

## **Aneszteziológiai és intenzív terápiás gyógyító tevékenységünk szerepe és múltja a kórház történetében**

*Dr. Hirsch Tibor professzor úr 2002. decemberi írása a Heim Pál Gyermekkórház felkérésére*

Tisztelt Olvasó!

A fővárosi Heim Pál Gyermekkórházban eltöltött közel negyven év – úgy érzem – feljogosít arra, hogy a megtisztelő felkérésének eleget téve, a kórház aneszteziológiai és intenzív terápiás tevékenységének, majd az önálló osztály létrehozásának és első tíz éves működésének történetét felidézsem. Az elmúlt évtizedek kitartó munkájának eredménye, mely az osztály megvalósulásához vezetett, szakmai körökben elismerést és megbecsülést szerzett. Ez a tevékenység messze túllépett a kórház falain és már a hetvenes évektől kezdve vezető szerepet kapott hazánk csecsemő- és gyermekaneszteziológiai és intenzív terápiás osztályainak önálló szakterületként való kialakításában és a szakemberek képzésében.

Nem könnyű feladat negyven év történéseit úgy felidézni és értékelni, hogy az ember tárgyilagos maradjon és – visszatekintve ennek az időszaknak a legnehezebb éveire – ne érezze, hogy a jó ügyért, a beteg gyermekekért való harc, a fejlődés és az előrehaladás megállíthatatlanságába vetett hit és optimizmus, a kítűzött célokért való küzdelem nem volt hiábavaló. A két világháborút és sok vihart megélt kórház fejlődésében és átalakulásában az elmúlt fél évszázadban komoly szerep jutott az aneszteziológia és intenzív betegellátás megteremtésének. 1956 után a manuális osztályok megváltozott beteganyaga és -forgalma, majd később az újszülött patológiai, a toxikológiai, az ortopédiai, urológiai és szemészeti osztályok létesítése, valamint a súlyos életveszélyes állapotban lévő traumatológiai és egyéb belgyógyászati, neonatológiai, ideggyógyászati betegek számának növekedése vetette fel az aneszteziológia, majd az intenzív terápia megteremtésének szükségességét. Az újszülött patológiai és a toxikológiai osztály súlyos betegei ellátásának, valamint a nagyszámú újszülött sebészeti és mellkasi műtétek bevezetésének alapfeltételévé vált a gyors, korszerű és biztonságos – sok profilú és nagy esetszámot kiszolgáló – aneszteziológia és intenzív terápia, valamint az állandó reszuscitációs készenlét biztosítása. Ma már ez természetes és mindezek nélkül elképzelhetetlen ezen betegek gyógyítása, de annak idején ez nem volt magától értetődő.

Kórházunkban az aneszteziológiának és a mai értelemben vett intenzív terápiának nem voltak hagyományai, az országban is csak néhány helyen próbálkoztak – hasonló indíttatásból – ezzel a területtel foglalkozni. Akkor nem egy meglévő és működő osztály tevékenységének továbbfejlesztése volt a feladat, hanem teljesen új, a kórházban addig nem ismert módszereket és eljárásokat kellett megvalósítani rendkívül szerény körülmények között. Ehhez az úttörő munkához egyrészt bizonyos tárgyi feltételek biztosítása vált szükségessé, másrészt nagy felelősséget vállalva, irodalmi adatok alapján segítség és tapasztalat nélkül autodidakta módon kényszerültünk ma már rutin feladatnak minősülő terápiás eljárások bevezetésére.

Három-négy évtizeddel ezelőtt a műtők visszhangzottak a csecsemők és gyermekek hangos sírásától és tiltakozásától. A műtétek kizárólag infiltrációs, esetenként caudalis érzéstelenítésben történtek, és ha már nem lehetett elviselni a betegek ordítását és félelmét, akkor a műtős fiú, vagy a legfiatalabb orvos, étert csepegtetve elaltatta őket. Nem volt könnyű az út, amely elvezetett a mai feltételek és módszerek megteremtéséig.

