



Életben akarunk maradni

Valamennyien együtt az egyesületalapító, megalakuló közgyűlésen találkoztunk tavaly decemberben. Az akkor megalkotott Alapszabályba foglaltuk azt is, hogy folyóiratot indítunk.

A folyóirat itt van. A következő közgyűlésig a VESEVILÁG lesz kéthavonta találkozásaink fóruma, egyesületi tagjainkat egybefűző, sorstársi kötelék,

a tagság és az országos vezetőség között a kölcsönös tájékoztatás közvetítője és érdekeink képviselőjének közösségi szervezője.

Legfőbb érdekünk az, hogy életben maradjunk.

Elégtelen vesével is és új vesével is az életben, a családban, a társadalomban van a helyünk. Védjük meg! Az egészségügyi kormányzat, az orvos-szakmai

testület vállalja érdekeinket. Élvezzük a társadalompolitikai szervezetek mozgalmi segítségét, a Magyar Vöröskereszt pártfogását, a Soros Alapítvány, a Rolitron Kiszövetkezet anyagi támogatását és több gazdasági vezető ígéretes érdeklődését. A Vesebetegek Országos Egyesülete társadalmi összehangolója, érdekegyeztetője, szervezője lehet a többfelől érkező jóakaratnak, sőt: kezdeményezője, ébresztője és megsokszorozója is. Nekünk mindig a pusztá életünkről van szó.

Amikor a lakosság teljes szűrését szorgalmazzuk, hogy időben gyógyítható legyen a kór, amely népbetegség módjára mind több gyanútlan egészséget fenyeget. Amikor azt óhajtjuk, hogy mindenütt a beteg állapothoz, körülményeihez igazítsák a művesekezést. Amikor életszeretetünk, családjunk és munkánk iránti felelősségünk sürgeti: az legyen az orvosetikai-lelkiismereti parancs, hogy minden megállapított agyhalál esetén nyerhető két vesével-egyidejűleg - mentsenek meg két vese nélkül élet.

Azért hallatjuk egyesületi tagságunk hangját mindenütt, ahol bennünket érintő dologról eshet szó, mert az mindig pusztá létünket érinti.

A VESEVILÁG születésnapja egybeesik a KGST keretében fogant INTERTRANSZPLANT budapesti tanácsülésével. Ez nem véletlen. A nemzetközi orvostanácskozás résztvevőinek adjuk át az első példányokat. Így méltányoljuk meghívásukat, a szólás jogát, amellyel megtisztelték. Így fejezzük ki nagyrabecsülésünket a szocialista országokból érkezett szakembereknek, akik a veseátültetés nemzetközi rendszerének fejlesztésével nyújtanak reményt számunkra.

Velük együtt valljuk, hogy a betegnek nyújtható gyógyítást nem korlátozhatják az országhatárok.

ADÁM EDIT
a Vesebetegek Országos
Egyesülete elnöke

ИЗ СОДЕРЖАНИЯ:

ДР. ЮДИТ ЧЕХАК, министр социальных дел и здравоохранения: Уважаемые Союзники Мои! (письмо к членам Государственного общества больных, страдающих болезнью почек)

ДР. ДЬЕЗЕ ПЕТРАНИ, проф. др. мед. науки: Ознакомление с деятельностью ИНТЕРТРАНСПЛАНТ

ДР. ДЬЕРДЬ ГАЛ, проф. др. мед. науки: Лечение гемодиализом больных, страдающих хронической недостаточной работой почек в южной части Венгрии.

АГОТА ЭРЭШ, журналист: — дайте! Почку дайте... (Репортаж о больных Дестской клиники № 1)

ДОМОКОШ ЧУКА, зав. коммерческими делами мелькой операции "РОЛИТРОН": Приспособление к состоянию больного.

ДР. ПАЛ ВЕРЕШ, врач-журналист: Половая жизнь больных, страдающих болезнью почек

FROM CONTENT

DR. JUDIT CSEHÁK Minister of Social Affairs and Health: Letter to the members of the Association of Hungarian Nephropathic Patients.

DR. GYÖZÖ PETRÁNYI University Professor, doctor of medicine, President of Intertransplant: About Intertransplant.

DR. GYÖRGY GÁL University Professor, doctor of medicine: Condition of chronic hemodialysis in South Hungary.

AGOTA ERŐSS, journalist: About children suffering from renal insufficiency.

DOMOKOS CSUKA, commercial director: About Applicability of device guided by the general status of the patient.

DR. PÁL VERES "Gold Pen" Awarded physician - journalist: About the sexual life of nephropathic patients.



adhatok! vesét a

(A riport a 8-9. oldalon olvasható.)

REMÉNYEINKKEL KÖSZÖNTJÜK AZ INTERTRANSZPLANT TANÁCSÜLÉSÉT BUDAPESTEN!
С НАДЕЖДОЙ ПРИВЕТСТВУЕМ В БУДАПЕШТЕ ЗАСЕДАНИЕ СОВЕТА ИНТЕРТРАНСПЛАНТ

Így élünk mi

Veseklub Kaposváron

Somogy megye közel 1450 vesebetege részére korábban hiányzott egy olyan lehetőség, ahol gondjaikat szakemberekkel és egymással megbeszélhetik.

Ezért dr. Tóth Tibor a Somogy megyei Kórház Vese gondozó főorvosának kezdeményezése nyomán 1987. szeptember 21-én megalakítottuk Kaposváron a Somogy megyei vesebetegek és hozzátartozóik klubját. A klub tájékoztatja a betegeket és az érdeklődő hozzátartozókat a betegségről, a diétáról, a szükséges életvitelről, súlyosabb esetekben a dialízis lehetőségéről, a műveseállomások működéséről, a vesebetegek pszichés állapotáról, a családi környezet alkalmazkodásáról. Előadások, beszélgetések egymást követik. Segítséget kívántunk adni a betegek részére különböző ismertetőket, ételrecepteket beszerzésével, sokszorosí-

tásával. Felhívtuk a figyelmet a „Vesebetegségről vesebetegeknek” című könyv hasznosságára.

Társadalmi gyűjtést indítottunk a kaposvári műveseállomás létrehozására. A kezdeményezést felkarolta a Somogy megyei Vöröskereszt főtitkára Honfi Istvánné: megoldotta a klub számára a terem gondját, megszervezte a társadalmi gyűjtést.

Első – negyedéves – klubfoglalkozásunkon dr. Tóth Tibor a vesebetegségek különböző formáiról, a követendő diétáról és életvitelről tartott előadást. Tavaly a decemberi találkozónkon Szalma Istvánné a Somogy megyei Kórház dietetikusa különböző betegségfázisban követendő diétákról adott tájékoztatást és receptekkel látta el a hallgatóságot. Március 14-én dr. Fazekas László a budapesti Margit Kórház adjunktusa tartott előadást „a vese-

betegek pszichés állapotának befolyásolása” címmel.

Az elmúlt év decemberében részt vettünk a Vesebetegek Országos Egyesületének alakuló közgyűlésén. Mivel célkitűzéseink lényegében azonosak, bejelentettük csatlakozási szándékunkat.

Mára február végéig közel 700 ezer Ft gyűlt össze a megye lakóinak áldozatkészségéből. Szeretnénk, ha legalább két géppel járulnának hozzá a megye lakói, vállalatai, szövetkezetei, intézményei a kaposvári műveseállomáshoz. Ezt szorgalmazták a Vöröskereszt aktivistái és a klub megbízottai.

Szeretnénk a betegek hozzátartozóit minél nagyobb számban „pártoló tagnak” megnyerni.

És még mit szeretnénk?

Azt, hogy minél több rászoruló beteg kaphasson új vesét.

BAKSA JÓZSEF
a VESEKLUB elnöke

Így csináltuk a Bajcsy-Zsilinszky kórházban

Amikor dializált beteg lettem 30 évesen, 1981. október 9-től, akkor még vidéken laktam és Szegedre 60 km-es távolságról mentővel jártam művesekezésre.

Előtte több órával jött értem a mentő és utána is több órával vitt haza. Ráment egy egész napom. Amióta a szatellita állomások dr. Gál György professzor vezetésével létrejöttek, alaposan csökkent az ideodázás ideje. Azt, hogy már 7 éve viszonylag jó állapotban vagyok, ennek az időszaknak, a szegedi orvosoknak és nővéreknek is köszönhetem. Ők és a betegársak megtanítottak a diétára, a folyadék bevitelre, a táblázatokra, a helyes életmódra. Meg kellett tanulni újra rendezni a mindennapjaimat. Mire beletanultam, olvastam, utánajártam, tanácsokat kértem, megszoktam a tilalmakat és az előírásokat, jött egy teljesen új dolog. 1982. március 24-én sikeresen transzplantáltak, de 10 hónap után kilökődés miatt eltávolították. Ám a tíz hónap közben egy újabb étkezési formát kellett megtanulnom. Ellenkezőjét annak, amire addig szoktattam magam: változatos étrend és több folyadék. A vese kivétel után költöztem Budapestre.

A Bajcsy-Zsilinszky Kórházban kezelték és itt alakult ki igazán a mosta-

ni elfogadható állapotom. Miután sokat tapasztaltam és mindent a saját életemen kellett megtanulnom, megosztottam amit tudtam betegársaimmal. Láttam, hogy nem elegendő, ha a szakemberek egyszer-kétszer elmondják a betegnek a mindennapra vonatkozó utasításokat, ezeknek a dolgoknak rögződniük kell. Különböző ételital könnyen „bűnbe” visz, s akkor jönnek a szenvedések. A beszélgetésekre a kezelés közben és előtte-utána nyílik alkalom. Nem mindenki veszi ugyan jó néven, van aki okoskodásnak tartja, de a nagy többség elfogadja és kérdez. Elmondja saját tapasztalatait a kellemetlen érzésekről és megvitatjuk, hogy kinél hogyan jelentkeznek a bajok.

Ezek a beszélgetések vezettek oda, hogy hétfőeken is szeretnénk volna találkozni. Kezdünk kirándulásokat szervezni és ki-ki hozta családját is. Először csak 7-8 fő jött egy-egy erdei sétára, múzeumba, várnézésre. A Szalajka völgybe már többen autóval, ott már a főnővér és a nővérek is elkísérték bennünket magánemberként. Ezután Lovász Pál vállalkozott a nagyobb szervezésekre. Ellátogattunk – egyik betegársunk meghívására – 10 autóval Salgótarján, Ipolytornác útvonalon egy egész napra hozzájuk. Nagyon fárasztó volt, de mind a 45-en

igazán jól éreztük magunkat. Tavaly Csopakra, majd egy másik betegársunk meghívására Visegrádra látogattunk. A 40 fős kirándulásaink mindig a legrosszabb állapotú betegek közérzetéhez igazítottuk.

A kirándulásokat jó előre meghirdettük. A részletes leírást kifüggesztettük a betegek szekrényére. Többen nem olvasták el pontosan. Ezért mindig személyesen is megbeszéltük. Ez bizony időbe és fáradságba került, de megérte. Volt rá példa, hogy rendszeresen más műveseállomás betegei is velünk tartottak. A gödöllői forrásnál Juhász doktor a Margit Kórházból, Szabó doktornő a Bajcsy-Zsilinszky Kórházból is velünk ázott a szakadó esőben szalonna-sütés közben.

Az így kialakult közösségi kapcsolatot a kezelések hangulatát is megváltoztatja. Van közös élmény, kezelések közben is lehet emlékezni és tervezgetni az újabb kirándulásokat. Így, hamarabb telik az öt óra és talán még rosszul sincs a beteg annyiszor.

Amikor Ádám Edittel megkezdtük az egyesület szervezését, az életben maradásra és sorsunk könnyebb elviselésére szövetkeztünk mindazokkal, akik velünk tartottak. Azok csatlakoztak elsőként mind a fővárosban, mind a megyékben, akikben már munkált a közösségi érzés: egy-egy veseklub, egy-egy kiránduló csapat. Ha ezután sikerül az ilyen helyi kezdeményezéseket általánosítani, a tapasztalatokat szélesebb körben megosztani, ez élteti majd igazán országos egyesületünket.

