

**PÉCS — BARANYAI ORVOSNAPOK**  
**ELSŐ**  
**TUDOMÁNYOS KONFERENCIÁJA**

**PÉCS, 1969. NOVEMBER 27—29**

PÉCS — BARANYA FELSZABADULÁSÁNAK  
25. ÉVFORDULÓJA

ALKALMÁBÓL RENDEZETT

PÉCS—BARANYAI ORVOSNAPOK

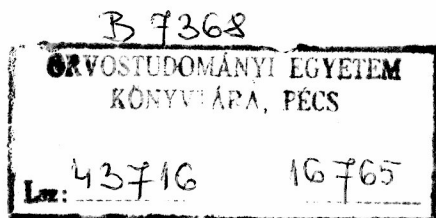
ELŐADÁSAI

AZ ORVOSNAPOK TÉMÁJA:

A GONDOZÁS ELVI ÉS GYAKORLATI KÉRDÉSEI

*Felelős szerkesztő:*

*Dr. Kóbor József és Dr. Tóth Emil*



PÉCS. 1969

## A VESEBETEGEK GONDOZÁSÁNAK PROGRAMJA

Dr. Hámori Artur, Dr. Gofman Ljubov, Dr. Boros György,  
Dr. Pásztory Ildikó, Dr. Süle Tamás, Dr. Tarján Jenő

Az új gyógyszerek és a modern műtéti megoldások eredményeként mind több vesebeteg marad életben. Ez a növekvő beteganyag új kötelességeket ró ránk. Mindent meg kell tennünk annak érdekében, hogy a vesebetegek viszonylagos jólétben minél tovább éljenek. De ez nem elég. Újra munkába kell állítani őket a vese teljesítőképességének megfelelően. Ezt kívánja saját boldogulásuk és a társadalom érdeke.

A vesebetegségek gondozásának alapelveit 400 beteg szoros megfigyelése alapján már különböző tudományos fórumokon előadtuk és megírtuk. Ebben a munkában tapasztalataink alapján az intézményes gondozás programját ajánljuk.

A gondozás tárgya természetesen minden chronikus vesebetegség, de az acut glomerulonephritis is, melynek gyógyulása nagyon elhúzódhatik. Gömöri szerint másfél évig, szerintünk két évig. Legutóbb pedig arról értesültünk, hogy a Red Lake melletti indián rezervátumban kitört nephritis-járványban olyan acut esetek is előfordultak, amelyeknek a gyógyulása 10 év múlva következett be.

Fel szeretnénk hívni a figyelmet a 14 év körüli, nephritisben vagy nephrosisban szenvedő gyermekek sorsára. Ezek a betegek a gyermekklinika gondozásából már kinőnek, és kallódnak, ha haladéktalanul nem kerülnek át a belklinika gondozási körébe.

A gondozás különleges nehéz feladata a kettős kórképek. Mindenféle kombináció előfordulhat, de különösen a pyelonephritis szokott gyakran más vesebetegségekhez társulni. Anyagunkban a postinfeciós glomerulonephritishez, idiopathiás nephrosis-szindrómához, lupus-nephritishez, Kimmelstiel-Wilson-szindrómához és polycystás veséhez társul elég gyakran, de amyloidosis és pyelonephritis, illetve húgyúti infectio együttes előfordulását is megfigyeltük.

Végül megemlítjük, hogy a gondozás további feladata lehet a chronikus haemodialysissal vagy vesetransplantációval életben tartott betegek sorsának irányítása. Ez a jövő.

Szervezési problémákról röviden csak annyit, hogy a gondozás három pilléren nyugszik:

1. körzeti orvos,
2. nephrologiai ambulancia,
3. klinikák vagy kórházak nephrologiai osztálya.

Felfogásunk szerint a gondozás tengelyébe a kellő diagnosztikai felkészültségű nephrologia ambulanciát kell állítani. A laboratóriumi háttér elengedhetetlen. Elengedhetetlen követelmény, hogy legalább azokat a tájékoztató vizsgálatokat el tudjuk ambulanter végezni, amelyek a vese teljesítőképességét és a kórfolyamat aktivitását mérik.

