

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

ÜNNEPI ÉVFOLYAMA

ALAPÍTÓJA: MARKUSOVSKY LAJOS
SZÜLETÉSÉNEK 150. ÉVÉBEN

Szerkesztő bizottság:

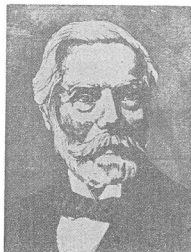
ALFÖLDY ZOLTÁN DR. • DARABOS PÁL DR. • FISCHER ANTAL DR.
HIRSCHLER IMRE DR. • LENART GYÖRGY DR. • SÓS JÓZSEF DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

Felelős szerkesztő: TRENCSENI TIBOR DR.

Szerkesztő: BRAUN PÁL DR.

Munkatársak: PAPP MIKLÓS DR. • PORRAI JENŐ DR.

106. ÉVFOLYAM 47. SZÁM, 1965. NOVEMBER 21



„Valamint a nemzet, melynek története van, örömmel andalodik el múltján, s magának abból hazaszeretetet és tetterőt merít; úgy a magyar orvos is büszkébb önérettel tekinteni jelene és jövőjére, ha a történelem tükrében látja, hogy az áttörő elődök hosszú sora vonát el előtte, s hogy a hazai orvosi irodalmat koránt sem kezdni, hanem az elődök nyomdokain folytatni kell.”

(MARKUSOVSKY 1861)

Pécsi Orvostudományi Egyetem, II. Belklinika (igazgató: Hámosi Artúr dr.)

A vesebetegek gondozása

Hámosi Artúr dr.

Markovits Lajos születésének 150. évfordulójára, a szerkesztőség felkérésére írt tanulmány

Az új gyógyszerek elterjedése és az új műtéti eljárások lényegesen megnyújtják az idült vesebetegek életét. Ebből következik, hogy a gondozásra szoruló betegek száma növekvő tendenciát mutat. Ez ránk, orvosokra új kötelességeket ró. A vesebeteg sorsának alakulását különös gonddal figyelve, mindent meg kell tennünk annak érdekében, hogy viszonylagos jólétben és alkalmas munkakörben minél tovább éljen.

A vesebetegek gondozásának problémáival világvizonylatban sem foglalkoztak nagyon sokat. Hazánkban pedig e kérdés teljesen megoldatlan. Mi az elmúlt 5 évben közel 400 beteg kórfolyamatát kísértük figyelemmel hosszabb vagy rövidebb ideig. Anyagunk legnagyobb részét a glomerulonephritis és a formaköre és a pyelonephritis tette ki. Ezért elsősorban a glomerulonephritisszel és a pyelonephritisszel kívánunk foglalkozni. Anyagunk és a megfigyelés időtartama nem elegendő arra, hogy a vesebetegek gondozásának vitás kérdéseiben elfoglalt álláspontunkat véglegesnek tekintsük, de programot adhatunk.

A klinikai és laboratóriumi adatok összegyűjtésében klinikánk minden tagja résztvett, de különösen Czirner, Bóbor és Gofman. A sectiókat

Romhányi prof. és munkatársai végezték a Pécsi Kórbonctani Intézetben.

Kik szorulnak gondozásra?

Mindenekelőtt a chronikus betegek, akiknek diagnózisra:

1. Chronikus glomerulonephritis.
2. Nephrosis-syndroma.
3. Chronikus pyelonephritis.
4. Ptoitikus vese.
5. Fejlődési rendellenességek az urogenitalis rendszerben, elsősorban a polycystás vese.
6. Vesekő.
7. Vese-tuberculosis.
8. Vesetumorkok, hogy a legfontosabbakat említsém.

A gondozás különösen nehéz, de sajnos csak rövid ideig tartó feladata a kettős, ill. többszörös körképek. Ezekben az esetekben tapasztalataink szerint legtöbbször alig sikerül késleltetni a végzetes kimenetel. A legkülönbözőbb kombinációk lehetségesek. Néhány példa anyagunkból:

Interstitialis nephritis + nephrotikus nephritis.
Hypersensitiv angitis (Zeek) + sóvesztő vese.
LED + scleroderma a vese részvételével.

Polycystás vese + pyelonephritis.
 Pyelonephritis + veseamyloidosis.
 Veseamyloidosis + vena renalis thrombosis.
 Kimmelstiel—Wilson-syndroma + pyelonephritis.

Pyelonephritis + essentialis (centralis) hypertonia + Goldblatt-mechanizmus a jobb arteria renalis szűkítő atheromas plaque-ok következtében + általános arteriosclerosis az aortafal rugalmasságának csökkenésével.

Végül megemlítjük, hogy az acut glomerulonephritist elhúzódó lefolyása esetén a gyulladás akár két évig is eltarthat. Természetesen az ilyen betegek is gondozásra szorulnak. Kallódó betegek a 14 éves gyerekek, akik acut nephritist kaptak, még nem gyógyultak meg teljesen, de a gyermek-klinikáról már kiszorultak koruknál fogva, viszont nem jelentkeznék kellő időben a továbbgondozásra hivatott belgyógyászati intézménynél.

A gyógyulás kritériuma

A gyógyult beteg nem szorul gondozásra. De nem könnyű kimondani a gyógyulás tényét. Ideális követelmény lenne: restitutio ad integrum. Ennek bizonyítékai:

1. Klinikai tünetmentesség.
2. Immunológiai inaktivitás.
3. Normális ultrastructura a vesebiopsia útján nyert anyag elektronmikroszkópos vizsgálata alapján.
4. Normális functio a functionális próbák alapján, beleértve a clearance technikát is.