TÓTHNÉ FEKETE ILONA
főtitkár

Elégtelen vesével teljes életet

Pályázatot hirdetünk azok számára, akik nem adják fel, akik betegségük ellenére sem mondanak le a boldogságról, az örömről, arról, hogy szépen éljenek, tevékenyen és hasznosan továbbra is.

Szeretnénk, ha mások erőre kapnának példájukból és tapasztalataikat, sikeres módszereiket a maguk javára fordíthatnák.

Teljes életet?

Még egészségesen, munkabíró, fiatalon, jól felkészülten és sikeresen sem könnyű. Hát még vesebetegséggel! A munkavégzésben korlátozva, túl az ifjúságon, esetleg pályamódosításra kényszerülten, kudarcok között, vagy éppen egyedül, talán magányossá válva, anyagi gondokkal küzködve folytatni vagy újra kezdeni: testi-lelki megpróbáltatás. A betegség pusztító elviselése, a velejáró megterhelés és az orvosi tilalmak éppen eléggé igénybeveszik lelkierőnket, semhogy még bármit is tegyünk. Mégis vannak, nem is kevesen, akiknek sikerült.

Hogyan?

Kérjük írják meg a VESEVILÁG-nak, pályázzanak vele!

A pályázat témakörei

1. Együttélni a betegséggel, tevékenyen.
2. Vesebeteg a családban
3. Eredményes egyesületi élet.

A pályaműveket megérkezésük sorrendjében közöljük a VESEVILÁG-ban, ha alkalmasak. A legjobbak díjazását szaktekintélyekből álló zsűri állapítja meg, közjegyző jelenlétében. Eredményhirdetés a decemberi VESEVILÁG-ban: a díjakat folyóiratunk júniusi számában tesszük közzé.

A pályaművek terjedelme, műfaja korlátlan. Beküldési határidő 1988. október 1.

Pályázni lehet névvel vagy jeligével és mellette zárt borítékban névvel és laccímmel.

Csak egyesületi tagoktól fogad el pályázatokat és kíván hozzá sikert:

a VESEVILÁG

Bp. 1051 Arany J. u. 31.

(a Magyar Vöröskereszt székháza)

Pályázat



Szociális- és Egészségügyi Miniszter

A Vesebetegek Országos Egyesületének

KEDVES SZÖVETSÉGESEIM!

Önök azzal, hogy megalakították egyesületüket, megteremtették a beteg-orvos viszony számára az új, a megszervezhető partneri kapcsolatot. A gazdagabban szerveződő együttműködés megnöveli közös céljuk, az élet, az egészség esélyeit.

Tudomásom van róla, hogy a vesebetegek orvoslását szolgáló egészségügyi dolgozók, az orvosok, a tudósok milyen megbecsüléssel fogadták egyesülési szándékukat és közös céljaik elérésének reményében egyesületük mellé álltak. Nem kevesebb megértéssel és együttműködési készséggel karolták fel egyesületük első lépéseit a társadalompolitikai, mozgalmi szervezetek. Vállalkozó kedvük kézzelfogható érdeklődéssel találkozott a gazdaságban dolgozó vezető szakemberek részéről is.

Alig jutottak túl az egyesületi vajúdáson és máris mennyi jóakaratot nyertek meg céljaik számára. Hát hogyan vállalnám egyesületük öntevékeny tagjaival a szövetséget!

Államunk szocialista rendje arra kötelez, hogy munkatársaimmal megteremtjük a bajba jutottak, a betegek védelmét minden szükséges eszközzel. Ám, ha annyira bővebben volnánk különösen a pénznek, mint amennyire

nem vagyunk, akkor sem lennénk képesek az Önök baján Önök nélkül úgy segíteni, ahogyan azt mindnyájan szeretnénk. Ugyanis csak pénzzel és csak főhatósági munkával nem lehet helyi öntevékenységet, kedvező társadalmi befolyást és megfelelő szemléletet úgyszólván előállítani. Ezért mint szövetségest nagyra becsülöm egyesületük tagságát és azt a társadalmi összefogást, amely a VESEVILÁG-ban is szerveződik. Bizom benne, hogy a valamennyi illetékes – betegek, ápolók, orvosok, tudósok, politikai munkások, gazdasági-műszaki szakemberek – folyóirata hozzáértő nyilvánosságot teremt a betegek védettsége érdekében.

Tudom, hogy nagyon nehéz. Elégtelen vesével munkás életre törekedni, helytállni a családban, olyan önfegyelmével élni, amelyről a kívülállónak fogalma sem lehet és mégis a teljes élet vágyával lelkesen munkálkodni az egyesületi sorstárak érdekében: különösen nehéz.

Kérem, fogadják tisztelő üdvözléteimet és örülnek, ha szövetségesüknek tekintenének.

DR. CSEHÁK JUDIT

Köszönjük a hitét Harmatiné!

Harmati Gáborné 15 éve folytatja a művesekezelést. A 2250. kezelése után beszélgettünk.

– Hogyan emlékszik az első kezelésekre?

– Annak idején, másfél évtizede, egyetlen kezelés 8 órát vett igénybe, csekély hatékonysággal. Egy-másfél kilogrammot is csökkent a testsúlyom egy-egy ilyen kezelés alkalmával. Jóval kevesebb beteget tudtak ellátni akkoriban. A ma használatos kapilláris szűrőket nem ismertük. A kezelőszemélyzet sem volt ilyen rutinos mint napjainkban. Azokban az időkben egy kezelés, a szúrás a fisztula, az érkatéter mind-mind több gondot okozott. Hiszen az orvosok és a nővérek is csak akkor ismerkedtek meg a kezelés technológiájával.

– Betegsége milyen változást hozott az életébe?

– Teljesen megváltoztatta az életem. Férjem elhagyott. A két gyermekkel magamra maradtam. Szerencsémre a barátok, az igaz barátok mellém álltak. Ma már mindkét gyermekem családos. Van három gyönyörű unokám. Övék a szabadidőm.

– Kezelések-szabadidő-család hogyan hangolható össze?

– Most egy héten háromszor jövök 50

km távolságból kezelésre a Debreceni Klinikára. Általános állapotom kielégítően jó, nem panaszkodhatom. Ritkán vagyok nefrológiai osztályon fekvőbeteg. A jelenlegi 4 órás kezelése több szabadidőt hagynak, így sokkal több idő jut a családra. A nagyobb lányommal élek közös háztartásban, sokat tudok segíteni a házimunkában.

– A Vesebetegek Országos Egyesületének megalakulása óta tagja. Mit vár az Egyesülettől?

– Segítsen gondjainkon! Örülök az Egyesületnek. Legyen jó fóruma a betegeknek. Járjon el az érdeklünkben.

– Mit tanácsol azoknak a beteg társaknak, akik most kezdik a művesekezelést?

– A legfontosabb, hogy betartsák az orvos utasításait. Ne lépjék túl a diéta, a folyadék- és gyümölcsfogyasztás korlátait.

– Mint beteg, sohasem szegte meg a tilalmakat?

– Soha! Ezt a szövődménymentes másfél évtized is bizonyítja. Elfogadtam az orvosok utasításait. Bízom bennük és hittem az életben.

– Köszönjük a hitét Harmatiné.

EÖLYÜS ISTVÁN

VESEVILÁG 3

Ismerkedés az Intertranszplanttal

Ahhoz, hogy az Intertranszplant jelentőségét meg tudjuk érteni, szükséges előbb megismerkednünk egy alapvető kérdéssel, mely a veseátültetés eredményességének biztosításához az egyik legfontosabb tényező. A vesét kapó szöveti típusa lehetőleg minél hasonlóbb kell, hogy legyen az átültetésre kiválasztott vese szöveti típusával. Ahogy az ujjlenyomatunk, arcvonásaink, alkatunk, testi és lelki tulajdonságaink jellemzőek és bizonyos mértékig egyediek minden emberre, úgy a szervezetünket felépítő sejteinknek is megvan az egyénre jellemző arcvonása, ujjlenyomata. Más ember szervezetéből származó sejteket az immunrendszer felépítő fehérvérsejtek képesek megkülönböztetni a sajátjától.

Az immunvédekezés célja, hogy kilökődési reakció segítségével az idegen szövetet eltávolítsa. Ez a reakció természetesen annál gyengébb, könnyebben befolyásolható, ha a beültetett szerv szöveti típusa azonos, vagy nagyon hasonló a szervet befogadó egyén sejtjeinek típusával. A veseátültetés esetében a hosszú és kilökődésmentes túlélést tehát elsősorban a vese és a recipiens jó szöveti típus egyezése biztosítja. Az emberi faj egyedei azonban nagyon nagy változatossággal rendelkeznek, hiszen gondoljunk arra, mennyit kellene járnunk a világban és milyen hosszú ideig, hogy külső jellegekben és jellegekben megtaláljuk hasonmásunkat, hacsak nem rendelkezünk egypetéjű ikertestvérrel. De még egy fajtán pl. az európai, vagy mongol (kínai és japán), illetve négerek csoportján belül is nagyon különbözhetnek egymástól az emberek. Csak gondoljunk Európában az északi féltekén élő magas, szőke típusú svéd lakosságra összehasonlítva például a magyarokkal, akik inkább zömökebb alkatúak és a barna haj és szemszínnel jellemezhetőek. Ugyanez a változatosság található a népcsoportokon belül a szöveti típus tekintetében is. A szöveti típus, illetve antigén rendszer (transzplantációs antigének) olyan sokszínű, hogy csak több százezer ember között találunk szöveti típus szempontjából két azonos egyént. Mindebből egyértelműen következik, hogy egy-egy recipiens számára lehetőleg minél nagyobb választékot kell biztosítani ahhoz, hogy előbb vagy utóbb a hozzá legjobban hasonló

vesét meg tudja kapni. Ez pedig csak úgy képzelhető el, miután a veséket az esetek többségében balesetben elhunyt személyekből tudjuk nyerni, ha lehetőleg nagy földrajzi területek nagyszámú lakosságát figyelembe véve, egy-egy esetben lehetőleg minél nagyobb számú várakozó közül tudjuk, az adott veséhez leginkább hasonlót kiválasztani. Így már könnyebben érthető miért van szükség nagy nemzetközi vesetranszplantációs szervezetekre. Európában az első Leidenben alakult meg és Eurotransplant néven működik ma is. Hasonló szervezeti egységek találhatók Angliában, Franciaországban és Észak-Európában is, mint ahogy Kelet-Európában az Intertransplant.

Az Intertranszplant megalakulását tehát igen fontos szakmai előzmények készítették elő.

Az immunológusok régóta összefogva nemzetközi műhelymunkák segítségével alakították ki a közös szöveti típus meghatározás módszerét. Sejteket, savókat, vért cseréltek egymással, vizsgálták le vakon a mintákat és érték el, hogy minden országban azonos módszerrel, közös szempontok alapján ugyanúgy tudják a szöveti típust meghatározni. A sebészek felkészülése, az összeköttetés megteremtése, a számítógépes kiválasztási program megalkotása, mind előzménye volt az 1979-ben aláírt államközi megállapodásnak, mely azután hivatalos formában is biztosította az Intertranszplant tevékenységét. Szükség is volt erre, hiszen az azonnali légiszállítás, a vámkezelés alóli kivétel, a telekommunikációs kapcsolat, a mentő-repülőgép igénybe vétele, jogi, pénzügyi kérdések, mind feltételei egy jól működő nemzetközi vesetranszplantációs együttműködésnek. Az Intertranszplant központja Prágában van, ahol egy nagy komputerben minden résztvevő ország vesére váró betegeinek adatait tárolják. Hogy mely adatok fontosak a kiválasztás szempontjából, azokat most nem részletezhetjük, de szívesen elmondjuk és megmutatjuk intézetünkben (Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet) minden érdeklődőnek. Közvetlen telex kapcsolat a komputer és a résztvevő országok koordináló centrumai között az együttműködés egyik legfontosabb összeköttetése. Mielőtt az In-

tertranszplant 1980-as évektől meginduló tevékenységének egy két jellemző adatát bemutatnánk, célszerű megismerkedni a résztvevő országokkal.