Még küzdelmesebbnek bizonyult intenzív terápiás tevékenységünk útja. Számtalan akadályt, érthetetlen ellenállást és nehézséget kellett elhárítani az önálló osztály megvalósulásáig. 1960-ra már körvonalazódtak azok a feladatok, amelyek meghatározták célkitűzéseinket. Ez a hármass feladatkör: az aneszteziológiai munka, az intenzív terápia és a reszuscitáció bár szakmailag egységet képez, a kórházban e három terület kibontakozása és fejlődése mégsem haladt párhuzamosan. Az altatás iránti igény korán megfogalmazódott és így az aneszteziológia viszonylag korán zöld utat kapott, hiszen az általános érzéstelenítésben végezhető műtéti lehetőség új távlatokat nyitott. Ezek az évek egybeestek a sebészeti osztály gyökeres átalakulásával. A gyümölcsöző kölcsönhatás kezdettől fogva érvényesült, az együttműködés ezen a területen zavartalan volt, noha a személyi és tárgyi feltételek fejlődésének üteme nem volt kielégítő. Mindezen nehézségek ellenére – ismerve az aneszteziológia magyarországi kibontakozásának útvesztőit – elmondhatjuk, hogy kórházunkban ez a terület dinamikusan fejlődött. 1959-ben már intratracheális anesztéziában történtek a nagyobb műtéti beavatkozások.

1960. március 5-én került sor az első oesophagus atresia intratracheális narkózisban végzett sikeres műtétére. Ezzel megindult az "újszülött anesztézia", mely ma is, a múltban is a legnagyobb felkészültséget, széles körű elméleti és gyakorlati ismereteket igényel.

Az aneszteziológia munkájának töretlen fejlődése, új módszerek és narkotikumok folyamatos bevezetése az irodalom kritikus követése alapján, a manuális osztályokkal való jó

együttműködés, az egyenrangú, egymás munkájának megbecsülésére és elismerésére épülő szakmai viszony a hozzáértő és kizárólag a beteg gyermek szempontjait szem előtt tartó osztályok és kollégák körében igen korán általános elismerést váltott ki. A betegforgalom növekedésével párhuzamosan nőtt az aneszteziológia feladatköre. Ennek a nagyságát és sokrétűségét jelezte, hogy 1975-ben az évi narkózisok száma elérte a tízezret. Ez a számadat 1990-ig kisebb ingadozást mutatott, de lényegesen nem változott.

Az urológiai osztály, majd a szemészet, valamint anesztéziát igénylő új profilok (CT, MRI) megjelenése tovább növelte a feladatokat. 1979-ig egy orvos felelt a kezdetben három, majd hat önállóan dolgozó asszisztensnő – négy egymástól távol lévő pavilon műtőiben – végzett munkájáért. 1979 és 1986 között a narkózisok felügyeletét és az intenzív részleg teendőit egy főorvos és egy, majd 1984-től két beosztott orvos látta el. 25 év alatt végzett 176.749 anesztézia adatait feldolgozva a 24 órán belüli mortalitás négy ezrelék volt, ami nemzetközi összehasonlításban is igen kedvező arány. 1986-ig, az önálló osztály megnyitásáig és az ezzel összefüggő személyi és tárgyi feltételek döntő változásáig a fenti eredmény elsősorban a jól képzett, több évtizedes gyakorlattal bíró aneszteziológus asszisztensnők érdeme volt.

1986-tól az orvos létszám nyolc főre emelkedett. Az addigi asszisztensi ügyelet orvosi ügyelettel egészült ki, ami rendkívül jelentős előrelépést jelentett mind az aneszteziológia, mind az intenzív terápia területén. Megvalósult az aneszteziológus orvos és asszisztensnő szoros együttműködése, ami a beteg számára a biztonság növelését és a legkorszerűbb aneszteziológia széleskörű alkalmazását eredményezte. Ezen periódus alatt az aneszteziológiai munka dinamikusan fejlődött. A beteg gyors és zavartalan műtétét biztosító módszereket, gondosabb és kiterjedtebb gyógyszeres és pszichés előkészítést, posztoperatív fájdalomcsillapítást, széleskörű monitorozást vezettünk be. Elkészült és megvitatásra került egy új, korszerűbb aneszteziológiai munkaterv, valamint az aneszteziológiai ambulancia működésére vonatkozó tervezet. Sajnos, váratlan események megakadályozták ezen tervek megvalósításában.

Az aneszteziológiai munka – házon belüli és kívüli hozzáértők megítélése alapján – az osztályvezetés átadásakor kiemelkedően magas színvonalú volt. A személyi ellátottság és szakmai felkészültség országos elismerést szerzett. A műszerezettség is több évtizedes kitartó következetes fejlesztés eredményeként a '90-es évek elejére jónak volt minősíthető. Altatógép parkunk 11 azonos típusú, korszerű készülékből állt. Respirátorok és multifunkcionális monitorok is rendelkezésre álltak. Az ambulanciákon és az endoszkópos

vizsgálóban is rendelkezünk altatógéppel és minimális monitorozási lehetőséggel – pulzoximéterrel.