Residuális albuminuria, residuális haematuria, hiányos gyógyulás, tünetmentes bakteriuria jelzések megnyugtatók ugyan a beteget, de elaltatják a nephrológiai éberséget. Gondozás szempontjából jobb, ha nem használjuk vagy pedig egészen beszűkítjük e fogalmakat. Szerintünk residuális albuminuriáról csak akkor lehet beszélni, ha az összes vese-functiók próbák normális eredményt adnak, beleértve a filtrációs fractiót is. Residuális haematuria diagnózis csak akkor jogosult, ha a vörösvérsejtszám nem haladja meg a 8—10 milliót Addis (2) szerint meghatározva. Külön felhívjuk a figyelmet a filtrációs fractio viselkedésére. A filtrációs fractio jelentős csökkenése a legérzékenyebb functionális jelek közé tartozik. Amikor a glomerularis sérülés javulása során a szűrlet mennyisége már csak alig csökkent, a filtrációs fractio jelentős csökkenése még mindig határozottan utal a glomerulusban lejátszódó kórfolyamatra. A francia klinikusok szerint három kis jel egyenlő egy naggyal. Ebben a szellemben a residuális albuminuria + residuális haematuria + a filtrációs fractio residuális csökkenése a chronikus nephritis ítéts alakjának tekinthető. A beteg, legalábbis gondozás szempontjából, a chronikus nephritis jelöltje.

Mikor kezdődik a chronikus nephritis?

A határ elmosódott. Hetényi (27) szerint akkor, ha az acut nephritist kísérő hypertonia három héten belül nem szűnik meg. Tapasztalataink szerint

ez a tétel nem fogadható el, mert az acut nephritis nemegyszer hyperreactor egyénekben fejlődik ki, és a centralis (essentialis) hypertonia chronikus nephritis gyanúját kelti (24). A koncentráló képesség megromlásakor nincs sok kétség akár glomerulonephritis, akár pyelonephritis a diagnózis.

Külön figyelmet érdemel a tünetmentes vagy rövid, epizodális, enyhe pyelonephritisszel kísért bakteriuria. Nem okvetlenül, de gyakran súlyos chronikus pyelonephritis rejtőzködik mögötte, amint Thrupp és társainak (48) gondosan észlelt esetei is bizonyítják. Felmerül a kérdés, mikor diagnosztizálhatjuk az „igazi” bakteriuriát. Mint Whalley és társai (52) legutóbb hangsúlyozták, csak akkor jelentős a bakteriuria, ha kétszer egymás után ugyanaz a mikroorganizmus nagy számban kel ki a vizeletből. Vita tárgyát képezi a kritikus csiraszám. Általános felfogás szerint tisztán ürített vizelet vizsgálatakor 10^5 /ml. Szerintünk 10^3 /ml, ha férfiak tisztán ürített és nők csapolt vizeletét vizsgáljuk (21, 22). Tapasztalataink szerint nem szól „igazi” bakteriuria ellen az a körülmény, hogy aránylag rövid időn belül ismételt vizsgálatkor más és más baktérium tenyészik ki, ha nagy a csiraszám. A fertőzésekre fogékony egyén urogenitális tractusa időnként más és más kórokozóval fertőződhetik be. Sőt az sem tartozik a legnagyobb ritkaságok közé, hogy a pyelonephritist kétféle mikroorganizmus tartja fenn. (A bakteriológiai vizsgálatok a Rauss professzor vezetésével működő Pécsi Mikrobiológiai Intézetben történtek.)

A chronikus állapotok kialakulása

Ismerünk olyan vesebetegségeket, amelyek eleve chronikus alakban jelentkeznék, pl. a vesetuberculosis idült típusa. Léteznek olyan vesebetegségek, mint pl. a fejlődési rendellenességek, amelyek természetserüleg egy életen át tartanak, de nem könnyű megérteni, hogy az acut glomerulonephritist, illetve pyelonephritist mint válik chronikussá.

Nem vitás, hogy a glomerulonephritist allergiás betegség, de az immunológiai mechanizmus részletei homályosak. Többféle mechanizmust tételeztek fel:

1. Streptococcus allergia a klasszikus felfogás szerint [Schick (45), Pirquet (42)]. A streptococcus-fehérrje szenszibilizálja az emberi szervezetet. A kórfolyamat első mozzanata az antitestek kötődése a szövetekhez. A betegség akkor tör ki, amikor a véráramba ismételen bekerülő antigén reagál a „sensilis” antitestekkel.
2. Invers activ anaphylaxia. A kórfolyamat első mozzanata az antigén kötődése a szövetekhez [Kellert (31), Sarre (44)]. A betegség akkor tör ki, amikor a lappangási idő alatt termelt antitestek reagálnak a veséhez kötött antigénnel.
3. Autoimmunizáció [Schwenker és Comploier (46), Cavelti (11), Vančura (49)].
4. Oldható antigén-antitest complex pathogén szerepe [Dixon és társai (13), McCluskey és Benacerraf (37)]. Újabb kísérletek határozottan utalnak arra a lehetőségre, hogy a szérumbetegség lappan-

gási idején antigen-antitest-reactio zajlik le a vér-pályában. A véráramban alakul ki az a mérgező komplex, amely feltehetően még keringés közben, majd lerakódva az érfalba inert jelent, és megindítja a proliferáló glomerulonephritist.