A résztvevők névsora Bulgáriával kezdődik. Bulgáriában nagyon hosszú időn keresztül nagyon elmaradott volt a művese kezelés szakmai színvonala, azonban az 1970-es évek elejétől kezdve rohamos fejlődés indult ezen a téren. Ez azt eredményezte, hogy ma már Bulgáriában szinte minden arra rászoruló ember művese kezelésben részesülhet. Természetesen nem véletlen ez a nagy arányú fejlődés, mert azokban az időkben az Egészségügyi Minisztérium élére egy olyan nefrológus szakember került, akinek szívügye volt a művese kezelés fejlesztése. Sajnos azonban nem fejlődött ezzel párhuzamosan a transzplantációs tevékenység, melyet elsősorban jogi és etikai kérdések gátoltak. Nem volt Bulgáriában olyan törvény, amelynek alapján az agyhalált meg lehetett volna állapítani. Nem lehetett tehát a vesék védelmét célzó kezelést a halál beállta után beindítani. Csak az elmúlt évben (1987-ben) sikerült egy igen korszerű törvényt életbe léptetni, mely azután ugrásszerűen elősegítette a transzplantációs aktivitás megindulását.

Következő ország Csehszlovákia, melyben talán leghamarabb alakultak ki a transzplantációs aktivitás feltételei. Kiváló sebészek és immunológusok már régóta előkészítették a transzplantációs programot, mely azután az 1970-es években Csehszlovákiában széles körben megindult. Ma már ebben az országban számos szív, máj és hasnyálmirigy átültetést is végeznek. Prágában külön transzplantációs intézet van, mely csakis a művese kezelésben és transzplantációban részesülő betegeket gondozza.

Nagyon érdekes Kuba szereplése az Intertranszplant tevékenységben. Ez az ország a távolság miatt természetesen nem vehet részt a vese-cserékben, ezért csak a szakmai kapcsolatot tartja fenn az Intertranszplanttal, viszont mind a művese kezelés, mind a transzplantáció programja a leglátványosabban fejlő-

dött. Ez sem véletlen, hiszen Kubában az állam programjában az első helyen a kulturális fejlődés biztosítása áll (az analfabétizmus megszüntetése miatt), második helyen az egészségügy fejlesztése és a harmadik helyen a lakásépítési program. Maga Fidel Castro több beszédében lelkesen hívta fel a kubai lakosságot és egészségügyi dolgozókat a transzplantáció, a vese-donor szolgálat fejlesztésének szükségességére. A kubai kollégák egy alkalommal az Intertranszplant ülésre el is hozták azt az újságot (a kubai Népszabadságot), mely több oldalon keresztül idézte Fidel Castro beszédét a vesetranszplantáció hazafias szempontjairól.

Az NDK kiemelkedő helyet foglal el az Intertranszplant tevékenységében. A szocialista országok közül itt ugyanis az egészségügy részesedik a legnagyobb arányban az állami költségvetésből. Ennek eredményeképpen, beleértve a kiváló, nemzetközileg elismert szakember gárdát is, a legjobb feltételeket tudták eddig biztosítani a művese kezelésre várók számára. Hazailag előállítottak kiváló művese készülékeket, dializátorokat, és a legegyszerűbben biztosították az országon belül a művese hálózatot. Transzplantációs program is talán a legszervezettebben folyik. A donor szolgálat olyan jó hatásokkal működött, hogy éveken keresztül ellátták a szomszédos tagországokat is számos vesével, de még az Eurotranszplant számára is tudtak veséket küldeni. Magyarországon voltak olyan évek (1982, 1984), amikor a beültetett vesék egy harmadát az NDK-ból kaptuk.

A magyarországi helyzet* ismert, erről külön nem kívánunk beszélni az Intertranszplant tevékenységen belül.

Lengyelország tevékenysége labilis. Bizonyos vonatkozásban kiemelkedő eredményeket érnek el, más tekintetben azonban elmaradtak. A művese kezelés hálózata pl. messze van még a megkívánttól, viszont a transzplantációs tevékenység és az utókezelés szakmai színvonala nagyon magas. Lengyelországban a legjobb a beültetett vesék funkcionális túlélése. Különleges immunosuppresszív kezelést alkalmaznak, mely utókezelést egy külön, e célra felállított intézetben végzik. Donor-vese szolgálat terén is az utóbbi időben nagy lépéseket tettek előre.

*A hazai viszonyokról, illetve a Szovjetunióról szóló ismertetést későbbi számunkban közöljük.

Az Intertranszplant országok közül **a Szovjetunióban* végzik a legtöbb vesetranszplantációt.** Ez természetes, hiszen a legnagyobb népességű tagország. Ha azonban az 1 000 000 főre eső transzplantációk számát nézzük a program nem elégíti ki a szükséges igényeket.

Végül az Intertranszplant egész tevékenységének fejlődésére két táblázatot szeretnénk bemutatni, mely egyrészt az 1980–86-ig terjedő időszakban az egyes országok vonatkozásában a bejelentett transzplantációk számát mutatja be (1. táblázat), továbbá azt, hogy ez a transzplantációs aktivitás a szóban forgó tagország lélekszámához viszonyítva milyen arányú (2. táblázat). Az Intertranszplant együttműködésnek az egyik előnye, hogy a minden évben történő hivatalos kiértékelések nyíltan és őszintén feltárják a valóságot, mely az elmaradottabb országokban az egészségügyi kormányzat figyelmét felhívja a sürgős tennivalókra. Sok egyéb szakmai kérdésre is kiterjedő analízist a prágai számítógép központja végez el. Az adatok kiértékelése minden évben egy alkalommal más-más tagországban az ún. Intertranszplant Tanácsülésen történik meg. Itt hoznak határozatokat arra vonatkozóan, milyen új eljárásokkal kell a jobb és szövődménymentes esetülést elősegíteni.

A Budapesten lezajló Intertranszplant Tanácsülés két szempontból is fontos. Egyrészt az immunizálódott

betegek számára próbál jobb szervnyerési lehetőséget biztosítani azáltal, hogy számukra a vesék küldését az egyik országból a másikba bizonyos feltételek mellett kötelezővé próbálja tenni. Ehhez természetesen az kell, hogy havonta ezekben a betegnek a savóját az ún. kereszt próbához minden résztvevő ország egymásnak elküldje. Természetesen még a megállapodáshoz szükséges szakmai feltételek bizonyos tekintetben tisztázásra szorulnak, melyeket közösen végzett kutatások fogják elősegíteni. A másik fontos kérdés, hogy hogyan lehet a megváltozott gazdasági és adminisztrációs körülmények között (bizonyos KGST kutatási programok megszűnése) az Intertranszplant számára feltétlenül biztosítani a szakmai továbbfejlődéshez szükséges közös munkálatokat. Ezek között a művese készülékek fejlesztése, az immunológiai kérdések megoldása és az együttműködés szervezési feltételeinek javítása lesz talán a legfontosabb témacsoport. Nagyon bízunk valamennyien abban, hogy közös erővel, egymás segítségével és a tapasztalatok kicserélésével minden ország a saját vesebetegei számára a gyógyulás jobb feltételeit tudja majd biztosítani. Ehhez a szakemberek erőfeszítése, az egészségügyi kormányzat támogatása, a társadalom áldozatkészsége és a betegek türelme, valamint közreműködése is feltétlenül szükséges.

DR. PETRÁNYI GYÓZÓ
egyetemi tanár
az orvostudomány doktora

1. táblázat

Az Intertranszplant keretében végzett veseátültetések
1980–1986-ig terjedő időszakban

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	ÖSSZ.
BULGÁRIA	6	9	0	0	0	9	4	28
CSEHSZLOVÁKIA	78	87	93	134	130	147	151	820
KUBA	61	45	37	67	63	70	123	466
NDK	123	138	172	141	177	165	204	1120
MAGYARORSZÁG	42	39	41	52	63	70	52	359
LENGYELORSZÁG	49	40	49	98	129	153	266	784
SZU	84	193	187	150	138	128	189	1068
INTERTRANSZPLANT	442	551	579	642	700	742	988	4645

Magyarország ebben az időszakban 71 vesét kapott a tagországoztól és 17 itthon fel nem használható vesét küldött a tagországoknak.

2. táblázat

Egyes Intertranszplant országok 1 000 000 főre eső vesetranszplantáció
1986

	Lakosság (millió)	1986. évi transzplantációk	transzplantáció per 1 millió fő
CSEHSZLOVÁKIA	14.5	151	10.41
KUBA	8.5	123	14.47
NDK	17.1	204	11.92
MAGYARORSZÁG	10.3	52	5.05
LENGYELORSZÁG	32.9	266	8.08

Krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek

A „krónikus hemodialízis program” megvalósítása 1970-ben kezdődött, amidőn az Egészségügyi Minisztérium 20 db angol hemodialízis készüléket (Lucas) vásárolt Budapest, Miskolc, Pécs, Szeged részére, míg Debrecen cseh művese-rendszerrel kezdte meg működését. Ezek a városok, illetve az ott létesített regionális „művese központok” feladata lett a hozzájuk tartozó terület hemodialízis igényének kielégítése.

A múlt: (1953–1971) Szegeden, a Sebészeti Klinikán 1953 óta foglalkozunk a művi méregtelenítés különböző változataival, az ehhez szükséges készülékeket magunk gyártottuk. Előbb csak akut urémiás, heveny mérgezett betegeket kezeltünk, majd 1966-tól alkalmaztuk a sorozatos művese-kezelést krónikus veseelégtelenség végtádi-umában lévő betegek életbentartására. 1969-ben jelent meg az Orvosi Hetilapban közleményünk egy betegről, akit mindkét veséjének eltávolítása után három hónapig hemodialízis kezelésben részesítettünk, majd magyarországi első cadaverveseátültetést végezték el rajta. 1970-ben a „krónikus hemodialízisek” száma 379 volt Szegeden, 1972-ben 1066, majd háromévenként megduplázódott ez a szám és 1985-ben meghaladta a 8000-et.

(1980) A nyolcvanas években már világossá vált, hogy a régió (Bács-, Békés-, Csongrád-, Szolnok megye) két millió lakosának egyre növekvő hemodialízis-igényét a Sebészeti Klinikán működő (maximálisan 20–25 beteg ellátására tervezett) regionális állomás kielégíteni nem tudja. A rendszeresen dializált krónikus urémiás betegek száma elérte a 60-at, a kezelőágyak számát 7-ről 13-ra növeltük, a zsúfoltság elviselhetetlenné vált. A művese állomáson belül további bővítésre nem volt lehetőség, beteget elutasítani viszont nem akartunk, ez a szükséghelyzet szülte azt a gondolatot, hogy más területen (más intézményben) alakítsunk ki dializáló részlegeket. 1980-ban létesült az első „szatellita-állomás” a szegedi Gyermekklinikán, a hetedik pedig 1987-ben Kiskunfélegyházán. A délmagyarországi szatellita-rendszer kialakításának három feltétele volt:

1. Az Egészségügyi Minisztérium a regionális központnak átutalta a hemodialízis kezelési költségét, akár Szegeden, akár a szatellita-állomáson végezték azt. (HD/2200,— Ft). Ebből az összegből megvásároltuk a szükséges fogyó-anyagokat és szétosztottuk az ugyancsak regionálisan működő vradó állomások kocsi-parkjának felhasználásával.

2. Az összesen 21 kezelő-ágyat ellátó hemodialízis-készülékeket, a pótkatrészeket a regionális központ biztosította. Ez úgy vált lehetővé, hogy Szegeden a dializátorok regenerálása és ugyanazon a betegen való ismételt felhasználása révén évente kb. 3–4 millió forintot takarítottunk meg, amelynek felhasználásával új hemodialízis-készülékeket fejlesztettünk ki és gyártottunk.

3. A harmadik feltétel legalább olyan fontos volt, mint a másik kettő: a fogadó intézmények vezetőinek megértése, készsége és hatékony intézkedése.

A menetrend első lépéseként a kórház (klinika) az erre a célra kijelölt néhány helyiséget, vagy épületrészt átalakította és ennek költségeit vállalta. Két kezelő-ágyas rendszer esetén ez az összeg 400.000–700.000 Ft volt, míg Békéscsaba esetében, ahol egy régi épületet újítottak fel 6 kezelőágy és kiszolgáló helyiségek részére, az összköltség 5 millió forintot tett ki. 1987-ben a kiskunfélegyházi két-ágyas dializáló részleg kialakítása a kórháznak 600.000,— Ft-ba került.