Az elért eredményeket csak az tudja igazán megítélni, aki részese lehetett a korszerűsítésért folyó több évtizedes küzdelmeknek, az első kölcsönként "Goldmann-féle vaporizátor" illegális lemásolásának és az akkori műszaki gárda segítségével történő házilag elkészítésének, vagy az első, az urológiai, majd a sebészeti műtőben összeállított monitorrendszernek 1975-ben, mely része volt a betegek monitorozása szükségességét és jelentőségét bizonyító tudományos munkának (*Kandidátusi értekezés, 1981: A légzésfunkció folyamatos mérésén alapuló új betegellenőrző rendszer csecsemő- és gyermekkori narkózisban. – A szerk.*). Ez a szerény úttörő munka is hozzájárult ahhoz, hogy az akkor több műszerből: pneumotachográfából, kapnográfából, EKG-ből, hőmérséklet-mérőből, oximéterből, transzpulmonális nyomásmérőből és vizualizátorból – az online kiértékeléshez szükséges mágnesszalag rögzítőből és PDP-14 nagy számítógépből – álló, vezetékekkel összekötött rendszerből a mai, korszerű egy műszerben épített "multifunkciós monitor" alakulhatott ki.

Hasonló – ma már sokak számára megkérdőjelezhető – számos erőfeszítés és autodidakta próbálkozás, néhányat kiemelve: CVP nyomásmérő, Braunül-kanül, szárnyastű-utánzat, csontvelő nyomásmérő, ujjbegy pulzusmérő, oesophagus nyomásmérő ballon stb. "házilag" készítése - jellemezte ezt az időszakot.

Az aneszteziológia feladatainak körébe tartozik az állandó reszuscitációs készenlét biztosítása is. Az 1973-tól megvalósult minden napos asszisztensnői, majd 1986-tól az orvosi ügyelet ezen a területen is nagy előrelépést és biztonságot jelentett. A technikai felkészültség és a kórház minden dolgozójának kötelező elméleti és gyakorlati alap- és továbbképzése, melyet minden évben megtartottunk, tovább növelte a szakmai színvonalat. 1982-ben sikerült társadalmi munkában egy átfogó riasztórendszert kiépíteni és addigi újraélesztési gyakorlatunkat tovább tökéletesíteni.

Az aneszteziológia fejlődését meghatározó zöld út sajnos sokáig nem volt biztosítva az intenzív terápia számára. A megfelelő feltételek, azaz önálló osztály létesítésének szükségessége sokszor felmerült ugyan, általában olyankor, amikor nagy szükség lett volna rá, de számos nehézség, ellenállás és akadály miatt a megvalósulás mégis sok évet várt magára. A gyermekellátás, de mi magunk is túl nagy árat fizettünk ezért a késedelemért. A hosszú, kitartó munka és erőfeszítés eredményeként végül is célhoz értünk és 1986. március elsején megnyílt az önálló 10 ágyas interdiszciplináris feladatokat ellátó osztály, mely –

figyelembe véve az akkori hazai és helyi lehetőségeket – mind kialakításában, szervezettségében, mind tárgyi és személyi ellátottságában országosan vezető helyre került.

Az önálló osztály létrejöttével egy korszak zárult le és egy új kezdődött. Hogy ennek a jelentőségét jobban megértsük, arról az útról szeretnék röviden beszámolni, mely elvezetett ehhez a naphoz, elnézést kérve az olvasótól az időnkénti szubjektív hangvételért. Intenzív terápiás tevékenységünk kibontakozásának gyökerei, kórházunkban is a ma már rutineljárásnak számító só-folyadék terápia bevezetésének idejére nyúlik vissza. Az 1950-es évek végén vezettük be a folyamatos infúziós terápiát a sebészeti osztályon az ileus és az akut peritonitis kezelésében. Ezt megelőzően a kórház valamennyi osztályán a só-folyadék terápia jó esetben 100-150 ml fiziológiás sóoldat fecskendővel történő bevitelét jelentette. Az adekvát, tartós infúzió jelentősége akkor értékelhető igazán, ha figyelembe vesszük azt, hogy az ezen a területen elkövetett tévelygéseink és hibáink mennyi szövődménnyel jártak a kórházban. A hypokaliaemia és hypochloraemia okozta igen gyakori paralitikus ileus nagyon sokszor indokolatlan laparotomiához, illetve relaparotomiához vezetett annak minden következményével.