Az irodalmi adatok áttekintése után arra a következtetésre juthatunk, hogy az eddig feltételezett mechanizmusok mind szerepet játszanak a nephritis keletkezésében, legalábbis a körfolyamat bizonyos mozzanataiban (chronikus nephritis lassú progressiója, illetve acut exacerbatiója). Csak azt nem tudjuk, hogy egyszerre, vagy egymás után fejti-e ki ártalmas hatásukat. Az egymás utáni kapcsolódás a valószínűbb. Erre utal a Masugi-nephritis keletkezésének kétfázisú koncepciója, amit Kay (29, 30) kísérletei a nyúlvese—kacsaavó kombinációban meggyőző erővel bizonyítottak. De erre engednek következtetni *Tompával* és *Kádással* (26) végzett modellkísérleteim is, amelyek kétféle egymás után kapcsolt allergiás mechanizmus példaként értékelhetők. Minimális nephrotoxikus kacsaavóval szenibilizált nyulakban nem halálos anaphylaxiás shockot váltottunk ki. A shock kirobbantotta az addig rejtett körfolyamatot, akár normális, akár nephrotoxikus kacsaavóval történt a reinjectio. Amint már korábban részletesen kifejtettem, minden jel szerint az autoimmunisatio képezi a körfolyamat utolsó lépcsőjét, amely felelős a chronikus nephritis lassú progressiójáért (19). Hasonló felfogást képvisel *Pfeiffer* és *Bruch* (41). Ezeknek a szerzőknek felfogása szerint az acut glomerulonephritis inféctióis allergiának felel meg, amely legtöbbször lezajlik. Olykor azonban megindul az autoimmun mechanizmus, amikor az acut nephritis átmeny a therapiásan többé már nem befolyásolható chronikus nephritis fázisába, és végső fokon létrehozza a másodlagos zsugorveszt.

A chronikus nephritis acut exacerbatiója, amely ismételt streptococcus fertőzés nyomán támad, és a beteg állapotát törésszerűen súlyosbíthatja, nem így keletkezik. Az acut exacerbatióknak lappangási ideje megrövidült, amint erre már *Earle* és *Seegal* (14) is felhívja a figyelmet. Ezt a tényt mi is megérősíthetjük. Úgy gondoljuk, hogy a rövid lappangási idő legjobb magyarázata a streptococcus sensibilisatio klasszikus elmélete.

Petrányi (40) arra hívja fel a figyelmet, hogy az acut glomerulonephritis idültté válhat a hypertonia által keletkező circulus vitiosus révén. Ennek következménye a vese hypertensióis transformatiója. A régi nephritisekben 50%-on felül található malignus hypertoniára jellemző elváltozás oedémás-gyulladásos jelek nélkül. A vese átalakulása természetesen maga után vonja a veseműködés gyors romlását.

A primer chronikus glomerulonephritis kezdete homályba vész, és keletkezése ma is rejtély. Talán a collagen-betegségek csoportjába tartozik (40).

Hogyan keletkezik a chronikus pyelonephritis? Az organimmunitásról vajmi keveset tudunk. Arra a kérdésre, hogy miért nem gyógyul meg a bakte-

riális inféctio a vesében, csak általánosságokat válasszolhatunk. Vagy a kórokozó virulens, vagy a szerv védekező képessége gyenge. Legfontosabb diszponáló tényezők: 1. kövek, 2. fejlődési rendellenességek az urogenitalis apparátusban, 3. terhesség. Az obstructiv formák nem gyógyulnak meg az urológiai elváltozások sebészi korrekciója nélkül, és a nem obstructiv (belgyógyászati) formák nem gyógyulnak meg a góccok szanálása nélkül.

Babics és *Rényi*—*Vámos* (3, 4, 5) meggyőző kísérletei alapján joggal feltételezhető obstructív formákban a vizelet felszívódása a pyelum körüli zsírszövetbe, majd a vese interstitiumába. Ennek nyomán óriási histamin-felszabadulás történik. A vese sinusában a zsírszövet hegesedik. Az elzáródott nyirokutak miatt mechanikus okokból elégtelenné válik a vese nyirokkeringése. Ezáltal romlik a fehérjetransport a vesében, ami az említett szerzők koncepciója szerint döntő tényező a vese pusztulásában.

A chronikus vesebetegségek aktivitásának diagnosztikája

Általános szabály, hogy minden chronikus betegség aktívnak tekinthető, ha a körfolyamat valamelyik kardinális tünete hangsúlyozottan fennáll, még inkább, ha fokozódik, de az egyes tünetek jelentősége nem azonos. Legyen példa a glomerulonephritis. Igaz ugyan, hogy a fehérjevizelés fokozódása nem jó jel, és a nagyfokú fehérjevizelés sejteti a nephrotikus syndroma kialakulását, de csökkenése nem jelent okvetlenül javulást. Tudjuk, hogy a proteinuria glomerularis eredetű, és így érthető, hogy a glomerularis apparátus pusztulásával párhuzamosan kevesebb fehérje ürül a vizelettel. A hypertonia értékelését nehezíti az a körülmény, hogy kettős körképek léteznek, vagyis a veseeredetű hypertonia keletkezésében némelyik esetben neurogén faktorok nagyon nagy szerepet játszanak a renin—angiotensin mechanizmus mellett (24). Tapasztalataink szerint legjobban értékelhető klinikai jel a mikroszkópos haematuria *Addis* (2) szerint meghatározó (20, 22, 23, 25). *Brod* (8) öt tünetet vesz alapul a glomerulonephritis aktivitásának megítélésére. Ezek: proteinuria, haematuria, fehérvejsétek ürülése a vizelettel, cylindruria és vörösvértest-süllyedés.

Az immunológiai aktivitás bizonyítéka a serum complementcsökkenése (20, 22, 23, 25, 34, 35). Az autoantitestek titere és a klinikai lefolyás kapcsolatáról nincs elég adat. Bizonyos, hogy autoantitesteket szignifikáns titerben szabályszerűen éppen a chronikus nephritis eseteiben találunk (12, 33, 41, 50). *Kramer* és *társai* (32) azt állítják, hogy rossz prognosztikus jel glomerulonephritis esetében, ha a vesellenes autoantitestek sorozatos vizsgálatokkal tartósan kimutathatók.

