óriási különbségek lehetnek. Talán az egyik legfontosabb követelmény, hogy az egyszerű megszerzett készségeket az ember állandóan szinten tartsa. Ez csak állandó gyakorlással sikerülhet. Mire számíthat az a zongorista, aki a koncertek között nem gyakorol?

– **Kifütyülük. De a beteg akkor is meghalhat, ha a műtét sikerül. Nem nyomasztja néha a felelősség?**

– Egyfajta egészséges szorongásra minden műtét előtt szükség van. A feszültség a teljes erőbedobást igénylő teljesítményekhez nélkülözhetetlen. Rutin kérdése, ki mennyire tudja ezt viselni. De

a valódi felelősségem abban áll, hogy a lehető legfelkészültebben álljak oda

a műtőasztalhoz. A sebész nem úgy rajtol, mint egy ügyességi autóversenyző, aki lezárt borítékban kapja meg a feladatot. A sebész hosszú évek tapasztalata, óriási rutin, a legmagasabb szintű szakmai tájékozottság birtokában is minden egyes műtetre úgy készül fel, mint egy tanuló a vizsgára: előre végiggondolja és leírja, hogy melyek az egymást követő lépések, milyen veszélyállapotok lehetségesek, mit tesz a megelőzésükre, illetve hogyan hárítja el, ha mégis bekövetkeznek. Nem érhet meglepetés.

– **A 10–14 órás műtét alatt? Egyáltalán: hogyan lehet ezt fizikailag kibírni?**

– Minden megszűnik körülöttem. Egyszerűen nem érzékelem a külvilágot. Mivel nincs két egyforma ember, nincs két egyforma betegségfajta – nincs két egyforma műtét sem. Akármekkora a rutinom, mindig azzal a tudattal dolgozom: X.Y. életét fenyegeti veszély, személy szerint érte kell szembe szállnom a betegséggel. Ez olyan jellegű kihívás, ami a maximális koncentrációmra elősegíti és kizárja, hogy bármi is megakadályozzon abban,

hogy végigcsináljam. Ha kell, hát 14 óra hosszat. Ámbár az idegsebész dolga nem a műtőben kezdődik, hanem abban a pillanatban, amikor először meglátja a beteget.

– **Bocsásson meg a gonoszkodásért: belépek az ajtón és máris tudja, hogy különleges, nagy, vagy középnagy műtétet lesz? Vagy nem tudja milyen, de hogy vágni kell, az biztos?**

– Szó sincs róla. Az idegsebész minden ellenkező híresztelés dacára klinikai orvos, akinek az operatív tevékenysége csak a diagnosztikus tevékenysége után következhet. Abban az esetben, ha körültekintő, sokoldalú szakmai mérlegelés és a beteg, valamint a hozzátartozók teljeskörű tájékoztatása után erről felelősséggel döntünk. Az idegsebész olyan ideggyógyász, aki a bekövetkezett ideggyógyászati betegséget műtétrel meg is tudja gyógyítani.

Az idegsebészet komplikált és kombinált szakma,

ami nagyjából azt jelenti, hogy az orvostudomány több ágának ismerete mellett kétségtelenül manuális készséget is feltételez.

– **Azt mondják, az ön kedvéért a fiatal tervezőgárda és a kivitelezők Magyarországon teljességgel szokatlan odaadással dolgoztak az új klinika építésén. Mindazonáltal megküzdött érte, hogy a belső terek – azon túl, hogy a speciális funkcióknak megfeleljenek – ne legyenek kórházsszínűek és kórházszagúak, ne lésünk „Adj vért!”-típusú plakátokat, viszont növényeket igen, személyesen választott padlóburkolatot és kijelölte a kapcsolók helyét, meg a többi. Évekig élt az építkezés lázában és hozta lázba a munkatársait. Miért vállalta?**

– Azt akartam, hogy a libalegelőn, amit nekem Petri professzor mutatott meg először, az európai élvonalhoz tartozó klinika épüljön föl, hogy a mi viszonyaink között merész vízió valósággá váljon. Nagyon érdekelt ez az építkezés, sok időt fordítottam rá, de azért ez idő alatt is teljes életet éltem. Ugyanúgy operáltam, kutattam, írtam, igazgattam, mint máskor. Ha az ember csinál valamit, azt csinálja jól. Ez nem egyszerűen elhatározás kérdése – ebben nőttek fel, ilyen a természetem.

– **De ez az életmód egészségtelen: ön kora reggeltől késő estig egyfolytában dolgozik.**

– Elárulom, hogy egyéb egészségtelen szokásaim is vannak. Néha úgy adódik, hogy már este háromgyed kilenckor haza tudnék menni, mégis csak kilenc után indulok, mert az éjszaka is nyitva tartó boltba, ahol vásárolok, 9-kor hozzak a friss kenyeret. Mármost a friss, meleg kenyér fogyasztása egészségtelen, mint tudjuk...

Sulyok Erzsébet