A személyzetet kezdetben a kórház biztosította, majd a minisztérium kiegészítette. A regionális központban történt a kiképzés, amelyben 23 orvos, 40 asszisztensnő, 13 technikus részesült.

Az első hemodialízis kezeléseket a szatellita állomáson a regionális központ képviselőinek (orvos, asszisztensnő, technikus) jelenlétében végezték, majd fokozatosan elkezdtek az önálló munkát, amely minden szatellita-részlegen zavartalan volt. Az előzetes megegyezés értelmében a szövődményes betegeket a regionális központban kezeltük, vagy kicseréltük a dialízis tekintetében problémamentes beteggel.

Igen sikeres a szegedi Fertőző Kórházban kialakított négy kezelő ágygal hemodialízis részleg működése. Itt részesülnek kezelésben négy megye hepatitises krónikus urémiás betegei, illetve azok, akik HBsAg hordozókká váltak. A délmagyarországi régióban a HBsAg-pozitív krónikus urémiás dializált betegek aránya 10% alatt van, amely akár országos viszonylatban, de a nemzetközi adatokkal összehasonlítva is alacsony szintnek tekinthető.

Tapasztalatokat szereztünk a házi-hemodialízis-kezeléssel is. Két évi klinikai ambuláns művese kezelés után egy éven át (1981/1982) a beteg otthonában történtek a dialízisek. A házi dialízis hazai körülmények között is, technikailag megvalósítható, de kivételes lakásviszonyok szükségesek hozzá.

A jelen körülmények között a házi-hemodialízis nem képezheti törekvéseink fő irányát.

Szolnokon az új helyen kialakított 6 kezelőágyas dializáló Állomás önállóvá vált; Kecskeméten az Egészségügyi Osztály és a kórház szervezte a művese állomást, amely négy kezelőágygal kezdte meg működését 1986 decembereben. 1987 egyébként a szatellita-részlegek „államosításának” éve lett, gazdaságilag önállóvá váltak és teljesen megyei hatáskörbe kerültek, a szegedi Fertőző Osztályon lévő kivételével, amely továbbra is a regionális központ kihelyezett része maradt.

Az 1987-ben végzett hemodialízisek száma:

Szeged Sebészeti Klinika: 6949, Gyermekklinika: 835, Fertőző osztály: 1772, Hódmezővásárhely 850, Szentes 972, Szolnok 1899, Békéscsaba 2197, Kecskemét 2256, Kiskunfélegyháza 549

Jelen helyzet: (1988)

A délmagyarországi régióban 9 dializáló állomás működik, a kezelőágyak száma 45, a hemodialízissel, illetve peritoneális dialízissel kezelt krónikus urémiás betegek száma összesen: 152, vagyis 76/1 millió lakos. Ha csak a Csongrád megyében (440.000 lakos)

hemodialízis kezelése a délmagyarországi régióban

kezelt 60 beteget tekintjük, akkor kivetítve ez az arány 136/1 millió lakos volna, amely megközelíti az NDK eredményét és nincs nagyon messze az európai átlagtól. (150/1 millió) (EDTA-regisztrer 1986).

A délmagyarországi régió betegek közül az elmúlt évek során 10 részesült tíz évnél hosszabb ideig kezelésben (11–13 év), 5–10 év között 48, 3–5 év között 91. A rehabilitációs arány (1988-ban): munkaviszonyban áll 53%, házimunkát végez, iskolába jár 21%, önmagát ellátja 19%, magát ellátni nem képes 7%.

A régióban hétféle művese-berendezés működik. ROLITRON (magyar) 11 db, Gambro (svéd) 3 db, Fresenius (NSZK) 4, Unimat (olasz) 2, Cordis (amerikai) 6, 2–2 beteg kezelésére átalakított Lucas (angol) 5 db, két-két beteg kezelésére alkalmas „Szeged” készülék 6 db; ezen kívül rendelkezünk még helyszíni kiszállásra alkalmas egy db „Szeged–Mobil” berendezéssel. Szeged a KGST-együtműködés keretében a hemodialízis-technológia magyar referencia helye.

A dializátorok regenerálása rendszeresen történik a szegedi regionális központban félautomata berendezéssel és a szegedi Gyermekklinika-n a teljesen automatizált, számítógéppel vezérelt regeneráló készülékkel. Az ily módon elért megtakarítások lehetővé teszik, hogy a legjobb minőségű, nagyfelszínű dializátorokat vásárolhassuk meg.

Hogyan tovább?

A délmagyarországi régióban a krónikus dialízis-lehetőségét összesen 200 krónikus urémiás beteg számára kell biztosítani egy éven belül (100/1 millió lakos) és 2–3 éven belül el kell érni a jelenlegi európai átlag-színvonalat: 150/1 millió.

Ennek feltétele a karcagi dializáló részleg kialakítása, a kecskeméti állomás kapacitásának növelése és Bács-megye dél-nyugati részén új dializáló állomás létesítése (Baja?, Kiskunhalas?)

Az egész délmagyarországi régióban be kell vezetni a dializátorok regenerálását, vagy magyar gyártmányú, nagy

felszínű, jó minőségű és olcsó(!) dializátorokat kell rendelkezésre bocsátani.

A mennyiségi feladatok megoldásával párhuzamosan javítani kell a dialízis-kezelésben lévő betegek életének minőségét, a rehabilitáció színvonalát. Ennek módszerei: a dialízistechnika fejlesztése, a kezelést kiegészítő gyógyszerek biztosítása.

A veseátültetés intenzitásának növelésével elérendő cél, hogy a művi méregtelenítés révén, illetve átültetett vesevel élők aránya 50–50% körül legyen. Jelenleg ez kb. 75%:25%.

A hatékony és gazdaságos kezeléshez elengedhetetlen a betegek együttműködése, diétás- és „folyadék-fegyelme”, a családok, a munkahelyek, a társadalom segítsége. A vesebetegek Országos Egyesületének ezen a téren nagy feladatai vannak.

Néhány elvi kérdés

A fenti célok megvalósítása, – azt mondhatná valaki – elvileg nem kérdéses, csak pénz nincs hozzá. Pedig nem így van, mert minden gyakorlati (pragmatikus) intézkedés mögött kimondatlan, esetleg kimondhatatlan álláspont húzódik meg. Ezek feltárása nélkül nem lehet a helyzeten gyökeresen változtatni.

Fontos alapelvnek kell tekinteni mind az egészségügy, mind az egyesület számára, hogy a már kezelésben lévő és a krónikus dialízisre szoruló betegek ügyét egységesen kell kezelni, és ennek megfelelően kell a megoldás módjait keresni.

Vitathatatlan alapelv, hogy a krónikus dialízisre szoruló és orvosilag arra alkalmas minden beteget kezelésbe kell venni, ez felel meg az Alkotmány (57. par., 60. par.), a Polgári Törvénykönyv (76. par.), és az Egészségügyi Törvény (1972. 23, 26, 46. par.) szellemének és előírásainak.

Ha nincs (elég) pénz, de úgy viselkedünk, mintha volna, ez rendkívül költséges és veszélyes. Ilyen helyzetben egymás mellett található az indokolatlan pazarlás és az indokolhatatlan elvonás. Az előbbi jogos kritikát váltthat ki és az elvonások indokává válhat, a hiány-helyzet viszont elvtelen,

vagy embertelen kompromisszumokat kényszeríthet ki. Az egyik végletez tartoznak a felhőkben járó kívánságok, a másikhoz a „kapacitás” abszolutizálása.

Ha nincs pénz, mindig nyitott kérdés, hogy mennyi, ami nincs, de mégis elégnek kell lenni . . . ? Ez Achilles-sarka egészségügyünknek, mert ha kétfőre van szükségünk valamiből, akkor igényünk ötöt és kapunk egyet. Ezt a méltatlan pókerjátszmát abba kellene hagyni, visszatérve a bizalmi elvhez, és egy olyan döntéselőkészítő rendszerhez, amelynek alapján reálisan lehet mérlegelni az igények és lehetőségek arányát, a megoldás módjait.

Mindezek után előállhat az a helyzet, hogy „pézt van, de több nincs”, akkor viszont ennek konzekvenciáit maradék nélkül le kell vonni, az igényeket a prioritás sorrendjében kell rangsorolni, nyilván előbb jönnek az élet-halál kérdések és minden csak ez után. Ilyen szituációban kompromisszumokat lehet alkalmazni (nem azonos a megalkuvással) és például a tízezrelékben kifejezhető kockázatot vállalni lehet, olyan pénzmegtakarítások érdekében, amelyek révén a krónikus hemodialízis kezelés nélkül 100% mortalitású új betegeken is lehet segíteni. Ha tényleg ilyen a helyzet, akkor a felügyelő hatóságnak és az orvosoknak (és az egyesület is) közös megegyezésre kell jutniuk. Erre is vonatkozik: „a felelősség nemvállalása nagy felelősség”.

A fentiek a Vesebetegek Országos Egyesülete tagjainak alapvető érdekeit képezik, de megfelelő eredmény csak akkor várható, ha az orvosok és a betegek közösen mérlegelik a helyzetet, erőfeszítéseiket egyesítik valamennyi beteg ellátása, életük fenntartása, az élet minőségének javítása és a sikeres veseátültetés elérése érdekében.

GÁL GYÖRGY dr.

egyetemi tanár
az orvostudomány doktora

- adjatok! vesét adjatok...

A SOTE I. számú Gyermekklinika betegei (1. rész)

Első pillantásra mint egy óvoda.

A kis folyosó végében nyitott ajtó, barátságos szobába látni. Asztalka körül kisgyermek, közöttük fiatal „nénik” ülnek, mesélnek. Egyik-másik kisgyermek az ölükbe bújik.

Apolónők és beteg gyermekek...

A SOTE I. számú Gyermekklinikájának Veseosztálya.

Dr. Sallay Péter tanársegéd a szobájában vár minket.

– Beteg gyermekeket látni mindig szomorú – kezdem a beszélgetést. – Súlyos szervi megbetegedésben szenvedőket meg különösen az. A kívülálló azt gondolná, a veseelégtelenség felnőtt betegség. Az osztályon viszont csak kisgyermekek vannak.

– Sajnos, nemcsak szerzett, de úgynevezett veleszületett vesebetegségek is vannak: amikor egy gyermek már úgy jön a világra, hogy nem egészséges a veséje. Ezt okozhatja fejlődési rendellenesség, de lehet örökletes is. A polycisztás vese például öröklött. De egyáltalán nem biztos, hogy a szülőknél a betegség megnyilvánul.

Csak amikor a gyereknél kutatják az okokat és megvizsgálják a szülőket is, akkor derül ki, hogy a betegséget tulajdonképpen a szülő örökölte át. A másik csoportja a veleszületett vesebajoknak, mint mondtam, fejlődési rendellenesség következménye. A baj már a méhen belüli életben felismerhető, ha ultrahanggal vizsgálják a magzatot. A vesebetegségek másik csoportja szerencsétlen véletlen következtében alakul ki születés után. Ilyenkor szerzett betegségről beszélünk.

– Melyek a leggyakoribbak?

– A glomerulonephritis, ami mindkét vese nem gennyes gyulladást jelent. Általában a gyógyszeres kezelés hatásos, de néha elindul a krónikus veseelégtelenség, ami aztán a vese végstádiumába torkollik. Ilyenkor lesz szükséges a vesepótló kezelés, a dialízis, illetve a transzplantáció.

– Köznyelven művesekezelés és vesétültetés.

– Igen. Ez az ismertebb kifejezés.

A tanársegéd az órájára néz. Rövidesen befejeződik egy dialízis – mondja, – ha látni akarjuk, menjünk vele.

A kórteremben apró kisgyermek fekszik. Jobb karjában tú, vékony cső köti össze egy géppel, amelynek keresztül kasul a szaladó celofán hálózata vér kering.

Ferike bágyadtan fekszik az ágyon. Mellette nagymamája ül, simogatja a gyermeket. Ferike mindössze hét éves!