Megfigyeléseink szerint jelentős mikrohaematuria és complementcsökkenés nem jár mindig együtt elhúzódó lefolyású acut, illetve chronikus nephritisben. Általában a kvantitatív üledékvizsgá-

lat érzékenyebb módszer, mint a serum complementtartalmának meghatározása. Kivételesen előfordul, hogy a serum complementtartalma alacsony marad az akut nephritis klinikai gyógyulásakor. Ezeknek a betegeknek sorsáról még nem tudunk határozottan nyilatkozni, de kétségtelenül további gondozásra szorulnak.

A serum complementtartalmának viselkedése különösen értékes jel a lipoid-nephrosis aktivitásának diagnosztikájában. Lange és társai (35, 36) és Wedgwood és Janeway (51) szerint a legszorosabb kapcsolat állapítható meg a nephrosis klinikai képeben mutatózó változások és a complementértékek ingadozása között. Mi ugyan egészen szoros kapcsolatot nem tudunk megfigyelni, de azért úgy látjuk, hogy a complementsökkenés határozottan utal a nephrotikus syndroma progressiójára. A complementvizsgálatok jelentőségét két tényező korlátozza: 1. Katasztrofális lefolyású nephrotikus nephritisben is normális maradhat a serum complementtartalma, amint egyik esetünk sorozatos vizsgálata példázza. 2. Fischel és Gajdusek (15) arra hívja fel a figyelmet, hogy az alacsony complement-értékek gyorsan visszatérnek a normális szintre, ha az akut glomerulonephritiszhez valamilyen lobos folyamat vagy thyreotoxosis társul. Ezt az összefüggést egy nephrotikus nephritis és egy LED nephritis esetünkkel kapcsolatban megerősíthetjük. Mindkét esetben i.m. injekció után kialakult tályog volt az intercurrentis lobos elváltozás.

A pyelonephritis aktivitási jele az „igazi” bakteriuria + pyuria akár lázas a beteg, akár nem. A kórfolyamat dinamikájára tapasztalatunk szerint is joggal következtethetünk a csírászám és a fehérvérszám alakulásából. Nők esetében csapolt vizeletet vizsgálunk, ha a fehérvérszámot Addis (2) szerint kívánjuk meghatározni. Természetesen nem mindennap!

A MN felszaporodása chronikus vesebajokkal kapcsolatban nem aktivitási jel, hanem a végállapot indikátora.

A chronikus állapotok progressiójának késleltetése

A chronikus glomerulonephritis, illetve pyelonephritis a shakesspeare-i tragédia utolsóelőtti felvonása. Legjobb volna a prophylaxis: az akut állapot megfelelő kezelése. Miután már kifejődött a chronikus vesebaj, köteleseggünk kirekeszteni minden ártalmat, amely sietteti a fatális vég bekövetkezését. Legfontosabb agresszív tényezők: 1. reinfectio, 2. fizikai terhelés, 3. lelki izgalom, 4. diétás hibák. Másik feladatunk a kórfolyamat aktivitásának megszüntetése a lehetőségekhez képest. Ennek eszközei: hosszú steroid-therápia glomerulonephritis esetén (8, 9, 20, 22) és nephrosis-syndroma esetén (1, 17, 20, 22, 43), elnyújtott chemotherápia, illetve antibiotikum-therápia pyelonephritis esetén (8, 7, 10, 21, 22, 28, 39, 47).

A hosszú steroid-therápia nem veszélytelen. Amyloidosis következtében kialakult nephrosis-

syndromában kontraindikált. Egy betegünkkel kapcsolatban nem tudunk szabadulni attól a gyanútól, hogy siettette a kórfolyamat végzetes kimenetelét. Marulek és társai (38) közelmúltban megjelent munkájukban hasonló álláspontra helyezkedtek.

Módszerünk: Előzetes gyomorrontgenvizsgálat alapján kizárjuk a kezeléssől azokat a betegeket, akiknek gyomrában vagy duodenumban fekélyt találunk. Negatív lelet esetén a kezelést napi 50–60 mg prednisolon per os adagolásával kezdjük, és mindaddig folytatjuk, akár egy-két hónapig is, amíg a kórfolyamat aktivitása meg nem szűnik, vagy mellékhatások nem jelentkeznek. A közepes adagok alkalmazásának rendszerint az szab határt, hogy a betegek izgatottak lesznek, erős gyomorégésről, bél-görcsökről, álmatlanságról, szívdobogásról panaszkodnak, sőt nemegyszer megtagadják a szer szedését. Ekkor a napi adagokat csökkentjük a beteg türeklőségének megfelelően. Napi 10–15 mg prednisolon hosszú hónapokig szedhető minden baj nélkül. A közepes prednisolon-adagok a plasma K-koncentrációjának csökkenését okozzák. A normális értékek rendszerint 3 g/nap KCl-dal fenntarthatók. Nátriumhydrocarbonát szükséghez képest. Külön fel kell hívni a beteg figyelmét a diétahibák veszélyére. Durva és nehéz ételek elősegíthetik az esetleges fekély perforációt vagy a prednisolon pancreatitis kialakulását.

Az erélyes prednisolon-kezelés folyamatos klinikai ellenőrzést igényel. Nagyon fontos, hogy háromhetente meg kell ismételti a gyomorrontgenvizsgálatot, hogy az esetleges steroid ulcust kellő időben felismerjük. Ha ulcust találunk, a prednisolon adagolását azonnal abbahagyjuk, de az iatrogén mellékvesekéreg-elégtelenség, ill. az „interruptio syndroma” kivédésére 20 mg/nap cortison adunk i.m. Egyébként a prednisolon-therápiát fokozatosan építjük le kb. két hét alatt. ACTH-ra nincs szükség. Kis adagokat otthon is szedhet a beteg.