Az első Boda-Kerekes respirátort, amellyel számos esetben sikeresen lélegeztettünk, 1962-ben ruháskosárban, darabokban, hiányosan kaptuk a Szent László Kórházból. A vér-gázok ellenőrzését gastro-tonometriás módszerrel - a gyomorba vezetett ballon levegőjéből – az általunk összeállított Scholländer-készülékkel – magunk végeztük. Számos sikeres eset között szerepelt egy 14 éves fiú, akit a toxikológiáról vettünk át, és aki gyógyulása után sok éven át a kórház megbecsült dolgozója lett. Különösen nagy eredménynek éreztük a mai szemmel primitívnek minősíthető respirációs terápiánkat, mivel a készülék beállítását megelőzően néhány esetben kézzel végeztük a lélegeztetést.

Emlékszem egy koponyasérült gyermekre, akit 72 órán át felváltva manuálisan lélegeztettünk, mert nem akartuk tudomásul venni a megfordíthatatlan nyúltagyi beékelődést. Erre az időszakra estek a só-folyadék terápia korszerűsítése mellett a sav-bázis egyensúly helyreállítására irányuló törekvéseink kezdeti lépései is.

Ugyancsak korán, már a '60-as évek elején kezdtünk foglalkozni a teljes értékű par-enterális és szondatáplálás elméletével és gyakorlatával. Négy évtized talán legsúlyosabb és legküzdelmesebb esete készített a hosszú, nyolc hétig tartó kizárólag intravénás, majd hat hónapig tartó jejunális szondatáplálás bevezetésére egy 2 éves gyermeknél, akinél köptető helyett tévedésből adott 20 %-os cinkklorid oldat a gyomor teljes kollikvációs nekro-

zisát és kilökődését okozta. Egy évi kezelés és ápolás után gyógyultán távozott, ami nem kis mértékben az akkori – kórházunkban elsőként végzett – első parenterális táplálásnak is köszönhető volt.

Igencsak göröngyös út vezetett a "vénás kapcsolatteremtés" mai módszereinek eléréséig. Hazánkban osztályunk az elsők között volt, ahol csecsemő- és gyermekkorban a centrális véna percutan kanülálását bevezettük.

1959-ben először végeztünk sikeres peritoneális dialízist saját összeállítású mosófol-yadékkal az I. kisdud osztályról átvett haemolitikus urémiás szindrómában szenvedő be-  
tegnél. A módszert ezután széles körben alkalmaztuk elsősorban toxikológiai kórképekben, többek között a gyilkos galóca mérgezett betegeknél is, szignifikánsan csökkentve a mor-  
talitást. 1986, az önálló osztály megnyitása döntő változást hozott a súlyos betegek el-  
látásában.

Az osztály orvosi létszáma lehetővé tette a minden napi önálló ügyeletet, mely a fel-  
tételek alapvető változásával együtt a gyógyítás eredményességében is igen hamar meg-  
mutatkozott. Ennek igazolására legyen szabad idéznem az akkori főigazgató, *Gorács*  
professzor zárszavából, mely az 1987. október 3-án Szentendrén tartott *"25 éves*  
*aneszteziológiai és intenzív terápiás tevékenységünk"* jubileumi tudományos ülésen hang-  
zott el: *"Az osztály eredményességének köszönhetően az összkórházi mortalitás az elmúlt*  
*évben felére csökkent, és ebben kiemelkedő jelentősége van az intenzív osztály*  
*munkásságának."*

1986-tól felgyorsultak az események. Tovább csiszoltuk addigi intenzív terápiás  
módszereinket, új eljárásokat: vazoaktív terápiát, pacemaker kezelést, defibrillálást, plaz-  
maferézist, komplex szepszis elleni terápiát, az ARDS betegeink részére speciális respirá-  
ciós kezelést, valamint agy-orientált reanimációs terápiát vezettünk be, hogy csak a legfon-  
tosabbakat említsem.