– Veleszületett fejlődési rendellenesség miatt alkalmazzuk Ferikénél a dialízist – mondja a tanársegéd úr. – Hetente kétszer kezeljük, ez a nyolcvanharmadik dialíziséje.

– Egyéves korában már operálták – veszi át a szót a nagymama. – A műtétkor derült ki, hogy csak egy veséje van a gyermeknek. Az operáció után jobban lett, háromhónaponként jártunk kontrollra, de most összefeszült lett szegény, elájult, tele volt vízzel, elakadt a vizelete. A Heim Pál Gyermekkorházba vittük, onnan küldték át minket ide, a klinikára.

– Ilyenkor, ahogy köznyelven mondjuk, művesére teszik?

– Igen. A vese egyik funkciója – magyarázza Sallay doktor – megtisztítani a szervezetet a toxikus, azaz mérgező anyagoktól. Ha a vese nem működik, ezek az anyagok visszamaradnak és keringenek a vérben. Dialízis-láskor megszabadítjuk tőlük a szervezetet, lényegében átmoszuk a vért. Tehát az a vér, amit itt a csöveken lát, nem idegen, hanem a kisgyermek sajátja, csak a műszerrel valósággal átmoszuk és úgy jut vissza a szervezetbe. Többször megy át a vér a szűrőanyagokon, amíg megtisztul. Egy-egy kezelés általában négy óra hosszát tart.

– Milyen lesz a közérzete a betegnek kezelés után?

– Mivel a toxinoktól megszabadul, sokkal jobb, sokkal frissebb. Ferike felöltözik és hazamegy. Persze a kezelés nem boldogító, de nem is fájdalmas, csak nyugodt fekvést igényel, amit a kisgyermekek bizony elég nehezen viselnek.

Az ajtóban kifelé menve szorongva kérdezem:

– Mit remélhetnek az ilyen kisgyermek?

– A transzplantációt. Előbb-utóbb donortól kapnak új vesét. Az ittlévő gyermekek közül mindenki várólistán van, ha a számítógép megadja a nevüket, megoperáljuk őket.

– Mi, kívülállók félve gondolunk a veseátültetésekre. Hány százalék közülük a sikeres?

– Három éve – 1985 januárban – indult be nálunk a gyermekdialízis. Első évben nyolc gyermeket kezdtünk el kezelni, a második és harmadik év alatt összesen tizenhat gyermek került dialízisre. Nyolcnál veseátültetést tudtunk végrehajtani. Hatnak tovább működik a „graftja” – így hívjuk a beültetett vesét. Megjegyzem, mint érdekességet, hogy a nyolc gyermekből hétnél valamelyik szülő volt a donor.

A folyosón apró gyermek megy iskolatáskával.

– Bentlakó vagyok – mondja már-már büszkén. – Három éve vagyok itt, különben Nógrád megyében lakom, de hát onnan nem tudnék bejárni hetente háromszor dialízisre.

Úgy mondja a szót dialízis, mint egy apró orvos.

– Kiskoromban vesemérgezést kaptam, D vitamin túladagolástól. Valószínűleg megkövesedett a vesém. Másfél éves koromban derült ki a baj. Várólistán vagyok transzplantációra les.

Kicsi felnőtt fiúcska.

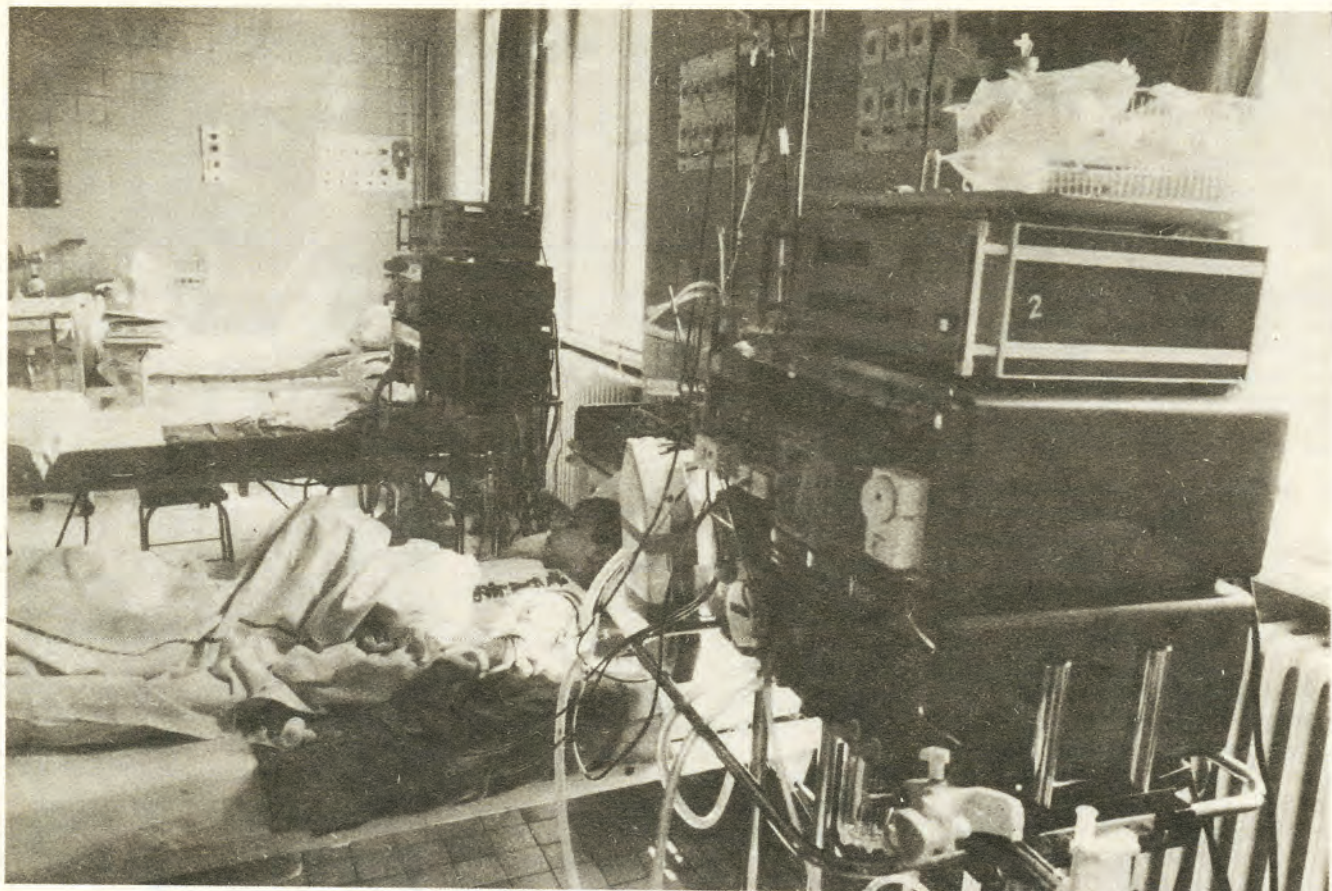
– Hárman vagyunk bentlakók, innen járunk ki az egyik iskolába, itt van nem messze. Tanulunk rendesen, mint a többiek. A nővérek meg a doktor bácsik szoktak segíteni leckét csinálni... Hétfvégén értem jönnek a szüleim és hazavisznek.

Hány éves ez a csöpp gyermek? Meglepett a válasza.

– Tizenkettő vagyok!

A tanársegéd úr, amikor a kisfiú ebédelni megmagyarázza, hogy a krónikus vesebaj komoly növekedési, súlygyarapodási zavarokat okoz. Transzplantáció után viszont megugrik a növekedés és a hízás.

Mutatják karjukat a gyermekek, nekem vastag forradásnak tűnik, de Sallay doktor elmagyarázza, hogy műtétrel a kicsi vénákból duzzadó vénaháló-



FÉNYKÉPEZTE: FEKETE ZSUZSA

zatot hoznak létre. A véna mint köztudott, igen tágulékony. Ezt az új hálózatot összekötik az artériával, amivel különben a vénák nem találkoznak. Ezen az új rendszeren át nagymennyiségű vért lehet áramoltatni, el- s visszavezetni, a dialízis kezeléshez így már alkalmasak a vénák. Gyakran érsebész szakorvos végzi a műtétet.

Margitkát Zalából hozták ide, ő is „civilben” van. Most érkezett az iskolából. 1987 januárjától beteg, a krónikus veseelégtelenség végső stádiumában van ő is. Heti háromszor kap dialízis kezelést.

– Apuék havonta egyszer hazavisznek . . . Jó itt, már megszoktam. Vizes voltam, fájt a derekam, Zalaegerszegr vittek a kórházba, onnan aztán ide küldtek.

- Veseátültetésre vársz?
- Igen.
- Nem félsz a műtétől?
- De!

Előfordul, – mondja Sallay tanársegéd úr – hogy másfél, két év után csapkodni kezdenek a gyermekek, ve-

rik otthon az asztalt, hogy adjatok vesét! Egy tizenegy éves kislány például önpusztító szándékkal leitta magát. Vízrel. De ez náluk végzetes lehet. Hiszen, mivel nem működik a veséjük, nem ürítenek vizeletet, erős folyadék-megszorítással élnek. Ez a kislány tüdőödémát kapott . . . Egy idő után elfogy a türelmük. Megértem őket. Épp ezért próbálkozunk elviselhetővé tenni nekik a dialízist. Például: ehetnek közben banánt, ami különben tilos. De mivel ügyis átmoszuk a véréket, megengedjük nekik. Vagy rághatnak közben sós mogyorót, különben ez is tilos a só miatt . . . Ezek a gyermekek nem mehetnek két-három hétre nyaralni, táborozni, mint a többi, hiszen kezelésre szorulnak két-három naponként. De az egyik kimehetett Bécsbe. Megkértünk egy ottani gyermekklinikát, hogy vegyék el a dialízis-kezelését.

Az osztály tizenkilenc ágyas. Két Gambro, azaz két művese működik.

– Csak Debrecenben, Szegeden és itt, nálunk van gyermekdialízis az országban. Jelenlegi két gépünk nyolckilenc beteg kezelésére elég, de nem elég tizennégy-tizenötötre. Most az ötöd-éves medikusok – ötödévből tanulnak

gyermekgyógyászatot – a KISZ pártfogásában különböző akciókat szerveztek s összegyűjtöttek 1 millió forintot, hogy újabb gépet tudjunk vásárolni. Sajnos, svéd berendezéssel dolgozunk, az 1 millió forintot tehát „valutásítani” kell, csak utána tudjuk megvenni a Gambrot.

– Csökken vagy növekszik a veseelégtelenségben szenvedő gyermekek száma?

– Civilizált országokban 1 millió gyermeklakosra öt-tíz új beteg jut. Nálunk is körülbelül ez az arány. És nagyjából állandó.

– Tehát a jelenlegi művese-hálózat pillanatnyilag elégnek tűnik a beteg gyermekek számára?

– Mind kevésbé. Mit is kívánhatnék elmenőben ezeknek a kicsiknek? . . . mert az újságíró is csak anya, amikor hazamegy.

Szó nélkül megsimogatja a gyermekek fejét és megköszöni az orvosoknak a gondoskodást.

Számos megbetegedés – így a vesebetegségek – gyógykezelésének elengedhetetlen tartozéka a diéta. A helyesen megválasztott és maradéktalanul betartott diéta gyógytényezőként hatva a beteg állapotának jelentős javulását eredményezheti. A célszerűtlen étrend pedig a betegség gyors előrehaladását és a beteg állapotának romlását okozhatja.

Sokan félnek a szükséges kalóriák és tápanyagösszetélt tartalmazó ún. „tápanyagtáblázatok” használatától. Az az igazság, hogy bizonyos ételek esetében csak első ízben kell pontosan kimérni a hozzávalókat, a továbbiakban ez már szinte automatikussá válik és könnyen elsajátítható. Diétát nem lehet tápanyagtáblázat használata nélkül előállítani, hiszen ennek pontosan az a lényege, hogy melyik tápanyagféleség mennyi energiát és milyen összetételű tápanyagokat tartalmaz.