Általános felfogás szerint a pyelonephritises beteg sorsát az dönti el, hogy vajon sikerül-e a bakteriuriát megszüntetni. Legtöbbször célzott antibiotikum-therápiát alkalmaznak. Brod (6, 7) arra hívja fel a figyelmet, hogy egyszeri negatív bakteriológiai lelettel nem szabad megelégedni, sőt, ha a vizelet ismételten sterilnek bizonyult, akkor is még hosszú ideig kell a beteget kezelni. A hosszú bakteriumellenes kezelésre vizeletben jól oldódó sulfonamid-készítmények kis adagjainak hónapokon keresztül való szedését ajánlja. Mi osztjuk Brod felfogását, de fenntartó kezelésként szélesskálájú antibiotikumok kis adagjait, legtöbbször naponta $\frac{1}{2}$ –1 szem Tetran B-t adunk tartásán. A hosszú intermitáló antibiotikum és sulfonamid therápiát is megkíséreltük, de ez is csak akkor váltotta be a hozzáfűzött reményeket, ha korán kezdték, amikor még normális vagy alig csökkent a creatinin clearance (10).

Mit tegyünk akkor, ha polyresistens törzs okozza a pyelonephritist? Adhatunk valamilyen jól oldódó sulfonamid-készítményt. A sulfonamidok régi klinikai tapasztalat szerint *in vitro* resistencia elle-

nére *in vivo* még hatások lehetnek. Arra az álláspontokra is helyezkedhetünk, hogy nem adunk semmit. Mi valami festékkészítményt szoktunk felírni inkább pszichés okokból, mint igazi pharmacológiai hatást remélve.

Az urogenitális rendszer fejlődési rendellenességeit potenciális pyelonephritisek tekintsük. A vesedaganatok műtete után igyekezzünk kellő időben felismerni az esetleges recidívákat.

A siker záloga az orvos és a beteg helyes viszonya. Nagyon fontos a lelki vezetés.

Vesebetegségek és terhesség

A terhesség kiviselhetőségének problémáját két új körülmény teszi aktuálissá: 1. Ma már többet tudunk tenni a vese állapotának stabilizálására terhesség közben; mindenekelőtt az antibioticum-védelemre gondolok. 2. Ujabbban az életképes koraszülöttek életbentartása terén nagyon nagy sikereket értek el, és így nem kell arra törekedni, hogy a terhességet az asszony végig viselje. Esetleg megszakítható pl. a VII—VIII. hónapban. Tehát a vese megterhelését nem kilenc hónapra kell méretezni. A probléma természetesen csak akkor jelentkezik, ha a szülők kétségbeesetten ragaszkodnak a terhesség megtartásához.

Nem vitás, hogy a chronikus nephritis, különösen uraemia határán a terhesség megszakításának abszolút indicatiója. De mit tegyünk akkor, ha pl. az asszony terhességének V—VII. hónapjában jelentkezik nephrotikus nephritisszel? Nehez a döntés, már csak másfél hónapra lenne szükség, hogy életképes magzat szülessék, természetesen művi beavatkozással. Bár csak szűrványos adatok állnak rendelkezésünkre, de máris állíthatjuk: ha a beteg állapota korszerű klinikai megfigyelés szerint határozottan romlik, sajnos ma is fel kell áldozni a magzatot.

Vesebetegségek és katonaság

A katonaság kérdése könnyű, ha chronikus nephritisről van szó. Hiszen nyilvánvaló, hogy az idült vesebeteg katonai szolgálatra alkalmatlan. A probléma más formában jelentkezik: gyógyult acut nephritis után lehet-e megengedni a katonai szolgálatot? Pl.: A beteg elmondja, hogy egy évvel ezelőtt acut vesegyulladás volt, betegsége pár hét alatt lezajlott, jelenleg teljesen tünet- és panaszmentes: behívót kapott. Úgy gondolom, hogy acut nephritis után két évig orvosilag indokolt a katonai szolgálat elhalasztása. Csak ritkán vagyunk abban a helyzetben, hogy a restitutio ad integrum minden bizonyítéká kezünkben legyen. Gömöri (18) szerint másfél évig, tapasztalataink szerint kerekén két évig várható a javulás. Tehát két évig érdemes biztosítani a gyógyulás optimális feltételeit.

Rehabilitáció

Gyakorlatilag egyik legfontosabb kérdés a megfelelő munkakör kiválasztása. A rehabilitációval foglalkozó bizottságok a vesebeteg munkaképességére vonatkozó határozott sémákat várnak