Ugyancsak minőségi és mennyiségi fejlődés következett be az osztály  
műszerparkjában. Ebben döntő segítséget jelentett a kórházi támogatás mellett az a közel  
15 millió forintnyi összeg, amely az osztály által létesített alapítvány számlájára folyt be, és  
kizárólag műszerek beszerzésére volt felhasználható. A '90-es évek elejére már kielégítő  
műszerpark – a legkorszerűbb respirátorok, monitorok invazív nyomásmérési lehetőséggel,  
perfuzorok, inhalátorok, nyitott inkubátor, ágymérleg, defibrillátor, pacemaker, transcutan  
pO<sub>2</sub>–pCO<sub>2</sub> monitor stb. – állt rendelkezésünkre. Az osztályos dokumentáció és adminiszt-  
ráció egy része, valamint a zárójelentések készítése már akkor számítógéppel történt.

Úgy gondolom, nem mellőzhető rövid beszámoló a személyi ellátottság fejlődéséről, az oktatói és tudományos munkáról, valamint egyéb, fontosabb tevékenységünkről, és nem utolsó sorban a nővéri munkáról, annak fejlődéséről, valamint az osztály legfőbb gondjairól.

1979-ig egy, majd 1986-ig két orvos és 6 asszisztensnő jelentette a létszámot. 1986-ig az intenzív terápiát igénylő betegek ápolását a sebészeti osztály nővérei, az orvosi ügyeletet a manuális osztályok ügyeletesei látták el, akik rendkívül lelkiismeretesen igyekeztek feladataikat elvégezni, szükség esetén mindenkor igénybe véve az aneszteziológus főorvos segítségét. 1986-ban az orvos létszám 8 főre emelkedett. Megvalósult az önálló osztályos ügyelet és a fokozott biztonságot jelentő készenléti telefonügyeleti rendszer. Az orvosok és az aneszteziológus asszisztensnők forgó rend-szerben dolgoztak a tíz műtőasztal, illetve aneszteziológiai munkahely ellátását biztosítva. Az orvosok számára a kettős szakvizsga, a „csecsemő- és gyermekgyógyászat” valamint az „aneszteziológia és intenzív terápia” megszerzése kötelező volt. 1990-es évek elejére szakmailag és etikailag magas színvonalat képviselő gárda alakult ki, akik közül többen – remélhetőleg az akkori szellemet továbbfejlesztve – tevékenykednek részben a kórházon belül, részben a főváros kiemelt intézményeiben (Gyermekklinika, Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Szent László Kórház) vezető szerepet töltve be a gyermekanesztézia és intenzív terápia speciális területein.

A volt főnővér, aki az intenzív osztály megvalósításáért és fejlődéséért rendkívül sokat tett, ma a sebészeti osztály főnővére. Az önálló osztály gondjai és nehézségei az elégtelen nővérlétszámból és állandó nővérhiányból adódtak. Nem tudtuk megvalósítani azon szakmailag helyes és indokolt terveinket, amely szerint egy súlyos beteg mellett egy nővér legyen minden műszakban. A tíz ágyra adott rendkívül kevés - tizenhat - nővérből betegség, szabadság, továbbképzés, szakképesítés szerzés miatti állandó hiányzások, a jóbanrosszban kitartó nővérekre hárított erejükön felüli többletmunkát. Köszönet és elismerés illeti őket önfeláldozó munkájukért. A családi kötelezettségek, a fokozott szellemi és fizikai megterhelés és mindehhez az anyagi és erkölcsi megbecsülés hiánya volt az indíték számtalan esetben a pálya elhagyására.

A helyzet megítélésére legyen szabad idéznem néhány mondatot *Csató Szilvia*, ma az USA-ban dolgozó volt nővérünk 1987 októberében Szentendrén tartott *"Mit jelent nővérek lenni intenzív terápiás osztályon?"* című előadásából. Idézem: *"... az osztály megnyitása óta sokkal több és bonyolultabb eszközökkel kell dolgoznunk. Hatásosabb és egyben veszélyesebb a gyógyszeres terápia, a lélegeztetés, a peritoneális dialízis és a folyamatos gyógyszeres perfúzió. Ezek több szakmai ismeretet, fokozottabb odafigyelést és*