A vesebetegségek egy része kezdetben igen enyhe tünetekkel járhat, így sokan nem is tekintik „komoly” betegségnek és a korai időszakban tanácsolt diétát nem tartják be. Később már, amikor a tünetek egyértelműekké válnak, a diétát túlzásba viszik, mely szintén káros lehet. Meg kell maradnunk az arany középúton és mindig a beteg és betegség aktuális állapotához kell hozzáigazítanunk az étrendet.

Melyek a diétás táplálkozás alapfogalmai?

Élelmianyag azon élelmi nyersanyagok összessége, melyből konyhán ételt állítanak elő. Élelmiszeren az élelmiszeripar által a nyersanyagokból előállított fogyasztásra kész termékeket értjük. Például a fehérjeszegény ún. FE-MINI tésztaféleségek. Ételek a fogyasztásra kész termékek. Tápanyagon a táplálékok hasznosítható részét értjük. Ezek szolgáltatják az energiát: mint zsírok, szénhidrátok vagy fehérjék. Komoly kalóriafelvételt jelent az alkohol fogyasztása, hiszen 1 gramm alkohol 7,0 Kalóriának felel meg, hízal. Az ún. testépítő anyagok csoportjába a fehérjék és az ásványi sók tartoznak. A vitaminok és nyomelemek pedig szabályozó és a szervezetet védő funkciókat látnak el. A tápanyagok nem hasznosuló részei is fontosak más szempontból, mint például a rostok, fűszerek, ízesítők, színezők és tartósítósanyagok.

Mit kell tudnunk a tápanyagok kalóriaegyenértékéről? Kísérleti körülmények között ún. bombakaloriméterben 1 g zsír elégetésekor 9,3 Kalória, szénhidrátnál 4,1 Kalória, fehérjénél 5,3 Kalória képződik. Újabban a nemzetközi S. I. rendszer alapján Kalória helyett kJ (kilojoule) mértékegység használatos. Átszámítása: 1 Kalória megfelel 4,18 kJ-nak. 1000 kJ = 1 MJ (megajoule).

Az emberi szervezet szénhidrát és zsír elégetésekor ugyanannyi hőt termel, mint amennyi a bombakaloriméterben keletkezik, fehérje elégetésekor azonban 5,3 Kalória helyett csupán 4,1 Kalória fejlődik. A különbség oka az, hogy a fehérjéből emberben és állatokban olyan végtermékek is képződnek (ureum, kreatinin stb.), melyek a bombakaloriméterben elégnék. Ennek figyelembe vételekor az eredmény már egyezik.

Az energiát szolgáltató tápanyagok – fehérje, zsír, szénhidrát – kalóriaegyenértékük szerint helyettesíthetik egymást. Természetesen ez csak a hőtermelésre vonatkozik. Tény, hogy a helyettesítés széles határok között érvényes anélkül, hogy a szervezet kárt szenvedne, azonban a helyettesítésnek van határa. Eszerint 1 gramm szénhidrátot helyettesíthet 1 gramm fehérje, ezt pedig 0,43 gramm zsír. A szénhidrát és a zsír csak korlátozottan helyettesíthetik a fehérjét, sőt a fehérjének tartalmaznia kell a nélkülözhetetlen aminosavak mindegyikét. (aminosavak: a fehérjék építőkövei) A zsírt – néhány telítetlen zsírsav kivételével – és a szénhidrátot elvileg helyettesítheti a másik két tápanyag.

Mit kell tudnunk a nitrogénegyensúlyról?

Az ember gyakorlatilag csak vizelettel és széklettel ürít nitrogént. Mivel a nitrogén csak a táplálék fehérjéivel kerül a szervezetbe, a táplálék nitrogéntartalma, valamint a vizelettel és széklettel kiürülő nitrogén mennyiségének különbsége egy adott periódusban elárulja, hogy a szervezet a felépülés-gyarapodás, csökkenés vagy egyensúly állapotában van-e. Mivel emberben a legnagyobb fehérjeraktár az izomszövet, a csökkenés leginkább az izomtömeg csökkenését jelenti. Alapvetően fontos a fehérje minőségi összetétele. A nélkülözhetetlen aminosavakat tartalmazó állati eredetű fehérjék a biológiailag legértékesebb fehérjék, szemben ezen életfontos fehérjeépítőköveket nem tartalmazó növényi

fehérjékkel, melyek tehát a szervezet számára kevésbé értékesek. Kivételként említhető, hogy például a szója fehérje azonos biológiai értékű a marhahússal, s azzal szemben még koleszterin-mentes is. A legértékesebb állati eredetű fehérjeforrások: a tej, a marhahús és a tojás.

Élettani fehérjeminimum az a minimális teljes értékű fehérjemennyiség, amely a kalóriaszükséglet teljes fedezése mellett biztosítja a szervezet nitrogén-egyensúlyát. Ez felnőtt emberben átlagosan napi 35 gramm mennyiségnek felel meg, ha a fehérje fele állati eredetű. Ezzel szemben áll az abszolút fehérje-minimum vagy kopási fehérjemennyiség napi 17–20 grammja, amely fehérjementes táplálkozás alkalmával mérhető a kalóriaszükségletet fedező táplálék mellett. Egészséges ember fehérjeszükséglete napi 1 gramm testsúlykilogrammonként.

Bizonyos aminosavak hiányában nem tartható fenn a nitrogénegyensúly, de ha kiegészítik a táplálékot a hiányzó aminosavval, vagy az azt tartalmazó nem teljes értékű fehérjével akár, akkor ez nemcsak a nitrogénegyensúlyt biztosítja, hanem a zavartalan növekedést és fejlődést. Ez a komplementálás jelensége. Egymást jól kiegészítő fehérjékből több testfehérje képződhet, mint a kettőből külön-külön. Lényeges, hogy a fehérjekiegészítés azonos időben történjék, mert a hatás elmarad. Ez az egyidejű fogyasztást jelenti. Legjobb ez a kiegészítő hatás a burgonya-tej, kukorica-szója, a cereáliák-hús, a búzafehérje-tojásfehérje és a hüvelyesek-belsősegek vonatkozásában.

Az optimális fehérjebevitel egészséges emberben is változik az adott feltételekkel. Közismert példája ennek a B1 vitamin szükséglet változása a táplálék szénhidrát tartalmával. Különösen vonatkozik ez a vesebetegek táplálkozására, mivel megadott mennyiségű fehérje csak akkor fejt ki élettanilag is kívánatos hatást, ha annak mennyiségét a szérum kreatininhez szabjuk. Erről részletesen a továbbiakban szólnunk majd.

A gyakorlatban tehát egyrészt meg kell ragadni minden alkalmat, mely pl. kórházi környezetben adódik a helyes diéta megszokására, másrészt mindig gondolni kell arra, hogy a legtökéletesebb táplálék is csak akkor alakít ki helyes táplálkozást, ha még izletes is.

DR. TÓTH TIBOR
főorvos Kaposvár

Folyadékot: minél kevesebbet

A folyadék fontos szerepet játszik életünkben. Minél kevesebb folyadékot raktároz el ön a dialízismentes időszakban, annál elviselhetőbb a dialízis és nem kell tartania a komplikációktól. A folyadék megengedhető napi súlya 500 g lehet.

Mennyit szabad inni?

Állandó vizeletkiválasztásnál a kiválasztási mennyiség + 50 ml (nyáron + 800 ml) folyadék.

Vizeletkiválasztás nélkül kb. 500 ml (nyáron 800 ml) folyadék.

Kérjük gyakoroljon önellenőrzést: mérje meg magát minden nap. Legjobb reggel, üres gyomorral mérlegre állni. Akiknek még van vizeletkiválasztásuk hólyagürítés után ellenőrzésként súlyukat.

Gondolja meg, hogy folyadék nem csak az az italmennyiség, amelyet megiszik. A legtöbb ún. szilárd élelmiszer is tartalmaz folyadékot.

A táplálékok folyadéktartalma

100% folyadékot tartalmaz minden folyékony élelmiszer.

66% folyadékot tartalmaz: a főtt gombóc, a főtt rizs, a főzelék, a tejszín, a puding.

50% folyadékot tartalmaz: a főtt krumplics, a pép, valamennyi túrósétel és minden kása.

25% folyadékot tartalmaz: a sült burgonya, a sült nudli, és minden felfújt.

Nem számolunk folyadéktartalommal: a hús, a hal, a tojás és tojásételek, a kolbász, a sütemény, a cukrászcsmegek, a kenyér, a zsemlye, a zsír, a sajt esetében.

Tippek a szomjúság leküzdéséhez:

- citromhéjat „kinyalogatni”;
- cukor nélküli rágógumit rágni;
- hideg szájvízzel öblíteni, nem lenyelni (ásványvíz);
- szájspray-vel frissíteni a szájat;
- borsmentabont szopogatni

(menthol):

- kortyonként kis mennyiségű hideg teát inni;
- kis jégkockákat szopogatni (mélyhűtőben lefagyasztott fekete teát, citromot);
- édes italokat és ételeket kerülni kell, mert fokozza a szomjúságot;
- kerülni a sós ételeket, mert szomjas lesz utána;
- legyen elővigyázatos a tejjel (a tej tapadóssá teszi a torkot és vizet kíván majd);

Tippek a folyadék ellenőrzésére:

- nem szabad a szemmértékre hagyatkozni (naponta ellenőrizze italmennyiségét)
- jó lesz kis ivóedényeket használni, mert az ember hajlamos egy nagy poharat feltölteni;
- az a folyadék is számít, amellyel az orvosságot beveszi;
- az orvosságot étkezés során a pépekkel együtt is be lehet venni.

És még három tanács:

- kerülni a túlfűtött és füstös helyiséget,
- mozogjon sokat a friss levegőn,
- ügyeljen a helyiség jó légnedvesség tartalmára.

Végül:

- ha, valamit iszik pl. étkezés után, akkor élvezze is!

A folyadék ugyanis nem csupán elővigyázatosságunk tárgya, hanem élvezet is. Természetesen.

BARBARA SCHILLING

(Der Dialysepatient 1986. 11. sz.)



Natura GT.

Gesztor. TSZKER KV
Levélcm. 1519 Budapest Pf. 316
MNB 216-31-555-7076

Datum 1987

Hívszám

Ügyműzónk Konrád K/Fné

Szám N-1092/87

Tárgy Tájékoztató

T.

Vesebetegek Országos Egyesülete

Ádám Edit elnök

Budapest, III.

Magyar Lajos.u.2

Az újságból értesültünk megalakulásukról. Gazdasági Társaságunk a korszerű és egészségesebb táplálkozás érdekében alakult. Termékeink között azonban található olyan, ami kifejezetten veserendellenességben szenvedők részére fogyasztható, és jótékony hatása. Talán ismerik Önök a FE-MINI téztaccsaládót és a kölest, mely boltjainkban kapható, sőt az országban 160 helyre szállítjuk.

A magunk módján szeretnénk az Önök segítségére lenni.

Egyrészt felhívjuk figyelmüket ezen termékekre, beszerzési lehetőségeire, másrészt amennyiben az Egyesületükön megvalósítható az elosztása - felkínáljuk, hogy termelői áron szállítsuk az Önök részére a fenti árukat egy megadott helyre. Igény szerint küldünk termékmintéket felhasználási javaslattal. Kívánjuk, hogy a jelenleg gyógyítatlan problémák mielőbb a legkedvezőbben oldódjanak meg.

A felajánlott lehetőséggel készséggel állunk rendelkezésükre.

Üdvözléssel

NATURA
Gazdasági Társaság
Budapest
2. *
Móré Csaba
ker. ov.
Konrád Katalin
ker. ea.

Natura GT.

Mezőgazdasági és Élelmiszeripari Termékekért Felelős Társaság
1111 Budapest, XI. Károlyi u. 44., telefon 635 455 Telex 22-0015

A köszönettel vett ajánlatra júniusi számunkban visszatérünk. (A szerk.)

A szájhygiénia napi gyakorlata

Kedves Betegem!