vesebetegségek szerint, sőt a vesebetegségek különböző stádiuma szerint is. Ilyen szabályrendeletekre valóban szükség van. Földi (16) a lehetőségekhez képest kitűnően megfelelt e kívánalmaknak a vesebeteg rehabilitációjáról írt könyvfejezetében. Természetesen minden séma eleve korlátozott érvényű. Brod (8) az endogen creatinin clearance-nek tulajdonít nagy jelentőséget a vesebeteg munkaképességének elbírálásakor. Véleménye szerint ami a vese működése majdnem normális vagy csak kicsit csökkent, pontosabban, az átlagos napi glomerulus filtratio mennyisége több, mint 50 ml/min, meg lehet engedni a normális 8 órai ülő munkát. Ha azonban a glomerularis szűrlet e határ alá csökken, vagy pedig magas vérnyomás fejlődik ki, legfőképpen fél napi elfoglaltság engedélyezhető. Ez tapasztalatai szerint megengedhető, amíg uraemiás tünetek nem jelentkeznek. Mi általános szabályok megszerkesztésére nem vállalkozunk, mert nincs két egyforma vesebetegség, gondoljunk pl. a nephritis széles skálájára, amely a miniatűr nephritistől egy nap alatt halálhoz vezet foudroyans formáig tarthat. Ebben a munkában mi annak a nézetünknek szeretnénk kifejezést adni, hogy minden rehabilitációs törekvés kísérlet, amellyel kapcsolatban egészen különös meglepetések érhetnek bennünket. Pl. uraemiával járó polycystás beteg kérésének engedve hozzájárultunk ahhoz, hogy adminisztratív munkakörét ellássa. A kísérlet remekül sikerült. Mikroszkopos haematuriaival járó ureter-leszorításos beteg, mint asztalos minden nagyobb baj nélkül végzi munkáját. De tragikus esetek is előfordultak anyagunkban. Fiatal bányász az acut glomerulonephritis majdnem gyógyult szakában az aktivitás kis jeleivel tanácsunk ellenére lement a bányába. Másfél év múlva mentő szállította be klinikánkra uraemiával, és hamarosan meghalt. Chronikus nephritis lappangó fázisában levő új erdészeti főiskolára iratkozott be. Tanulmányaival kapcsolatos fokozottabb megterhelés, esetleg acut exacerbatio néhány hónapon belül uraemiát és exitus idézett elő.

Minden munkát terhelési próbának kell tekinteni. Ezért a vesebeteg az első időben legszorosabban ellenőrizni kell. Itt domborodik ki az üzemorvos szerepe. A győgyintézetnek vele való szoros együttműködése elengedhetetlen. Az üzemorvossal együtt állapíthatjuk meg a komfortzónát, vagyis azt a munkakört, amelyet a beteg állapotának rosszabbodása nélkül betölthet. Nem tagadható azonban, hogy az ismét munkába állítás a gyakorlatban nem mindig könnyű, és a vesebeteg körében éppen olyan problémát jelent, mint más csökkent munkaképességűek körében.

Egyáltalán mikor állhat munkába egy vesebeteg? Ideálisan akkor, ha klinikailag gyógyult. Sajnos, a chronikus esetek előfordulását a modern terápia sem akadályozza meg minden esetben, és így bizonyos kompromisszumra kényszerülünk. Megengedjük a munkavállalást, ha az idült állapot statционер jellegű, vagy csak nagyon lassan progrediál.

Mikor nem dolgozhat semmiképpen a vesebeteg?

1. Ha a folyamat kifejezetten aktív,
 2. ha veserokkantnak tekinthető, pl. uraemia határán, vagy a renalis hypertonia nagyon magas.
- Milyen terhelést bír el előreláthatólag? Szellemi munkát és nem túlságosan nehéz fizikai munkát. A sok állás árt! Nehéz terhek emelése tilos. Meleg munkahely kerülendő, és semmiképpen sem alkalmazható olyan üzemben, ahol veseméreggel, pl. higanyal dolgoznak.

Külön problémát jelent a maradék-albuminuriás egyén. Egyetértünk *Gömörivel* (18) abban, hogy munkaképesség szempontjából úgy kell megítélni, mint a chronikus nephritis korai szakában levő beteget. Nehéz fizikai munkát nem végezhet.

Vesebetegségek és iskola, erről röviden csak annyit, hogy elhúzódó akut nephritis esetében jobb ha a tanuló évet veszít.

A gondozás szervezeti kérdései

Tekintsük át még egyszer a gondozás célját. A vesebeteg gondozása ugyanazokat a célokat szolgálja, mint más betegeké. Tehát a gondozó hálózat kb. azt a szerepkört tölti be, mint régen a háziorvos, de magasabb szinten. Így állandóan figyelemmel kíséri a beteg állapotát, s a legkisebb rosszabbodás esetén hatékony kezelést biztosít. A gondozó hálózat megszervezésével a rehabilitációt szolgáljuk, mert ellenőrizhetjük a munkába állásból származó terhelés következményeit. Végeredményben célunk a prophylaxis. A beteg rosszabbodásának megelőzése és a vesebeteg munkába állítása olyan munkakörben, amely megfelel teherbíró képességének. Feladataink:

1. A vesebeteg állapotának időnkénti felmérése.
2. A jó állapot stabilizálása.
3. A recidíva felismerése kellő időben.
4. Rehabilitáció.

Ki gondolja a vesebetegeket? Megítélésem szerint nem szükséges különleges intézmény kiépítése. A gondozás tengelyébe a kellő laboratóriumi háttérrel rendelkező ambulanciát kell állítani. Hangsúlyozom: a laboratóriumi háttér nélkülözhetetlen, mert csak modern methodikák igénybevételével lehet biztonsággal a feltett kérdésekre választ kapni. Felfogásom szerint azonban nem mellőzhetjük a körzeti orvos szerepét sem, ha háziorvosként jól ismeri körzetének rábizott beteganyagát. A beteg általános állapotának változását eláruló finom klinikai jelekre biztosan felfigyel, de természetszerűleg nem áll módjában a helyzet objektív felmérése. A klinikák túlsúlyossága sajnos nem engedi meg a gyakori bentfekvéssel egybekötött ellenőrzést.