*ellenőrzést igényelnek a nővértől is... Könnyebb a helyzetünk viszont, mióta állandóan tartózkodik orvos az osztályon éjszaka és a hajnali órákban is, gyakran segítve az ápolási munkában is. További lényeges változás és könnyebbség a magas technikai felkészültség, az osztály ésszerű, logikus kialakítása, a központi gázellátás, melynek jelentőségét azok a nővérek és orvosok tudják igazán értékelni, akik évtizedeken át végigélték a respirátoron lévő betegeknél a gázpalackok cseréjének végtelen tortúráját, tehetetlenül aggódva az oxigén nélkül maradt beteg életéért. Akiknek a kritikus helyzetekben a nem működő szívó miatti izgalmakat, a vezetékek és hosszabbítók végtelen össze-visszaságában való bukdácsolást kellett elviselniük éppen a legnehezebb pillanatokban... Utoljára a gondokról és nehézségekről szeretnék szólni, amelyek egyeseket az osztálytól való megválásra, sőt a pálya elhagyására késztetnek és sok fiataalt visszatartanak attól, hogy az intenzív nővéri hivatást válasszák. Ezeknek a háttérben a fizikai és lelki megterhelés, az állandó lekötöttség, pihenésre és magánéletre fordított idő egyre kisebb hányada és a kellő anyagi és erkölcsi megbecsülés hiánya áll... Rossz és elavult a normatíva... elhibázott a jelenlegi nővérképzés... Nálunk az osztályvezetés szelleme sokat segít a terhek elviselésében. A tisztességes munka erkölcsi elismerése, a nővéri vélemények és javaslatok figyelembevétele a gyógyításban pozitív tényezők, amelyek a súlyos betegek segélyt kérő pillantásának és a gyógyultak hálás tekintetének emlékével együtt feledtetnek minden nehézséget, fáradságot és ehhez az osztályhoz és munkához kötnek néhányunkat..."*

Végezetül röviden oktatói és tudományos tevékenységünkről, valamint a magyarországi gyermekaneszteziológia és intenzív terápia kibontakozása és szervezése érdekében kifejtett erőfeszítéseinkről. Miután hamar felfigyeltek működésünkre és eredményeinkre, igen korán bekapcsolódtunk mind az orvos, mind az asszisztensnők, majd az egyetemi hallgatók elméleti és gyakorlati alap-, illetve továbbképzésébe is. Évente 15-20 kolléga, aneszteziológus jelölt, illetve gyermekgyógyász vett részt részlegünkön, majd később osztályunkon egy és hat hónap közötti időtartamban a mindennapi munkában. Ugyancsak gyakorló területet biztosítottunk a nővér, illetve az asszisztensnő képzésben. Rendszeresen voltak intubációs gyakorlatok, fővárosi és vidéki gyermekosztályok orvosai részére. Az OTKI, OTE, majd HIETE keretein belül évente 10-15 továbbképző előadást tartottunk.

1982 óta kéthetes gyermekaneszteziológiai és intenzív terápiás továbbképző tanfolyamot szerveztünk szakorvosok részére. Tudományos tevékenységünket számtalan referátum, előadás, jegyzet, könyvrészlet, valamint hazai és külföldi résztvevők számára szervezett kongresszus - többek között az 1992-es *Európai Gyermekaneszteziológiai Szimpózium* – felkérésre történő sikeres szervezése igazolja. 1981-ben sikeres kandidátusi



értekezés védését követően c. egyetemi docensi, majd 1993-ban c. egyetemi tanári kinevezés is jelzi az osztály munkájának szakmai elismerését. 1982-ben a MAITT *Gyermekaneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szekciójának* alapító elnöki, majd 1993-ban a *Magyar Gyermekaneszteziológiai és Intenzív Terápiás Társaság* tiszteletbeli örökös elnöki tisztsége, 1985-től 1990-ig az *Országos Szakorvosképesítő Vizsgabizottsági* tagság, valamint fővárosi szakfelügyelő főorvosi funkció, továbbá a *Gyermeksebészeti Szakmai Kolégiumi* tagság reprezentálta az osztály országos elismertségét.

Befejezésül a "krónikás" szeretne köszönetet mondani azoknak, akik segítettek a több évtizedes kitartó munkában és a célkitűzések elérésében, valamint mindazoknak, akik napi munkájukkal igyekeztek mindent megtenni a betegek gyógyulásáért.

Tisztelt Olvasó!

Ha küzdelmes, kudarcokkal terhelt, de sikerekben gazdag múltból mérleget akarunk készíteni, akkor nyugodt lelkiismerettel elmondható, hogy nagy utat tettünk meg. Ha tanulságokat keresünk, egyet biztosan tudunk: azt, hogy érdemes volt, az erőfeszítések nem voltak hiábavalók. A teljesség igénye nélküli történelmi áttekintés mindössze gondolatokat akart ébresztetni, szem előtt tartva a *Winston Churchill*-től származó mondást: *"Ismerjük meg a múltat, hogy értékelni tudjuk a jelent és tervezni a jövőt."*