Ugye találkozott már Ön is azzal a kínzó érzéssel, hogy kellemetlen száj-szaga van? Mitől lehet ez? Lehet például a manduláktól, orrmelléküregektől, nyelőcső és gyomor problémáktól. Leggyakrabban azonban a rossz fogaktól és a gyulladt ínytől. Dializáltaknak még okozhatja ezt - a fokozott vérzési hajlamból adódóan - a szájban lévő vér bomlása, illetve a szervezetben a ciklusos dialízis miatt fölszaporodó többféle bomlástermék is. A fogakon tapadó lepedéket fogászati műszóval dentalis plakknak nevezzük. Ez sokféle kórokozó baktérium jól meghatározott összessége. Ezek a mikroorganizmusok a szájba kerülő szénhidrátokat tejsavvá bontják és így a tartós és ismétlődő savhatás révén zuvasítják a fogakat. A dentalis plakk baktériumai okozzák a foggyógybetegséget is. A fogak betegségei és a foggyógybetegség is lehet góc, amely ronthatja az esetleges későbbi vesetranszplantatio lehetőségét.

Mi tehát a teendő? Keresse föl fogorvosát, távolítsa el a fogkövet, kezeltesse foggyógybetegségét! Az így rendezett íny már kevésbé vérzik, ezzel lehetővé válik a fogak kezelése is. (Tömés, gyökérkezelés stb.) Ha rendezték a száját, sajátítsa el a helyes fogápolás technikáját! Ezt gondosan és állandóan alkalmazza is! Fél évenként akkor is menjen el a fogászati rendelésre, ha semmi panasza sincs! - mert már ismét lehet fogköve. Néhány szót a helyes szájápolásról. Naponta minden étkezés után alaposan mossa meg a fogát! Azt a fogkrémet használja,

amit megszokott és szeret. (Lehetőleg ne zselé formájút!) Fogkefeje nylon szálas legyen, amely kifestő, közepes keménységű. Legalább három havonta cserélje, mert tönkremegy! Itthon kapható fogkefék közül elfogadhatók: Nippon, Higi, Viktória 25, Skála 25, Koh-i-noor, Purodent mittel, Purodent duplo stb.

A szájüregbe három pár nagy nyálmirigy nyílik. A nyál friss bicarbonatot (szóda-bikarbóna) tartalmaz, ez csapódik rá a lepedékre és lesz belőle a fogkő, (amely nem más, mint mészkő). A fogmosást ezért azokon a helyeken kezdjük, ahol nyálmirigy nyílik a szájba. Tehát az alsó metszőfogak nyelvfeleli oldalán, illetve a felső zápfogak külső pofai felszínén. Ezekről a helyektől kiindulva alaposan mossuk meg fogaink minden felszínét! Kívül és belül, alul és felül egyaránt. Az íny szélén körkörös mozgattal keféljük végig fogainkat! Ezután függőleges mozdulatokkal, az íny felől indulva a rágófel-szín, illetve a metszőél felé haladva mozgassuk fogkefenket! A rágófel-szín akár hosszában, akár keresztben is meg lehet mosni. Ezután alaposan öblítsen úgy, hogy átpréseli nyelvvel fogai között a vizet! A fogmosás kiegészítésére használhatunk fogselymet és szájuhanyt. Mindkettő a fogkövek nehezen elérhető felszíneit segíti megtisztítani. Ha fogínye vérzik az a dialízistől és az ínygyulladásától egyaránt lehet. Az előbbit beszélje meg kezelőorvosával, az utóbbira „jó gyógymód” amit leírtam, Válgék egészségére!

DR. GURICS ÁKOS

Van munka!

Milyen lehetőségek vannak a vesebetegek számára, hogy adott körülményeik között – a másnapenkénti megterhelő kórházi kezelés mellett – hasznos elfoglaltságot, munkát kapjanak?

Hiszen a munka nemcsak megélhetésüket biztosítja, hanem a társadalomhoz való szoros kapcsolatukat is. Az emberi kapcsolatot.

Kérdéseimre a Fővárosi Tanács Szociálpolitikai osztályán kaptam választ. Tovább adom.

– Amikor a dolgozót az orvosi szakvélemény alapján megváltozott munkaképességűvé nyilvánítják, továbbra is munkáltatója köteles foglalkoztatni. Akkor, ha ez – különböző okok miatt – nem lehetséges, a vonatkozó jogszabály szerint a munkáltató köteles a Fővárosi Rehabilitációs Bizottsághoz fordulni segítségért. Sajnos ez sokszor elmarad így magának a beteg dolgozónak kell dolga után járni.

Budapesten öt Rehabilitációs Bizottság működik.

A Rehabilitációs Bizottság döntése után kell új munkalehetőséget keresni, ami szintén a munkáltató feladata.

A vesebetegek részére külön szervezett foglalkoztatás nincs, így egyedüli lehetőségként maradnak a kerületi tanácsok szociális foglalkoztatói, ahol a legalább 50%-ban csökkent munkaképességűek kaphatnak munkát.

Kerületi tanács?

Nézzünk egyet! A II. kerületi Tanácstól a szociális foglalkoztatóba irányítottak.

A II. kerületi Tanács VB. szociális foglalkoztatójának, az „AURORA”-nak Vásárhelyi Andrásné az igazgatója, ő tájékoztatott.

– „Budapesten 14 szociális foglalkoztató található, és önálló intézményként működnek a kerületi tanácsok szociálpolitikai osztályainak felügyeletével. Ők biztosítanak munkát azokban a kerületekben lakó rászorulóknak is, ahol nem működnek ilyen intézmények. Így pl. a második kerületi foglalkoztató nyújt munkalehetőséget az első, ill. a tizenkettedik kerületi lakosoknak is.

Természetesen nincs kötött munkaidő, mindenki lehetőségei szerint dolgozik, és az elvégzett munka után teljesítménybérben kapja fizetését. Bedolgozni is lehet, azaz otthon végezni el a munkát, vagy pedig különböző műhelyek állnak rendelkezésre. Az egyes kerületekben található foglalkoztatók különböző profilal rendelkeznek, van a többi között varroda, fonalkiszerező, könyvkötészet, papír, textil, ipari tömegcikk, nyomda és feldolgozó részleg.

Lehetőség van arra is, hogy az érdekelteket átirányítsák más kerületbe, ha szakmája jobban igazodik az ottani profilhoz.”

Nemcsak a fővárosban, hanem országszerte működnek a szociális foglalkoztatók. Harmincegy szociális foglalkoztató kínál munkát azonos elv szerint és azonos rendszerben. Így: Győrött, Miskolcon, Egerben, Kaposváron, Tatabányán, Zalaegerszegen, Pécsen, Kecskeméten, Nagykanizsán.

Pest megyében több helyen kaphatnak munkát az emberek: Dabason, Gödön, Aszódon, Kiskunlacházan.

Végül egy fontos tudnivaló: mindenhol van munka.

JÓBAI GÁBOR

Tisztelt

A ROLITRON Kiszövetkezet nevében köszönöm a megtisztelő lehetőséget, hogy már lapjuk első számában helyet kaptunk a bemutatkozásra. Nevünk és tevékenységünk talán nem ismeretlen mindannyiuk számára, mégis hasznos lehet a dialíziskezelésekkel kapcsolatos eddigi eredményeink és távolabbi céljaink ilyen fórumon való ismertetése. Ezt a feltételezésünket alátámasztja az a tény is, hogy, tevékenységünk folytán mind többen és többen kerülnek kapcsolatba velünk és őszintén reméljük, hogy ez a kapcsolat a kölcsönös informáltságon és bizalmon alapulva mind a betegek, mind pedig cégünk érdekeit is szolgálhatja.

Célunk az, hogy olyan technikai háttérrel alakítsunk ki és olyan kezelési kultúra elterjedését serkentsük, ami a beteg állapotához legjobban igazodó kezeléseket teszi lehetővé, biztosítva ezáltal a tartós munkaképességet és a végleges megoldást jelentő sikeres transzplantációhoz szükséges jó fizikai és lelki állapotot.

Talán nem szükséges indokolni azt, hogy célunk megvalósítása mi módon szolgálja a betegek érdekeit. Számunkra azonban fontos kérdés az is, hogy megtérülhetnek-e valaha a fejlesztési ráfordítások, szabad-e a feladatot az általunk kitűzött szinten megoldani, vagy érzük be egyszerűbb megoldással.

A döntést számítások előzik meg. Figyelembe véve a hazai művesepark állapotát, azt mondhatjuk, hogy 200 új gép néhány év távlatában történő beállítása kielégítheti a prognosztizálható kezelési igényeket és feltehetőleg kimeríti az egészségügyi kormányzat kereteit is. Ismerve a dialízis gépekkel szembeni követelményeket, gazdasági számításokban kicsit is járatos szakember azonnal átláthatja, hogy az említett darabszámú eladást véve alapul, a gép-gépeslád fejlesztési költsége nem térülhet meg. Ezen felismerés birtokában választhattuk volna a gazdaságos megoldást, a művesegépeknek a sorozat nagyságához igazodó, alacsonyabb szinten való kifejlesztését. Hogy mégsem ezt tettük, ebben talán közrejátszott a hazai egészségügyben

„A BETEG

VESEVILÁG
I. évf. 1. szám 1988. április
A VESEBETEGEK ORSZÁGOS
EGYESÜLETÉNEK FOLYÓIRATA

Felelős szerkesztő:

SOLYMÁR TAMÁS

Felelős kiadó:

ÁDÁM EDIT a VORE elnöke

Szerkesztőség:

1051 Bp. V., Arany János u. 31.

Telefon: 313-950/163

Terjeszti: a VORE

Előfizethető:

1988-ra a szerkesztőségnek címzett
postautalványon – 50,- Ft.

ISSN 0238-6240

Készült: a Hegyalja MGTSZ

Nyomdaüzemében, Bp.

Felelős vezető: NAGY BÉLA

A fővárosi „Aurora” szociális foglalkoztatók
címe és telefonszáma:

I., Ady E. u. 1.	351-217
III., Benedek E. u. 1/3.	887-632
IV., Nádor u. 1.	699-533
VII., Damjanich u. 30.	429-949
VIII., József krt. 49.	135-073
IX., Ernő u. 16.	341-580
X., Basa u. 1.	474-396
XIV., Thököly út 171.	830-974
XV., Cservenka M. u. 61.	835-170
XVI., Pálya u. 50.	640-802
XVIII., Battyhány u. 78/a.	280-208
XX., Helsinki út 2.	582-082
XXII., Leányka u. 20.	264-083

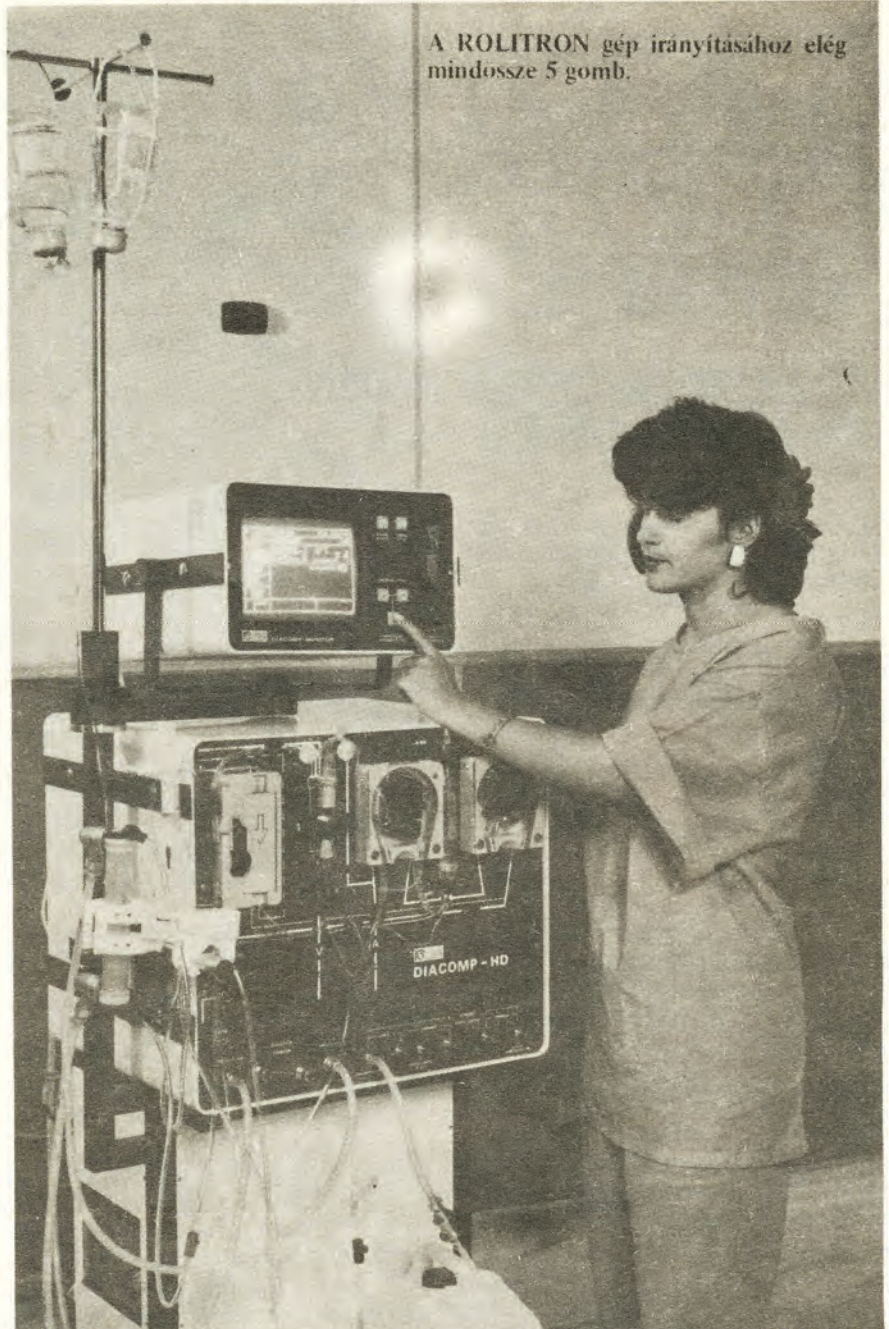
Olvasók!