A vesebetegek magasabb szintű ellátását biztosító ambulancia és gyógyintézmény nem igényel különleges befektetést. A vesebetegek ambulanciáját klinikák és kórházak ambulatóriumán kitűnően meg lehet oldani. A betegeket bizonyos napokon, bizonyos órákban kell berendelni. Talán legfontosabb az, hogy ugyanaz az orvos kísérelje figyelem-

mel a vesebeteg sorsát. Ez szolgálna legjobban a gondozott érdekét, de idők távlatában felbecsülhetetlen értékű anyag is összegyűjthető a chronikus vesebetegségek dinamikájára vonatkozóan. Különleges vesebeteg-gyógyintézet felállítását a tudományos érdektől eltekintve, de kórházaink és klinikáink is el tudják látni a gyakorlati feladatot. Persze, kívánatos volna, hogy a meglévő kereteken belül nephrológiai osztályok létesüljenek. A vesebetegek gondozása talán úgy történhetne szervezeten, hogy a beteg sorsát figyelemmel kísérő körzeti orvos vagy územorvos néhány hónapos időközökben beküldi betegét a nephrológiai ambulanciára. De ez nem elég. A vese állapotát legalább évente egyszer klinikán kell felülvizsgálni a korszerű igényeknek megfelelően. A körzeti orvos akkor tud kötelességének kellőképpen megfelelni, ha gondoskodunk továbbképzéséről.

Meddig gondozzuk a vesebetegeket? Felfogásom szerint életük végéig.

A jövő

A végállapot eddig nem nagyon képezte az eredményes gondozás tárgyát. Újabbán két lehetőség kínálkozik az elpusztult vese pótlására. Egyik a vese-transplantatio, másik a művese. A vese-transplantatio elterjedését egyelőre korlátozza az immunológiai incompatibilitás, de reméljük, hogy valamiképpen sikerül majd elhárítani a biológiai akadályt.

1963-ban a II. Nemzetközi Nephrológiai Kongresszuson Prágában bemutatott egy orvosi filmet, amelynek főszereplője, egy asszony, járt-kelt és tevékenykedett, holott már évek óta nem vizelt. Egyik arteria és vena cubitalisába szövetbarát csövek voltak bekötve, ezek közvetítésével hetente kétszer művesére kapcsolták. Ma már Amerikában, de Európában is számos ember él vese nélkül. Hazánkban is fejleszteni kell a műveseállomások hálózatát, és alkalmazni kell az új technikát, hogy nálunk is élhessenek emberek vese nélkül.

Összefoglalás: A szerző az elmúlt 5 év alatt kerekén 400 vesebeteget figyelt meg hosszabb vagy rövidebb ideig.

1. A chronikus vesebetegeken kívül gondozásra szorult az elhúzódó akut nephritis is, amelynek gyógyulása két évig várható. A ketős, illetve többszörös kórkepek ritkán képezik az eredményes gondozás tárgyát.

2. Residuális albuminuria, residuális haematuria, tünetmentes bakteriuria, hiányos gyógyulás fogalma megnyugtatta ugyan a beteget, de elaltatja a nephrológiai éberséget. A gyógyulás kritériumához hozzátartozik a normális filtrációs fractio.

3. A chronikus glomerulonephritis lassu progressióját valószínűleg autoimmunisatio okozza, az akut exacerbatio rövid lappangási idejének legjobb magyarázata a streptococcus sensibilitatio klasszikus elmélete („sessilis” antitestek). Chronikus pyelonephritisre disponáló tényezők: 1. vesekő, 2. fej-

lődési rendellenességek az urogenitális apparátusban, 3. terhesség.

4. A chronikus nephritis activitásának jele a mikrohaematuria *Addis* szerint meghatározva vagy az alacsony complementszint. A chronikus pyelonephritis dinamikáját a csíraszám + fehérvérsejtszám (*Addis*) alapján ítélték meg.

5. A chronikus állapotok progressióját kísérleti a) az agresszív tényezők elhárítása, b) az aktivitás megszüntetése glomerulonephritisben és formakörében hosszú steroid terápiával, pyelonephritisen tartós antibioticum- és chemoterápiával. A vesekímélő életmód és étrend betartása elengedhetetlen. Nagyon fontos a góccok szanálása és az urológiai elváltozások sebészeti correctioja. Veseamyloidosisban a steroid terápia ellenjavallt.

6. Chronikus vesebeteg semmiféle munkára nem alkalmas, ha a körfolyamat aktív. Latens szakban megkísérelt rehabilitatio a leg gondosabb ellenőrzést igénylő kísérlet.

7. A gondozás tengelyébe a kellő laboratóriumi háttérrel rendelkező nephrológiai ambulanciát kell állítani, de a vese állapotának klinikai felmérése időnként elengedhetetlen. A kezelőorvos feladata a váratlan fordulatok felismerése. A vesebeteg gondozása élete végéig tart.

IRODALOM: 1. *Adams, D. S., Maxwell, M. H., Bernstein, D.*: J. chron. Dis. 1962, 15, 29. — 2. *Addis, T.*: Glomerular nephritis, diagnosis and treatment. Macmillan. New York. 1949. — 3. *Babics, A., Rényi-Vámos, F.*: A vesevizszulás elmélete és klinikuma. Akadémiai Kiadó. Budapest. 1952. — 4. *Babics, A., Rényi-Vámos, F.*: Das Lymphgefäßsystem der Niere und seine Bedeutung in der Nierenpathologie und Chirurgie. Verlag der ungarischen Akademie der Wissenschaften. Budapest. 1957. — 5. *Babics, A., Rényi-Vámos, F.*: Clinical and theoretical pictures of some renal diseases. Akadémiai Kiadó. Budapest. 1964. — 6. *Brod, J.*: Chronische Pyelonephritis. VEB Verlag Volk und Gesundheit. Berlin. 1957. — 7. *Brod, J.*: Orv. Hetil. 1961, 102, 1201. — 8. *Brod, J.*: Z. ärztl. Fortbild. 1962, 56, 321. — 9. *Brod, J., Fencs, V., Hejl, Z., Jirka, J., Prát, V.*: Acta med. Acad. Sci. hung. 1963, 19, 117. — 10. *Campanacci, D., Bonomini, V., Zucchelli, P.*: Lancet. 1963, 2, 601. — 11. *Cavelti, P.*: Schweiz. med. Wschr. 1946, 76, 1082. — 12. *Chudomel, V., Ježková, Z.*: Lancet. 1961, 1, 965. — 13. *Dixon, F. J., Vazquez, J. J., Weigle, W. O., Cochrane, C. G., Grabar, P.,*