A glomerulonephritis aktivitásának legérzékenyebb jelzője a mikroszkópos haematuria Addis szerint meghatározva. A nephrosis-szindróma aktivitását a serum albumin g/100 ml érték jelzi. Pyelonephritis esetében pedig a csíraszám nagyon fontos, valamint a fehérvérsejt Addis-szám és a Sternheimer-sejteknek

az előfordulási százaléka. Az immunológiai háttérrel a serum-complement és az AST világítja meg legegyszerűbben. Mindenféle vesebetegség esetében nagyon fontos aktivitási jel, amelyet valahogy nem becsülünk kellőképpen: a vvt-súlylyedés. A vese teljesítőképességét az endogen kreatinin clearance, a serum-kreatinin és a MN alapján ítéljük meg. Természetesen konziliarius vizsgálatokat is igénybeveszünk, ezek közül a szemésznek és a mikrobiológusnak van legnagyobb szerepe.

A keringés beható ellenőrzése elengedhetetlen, mi a szív elektromos tevékenységén kívül még a mechanikai teljesítőképességet is ellenőrizzük (BKG). Hosszú steroid-therapia alkalmazásakor az időszakos gyomor-röntgenvizsgálat feltétele a felső gastrointestinalis komplikációk megelőzésének. Minden allergiás vesebetegben elvégezzük a kapilláris próbákat és a coagulációs viszonyokat ellenőrző vizsgálatokat.

A tájékoztató vizsgálatok minden kérdésre nem adhatnak felvilágosítást. A kórfolyamat részleteit legtöbb esetben csak kórházi vagy klinikai felvétel döntheti el. Az utóellenőrzés ismét ambulans feladat, de a vesebetegét évente legálább egyszer fel kell venni a nephrologiai osztályra, hogy a kórfolyamatot a modern tudományos igényeknek megfelelően minden részletében ellenőrizzük.

A körzeti orvos közreműködése nélkülözhetetlen. Feladata lenne a szűrés és a gondozásba vett betegek állapotában váratlan fordulatok felismerése.

A gondozási hálózat konkrét feladatai:

1. A chronikus állapotok acut exacerbatiójának megakadályozása. A prae-ventiót szolgálja minden infectio, de különösen a coccogen infectiók hatékony antibioticum kezelése. Újabban kiderült, hogy a chronikus nephritis fellángolását nemcsak nephritogen streptococcusok okozzák, hanem felsőlégúti banalis fertőzések is, amelyek mögött különböző vírus aetiologia rejtőzködik. Megfigyeléseink szerint a fertőzésekre rövid időn belül makroszkópos haematuriával reagálnak az idült nephritisben szenvedő betegek. Az acut exacerbatio kezelése klinikai feladat.

2. A chronikus vesebetegségek lassú progressiójának késleltetése. Ennek érdekében távol kell tartani az agresszív tényezőket (fizikai terhelés, lelki izgalmak, diétás hibák). Másik feladatunk a kórfolyamat aktivitásának csökkentése. Ennek eszközei az immunosuppressio allergiás vesebetegségek esetében, illetve a hosszú antibioticum therapia chronikus pyelonephritisben. Különösen az immunosuppressio veszélyes, és a legszorosabb ellenőrzés ajánlatos.

3. A lelki vezetés. A betegek magas vérnyomás, chronikus anaemia, befolyásolhatatlan húgyúti infectio miatt gyakran nyugtalanoknak. Modern követelmény, hogy ki kell irtani a baktériumot a húgyutakból, de ez nem mindig lehetséges két ok miatt: a) polyresistens a törzs, b) a húgyúti infectio mögött megoldhatatlan organikus elváltozás van. Ezekben az esetekben talán legnehezebb a lelki vezetés. A nyugtalanodó, nemegyszer kétségbeeső betegnek azt szoktuk mondani, hogy a húgyutakban lévő baktériumokkal éppen olyan symbiosisban él, mint a bélcsatornában lévő baktériumokkal, és kezelésre csak akkor szorul, ha panaszai vagy magas lázai lesznek.