Miescher, P.: Immunopathologie c. müben. Schwabe. Basel/Stuttgart. 1959, 305. — 14. *Earle, D. P., Seegal, D.*: J. chron. Dis. 1957, 5, 3. — 15. *Fischel, E. E., Gajdusek, D. C.*: Amer. J. Med. 1952, 12, 190. — 16. *Földi, M.*: Vesebetegségek, *Rózsahegy, I.*: A munkaköri alkalmasság orvosi elbírálásának irányelvei c. mű I. kötet 5. fejezete. Medicina. Budapest. 1960. — 17. *Gotze, H., McCaughey, W. T. E., Womersley, R. A.*: Brit. med. J. 1964, 1, 351. — 18. *Gömöri, P.*: Belgyógyászati vesebajok. A gyakorló orvos könyvtára. Medicina. Budapest. 1962. — 19. *Hámori, A.*: Magy. Belorv. Arch. 1960, 13, 161. — 20. *Hámori, A.*: Orv. Hetil. 1962, 103, 817. — 21. *Hámori, A.*: Orv. Hetil. 1962, 103, 1063. — 22. *Hámori, A.*: Acta med. Acad. Sci. hung. 1963, 19, Suppl. 37. — 23. *Hámori, A.*: Orv. Hetil. 1964, 105, 114. — 24. *Hámori, A.*: A renalis hypertoniák pathomechanizmusa, *Gömöri, P.*: Belgyógyászati vesebajok c. müben. Megjelenés előtt. — 25. *Hámori, A., Czirner, J., Bibor, Z., Gofman, L.*: Acta med. Acad. Sci. hung. 1964, 20, 339. — 26. *Hámori, A., Tompa, S., Kádas, L.*: Magy. Belorv. Arch. 1958, 11, 173. — Acta med. Acad. Sci. hung. 1959, 13, 111. — 27. *Hetényi, G.*: személyes közlés. — 28. *Hradcová, L.*: Brit. med. J. 1963, 1, 1707. — 29. *Kay, C.*: J. exp. Med. 1940, 72, 559. — 30. *Kay, C.*: Amer. J. med. Sci. 1942, 204, 483. — 31. *Kellett, C. E.*: Lancet. 1936, 2, 1262. — 32. *Kramer, N. C., Watt, M. F., Howe, J. H., Parrish, A. E.*: Amer. J. Med. 1961, 30, 39. — 33. *Lange, K., Gold, M. M. A., Weiner, D., Simon, V.*: J. clin. Invest. 1949, 28, 50. — 34. *Lange, K., Graig, F., Oberman, J., LoCasto, F.*: Bull. N. Y. Acad. Med. 1951, 27, 392. — 35. *Lange, K., Graig, F., Oberman, J., Slobody, L., Ogur, G., LoCasto, F.*: Arch. intern. Med. 1951, 88, 433. — 36. *Lange, K., Slobody, L., Strang, R.*: Proc. Soc. exp. Biol. (N. Y.) 1953, 82, 315. — 37. *McCluskey, R., Benacerraf, B., Grabar, P., Miescher, P.*: Immunopathologie c. müben. Schwabe. Basel/Stuttgart. 1959, 318. — 38. *Marwede, M. H., Adams, D. A., Goldmann, R.*: Ann. intern. Med. 1964, 60, 539. — 39. *Örsten, P. Å.*: Acta med. Scand. 1962, 172, 259. — 40. *Petrányi, Gy.*: Orv. Hetil. 1957, 98, 973. — 41. *Pfeiffer, E. F., Bruch, H. E.*: Ergeb. inn. Med. Kinderheilk. 1953. N. F. 4. 670. — 42. *Pirquet, C. v.*: Ergeb. inn. Med. 1910, 5, 459. — 43. *Riley, C. M., Davis, R. A., Fertig, J. W., Berger, A. P.*: J. chron. Dis. 1956, 3, 640. — 44. *Sarre, H.*: Dtsch. med. Wschr. 1952, 77, 1158. — 45. *Schick, B.*: Jahrb. Kinderh. 1907, 65, Erg. Bd. 132. — 46. *Schwentker, F. F., Comptoier, F. G.*: J. exp. Med. 1939, 70, 223. — 47. *Thölen, H.*: Schweiz. med. Wschr. 1962, 92, 1226. — 48. *Thrupp, L. D., Cotran, R. S., Kass, E. H.*: J. Amer. med. Ass. 1964, 189, 899. — 49. *Vancura, A.*: Acta med. Scand. 1949, 134, 378. — 50. *Voraender, K. O.*: Dtsch. Arch. klin. Med. 1955/56, 202, 253. — 51. *Wedgwood, R. J. P., Janeway, C. A.*: Pediatrics. 1953, 11, 569. — 52. *Whalley, P. J., Martin, F. G., Pritchard, J. A.*: J. Amer. med. Ass. 1964, 189, 903.

MEGREDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az „ORVOSI HETILAP”-ot

„MEDICINA” kiadóhivatal, Budapest, V., Beloiannis u. 8. — Telefon: 318-969.