4. Rehabilitáció. Sémás megoldás lehetetlen. Minden rehabilitációs törekvés kísérlet, amelynek irányító szempontjait tudjuk csak megjelölni.

Legfontosabb a vesebetegség aktivitása. Aktív kórfolyamat mellett a beteg nem dolgozhat. Sokkal nehezebb elfogadtatni azt az álláspontot, hogy ameddig a kórfolyamat javul, nem szabad a beteget munkába állítani, még akkor sem, ha már csak kis jelek utalnak a kórfolyamat aktivitására; vesebetegnek esetében

éppen úgy, mint coronaria oclusio után, meg kell teremteni a gyógyulás optimális feltételeit. Természetesen, ha a kórfolyamat aktivitása kicsi és stagnál, akkor megkísérelhetjük a munkába állítást, de éppen ezekben az esetekben a sűrű ellenőrzés elengedhetetlen.

Másik szempont a vese teljesítőképessége. Egyetértünk Broddal abban, hogy könnyű 8 órás fizikai munka megengedhető, ha az endogen kreatinin clearance 50 ml/perc, vagy ennél több.

Harmadik szempont a munkakör megválasztása. Nem elég könnyű és nehéz fizikai munkát megkülönböztetni. Csak a legfinomabb megkülönböztetés biztosítja a sikert. Pl. tudnunk kell azt, hogy más megterhelés éri a Diesel-mozdony, a gőzmozdony és a bányáüzem-mozdony vezetőt. Egészen más feladat egy sebész adjunktus, mint egy hegedűtanár munkába állítása.

Szabad legyen *Addis* szavait szabadon idéznünk: Rehabilitációs munkánk akkor éri el célját, ha a vesebeteg még halálos ágyán is azt érzi, hogy egész életemben ugyan beteg voltam, de mégis győztem, mert egész életemben dolgozhattam.

Ez a sokrétű munka csak akkor lehet sikeres, ha megteremtjük anyagi és személyi feltételeit. Ezért először csak minimális programot ajánlunk.

1. Mintakerületekben el kell rendelni a szűrést. Egyszerű test-papírok léteznek, amelyekkel megállapítható a proteinuria, mint pl. az Uristix papír, amely fehérjére és cukorra érzékeny. A Tarján-féle Hemotest-papír némi módosítással alkalmas arra is, hogy megállapíthassuk a rejtett haematuriát. Az Uriglox segítségével egyszerűen felismerhetjük a bakteriuriát, és ellenőrizhetjük kezelésünk eredményességét.

2. A mintakerületekben működő nephrologiai ambulanciákat támogatni kell orvosai rendelőintézeti órákkal, rendelőintézeti gondozókkal, adminisztratív erők és laboratóriumi asszisztensek beállításával, vegyszerekkel, laboratóriumi üvegárukkal és röntgenfilmekkel.

Végül nephrologiai osztályokat kell felállítani legalább az ilyen kerületekben, és ami nélkülözhetetlen, az eddigi kezdeményezések erkölcsi támogatása.

Távlati program: Az elért eredmények alapján ki kell terjeszteni a gondozás hálózatát fokozatosan akár országos méretekben is, és szervesen össze kell kapcsolni majd a chronikus veseelégtelenséggel, haemodialysissal és vesetransplantációval foglalkozó nephrologiai központtal. Ennek megvalósításához rengeteg pénz kellene, de talán megérné. A gondozásnak nemcsak gyakorlati, hanem elméleti jelentősége is van. A chronikus vesebetegségek sorsának retrospectív elemzése a gondozás keretén belül, előmozdítja a chronikus vesebetegségek pathogenesisének jobb megértését és az új, ragyogó therapiás lehetőségek értékelését.