eddig játszott szerepünk, az a 800 intenzív kórházi ágy, ahol a betegeket a mi monitoraink őrzik és az a tudat, hogy munkánk eredménye sok beteg ember számára jelentheti a reményt a gyógyulásra, esélyt az életre. Ezek után már nem maradt más választásunk. A cél egy világszínvonalú gépcs család kifejlesztése lett, azzal a titkos reménnyel, hogy jó hazai referenciák birtokában más piacokat is megnyerhetünk és a gyártást a gazdaságosabb sorozatszámok irányába vihetjük. Idézzük fel az ezen az úton megtett lépéseinket!

A PDK-8 peritoneális dialízisgép kapcsán szerzett tapasztalatok alapján az Egészségügyi Minisztérium hemodialízisgép fejlesztésével bízta meg a ROLITRON Társaságot 1981-ben. A világszínvonalat képviselő követelményrendszer és a hazai háttérpar lehetőségével való szembesülés után döntés született: fejlett nyugati céggel valamilyen módon együttműködést kialakítani. A PJT vezetői nem kis nehézségek árán eljutottak a nyugatnémet B. BRAUN céghez.

Az ott elmondottak felkeltették menedzsereik figyelmét, szakértők jöttek és megvizsgálták az akkor kb. 30 fős ROLITRON-t. Az eredmény: együttműködési szerződés született, amely keretében a ROLITRON peritoneális dialízisgépet fejlesztett a B. BRAUN számára és egyidejűleg jogot szerzett a fejlesztés alatt álló német gép egyes részeinek felhasználására.

A fejlesztések jó eredménnyel zárultak. Az említett peritoneális gépet azóta is mi gyártjuk a B. BRAUN számára és 1985 januárjában megkezdődhetett a DIACOMP-HD nevű hemodialízisgépünk hazai bevizsgálása is. Az eredmény 1986 júliusára született meg: a gép alkalmas dialíziskezelések lefolytatására. Szinte ezzel egyidőben zajlott hazánkban az EDTA kongresszus, ahol minden világcég képviseltette magát. Az itt bemutatott gépeink és az ezekhez kifejlesztett – ma is egyedülálló – számítógépes állomáskezelő rendszer nagy feltűnést keltenek. A siker újabb erőfeszítésre sarkallta munkatársainkat. Nem álltunk meg ezen a szinten, hanem folytattuk a



A ROLITRON gép irányításához elég mindössze 5 gomb.

fejlesztést és beindult a sorozatgyártás.

1986-ban fővállalkozásban készült el műveseállomásunk a Veszprémi Kórházban. Példamutató működése kiváló referenciaértékű. Ugyanúgy csak elismeréssel szólhatunk a Szolnoki Kórház műveseállomásának működéséről, amelyet hasonló konstrukcióban hoztunk létre 1987-ben. Ezzel egyidejűleg közel 50 db DIACOMP-HD kezdte meg működését az ország különböző műveseállomásain az elmúlt évben. Időközben elkészült az ugyancsak minisztériumi megbízás alapján fejlesztett hazai peritoneális gép. Minősítő

vizsgálatai a közelmúltban kezdődtek meg.

Ezzel a rövid áttekintéssel tevékenységünknek csak fő vonalát érintettük. Reméljük, hogy módunk lesz Önökkel megismertetni dialíziskészülékünk sajátos koncepcióját, a kezelésekkal, állomások üzembevitelével, a szerelvények hazai előállításával és műveseállomások nálunk új formában való létrehozásával, üzemeltetésével kapcsolatos elképzeléseinket is.

CSUKA DOMOKOS

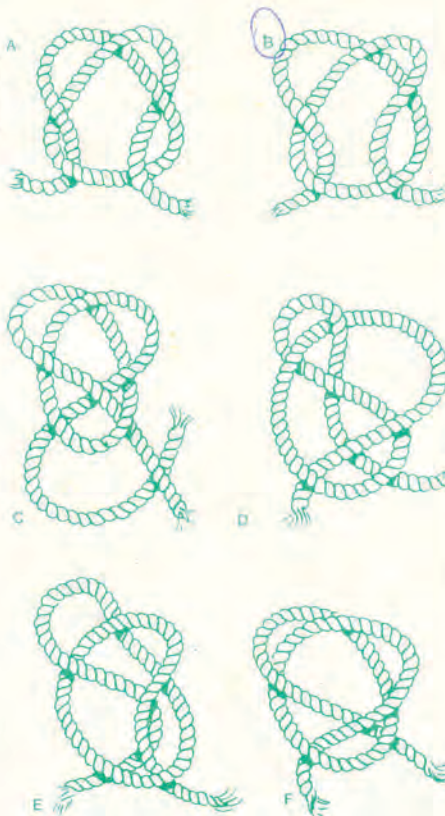
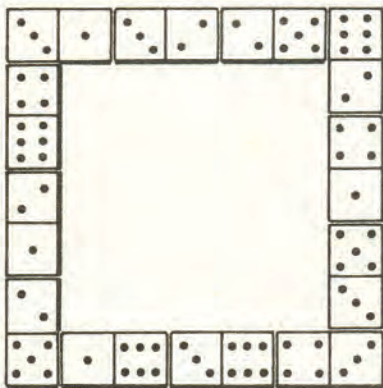
ÁLLAPOTÁHOZ IGAZODNI

ROLITRON Műszaki-Fejlesztő
Kisszövetkezet

VESEVILÁG 13

Rejtvényből fejtvény

Rendezze át a dominóköveket úgy, hogy a pontok összege minden sorban 24 legyen!



Tengerészeknek, hegymászóknak bizonyára könnyű ez a feladat, de talán Önnek sem lesz nehéz: a hat csomó közül melyek az igaziak és melyek álcasomók, azaz megszűnnek, ha a kötél két végét húzni kezdjük?

Vesebetegek nemi élete

Talán bizarnak tűnik a cím és az írás az érintettek minden ilyenfajta gondjára sem ad választ, mégis szót kérek, mert erről a rendkívül fontos témáról az újságok hasábjain segítséget nyújtó módon ritkán esik szó.

Írásom címe a sajtó műfaji szabályai szerint csak rövid lehet, jóllehet nem kívánom mondanivalómat a vesebetegekre leszűkíteni, de ebben a vonatkozásban rájuk ugyanazok a szabályok érvényesek, mint például azokra, akiknek szívüködésükkel vannak gondjaik.

A különböző betegségecsoportokon belül különböző súlyosságú esetek találhatók. Valamennyiük számára nem lehet teljesen azonos tanácsot adni, de a kifejezett orvosi tiltásokon túlmenően magatartásukat az egészségesekre jellemző mindennapos élethez kell közelíteniük. Vonatkozik ez többek között a táplálkozásra, a tevékenység és a pihenés arányaira és érvényes ez a felnőtt ember nemi életére is.

A szexualitás nem valamiféle kivételezett, különleges része az életnek. A harmonikus nemi magatartás a kiegyensúlyozottság fontos tényezője lehet. És itt azt is meg kell jegyezni, hogy abból, ha valaki nem él nemi életet, semmi károsodása, betegsége nem származhat, kivéve azokat az eseteket, mikor valaki úgy gondolja, hogy neki elengedhetetlenül szüksége van a szexuális kapcsolatra. Hogy ilyenkor mi a tennivaló, azt célszerű a beteg állapotát jól ismerő orvossal megtárgyalni.

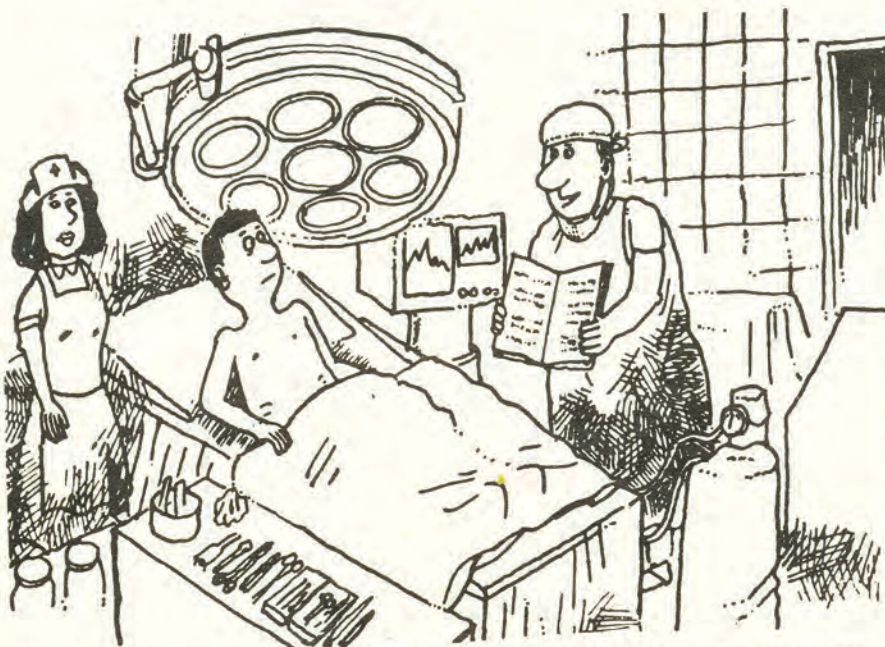
Az ember nemi élete nemcsak a szaporodást szolgálja, hanem az örömszerzésnek még az Egyház által is elismert módja. VI. Pál pápa húsz esztendővel ezelőtt kiadott Humanae vitae kezdetű enciklikájában arról is szól, hogy az ember többször kíván nemi életet élni, mint ahányszor utódot szeretne világra hozni. És a nyilatkozat bár szigorúan megszabja a határt, mégsem zárkózik el az egyházi elvekkel nem ellenkező fogamzásgátlás lehetőségétől.

Milyen legyen a beteg nemi élete?

Olyan, ami az egészségét szolgálja, ami számára nem megerőltető, ami könnyedén lebonyolítható. Ha nem kíséri szorongás, félelem, hanem a sikerélmény a jellemzője, ami az önmegbecsülést is fokozza és ennek az egészség szempontjából nem mellékes a hatása. De nyomatékosan ki kell hangsúlyozni, hogy ez semmiféle előírt gyógymódot, kezelést, gyógyszert nem pótol. Csak az előírások betartása mellett kívánhatja a betegnek az orvos: kedves egészségére!

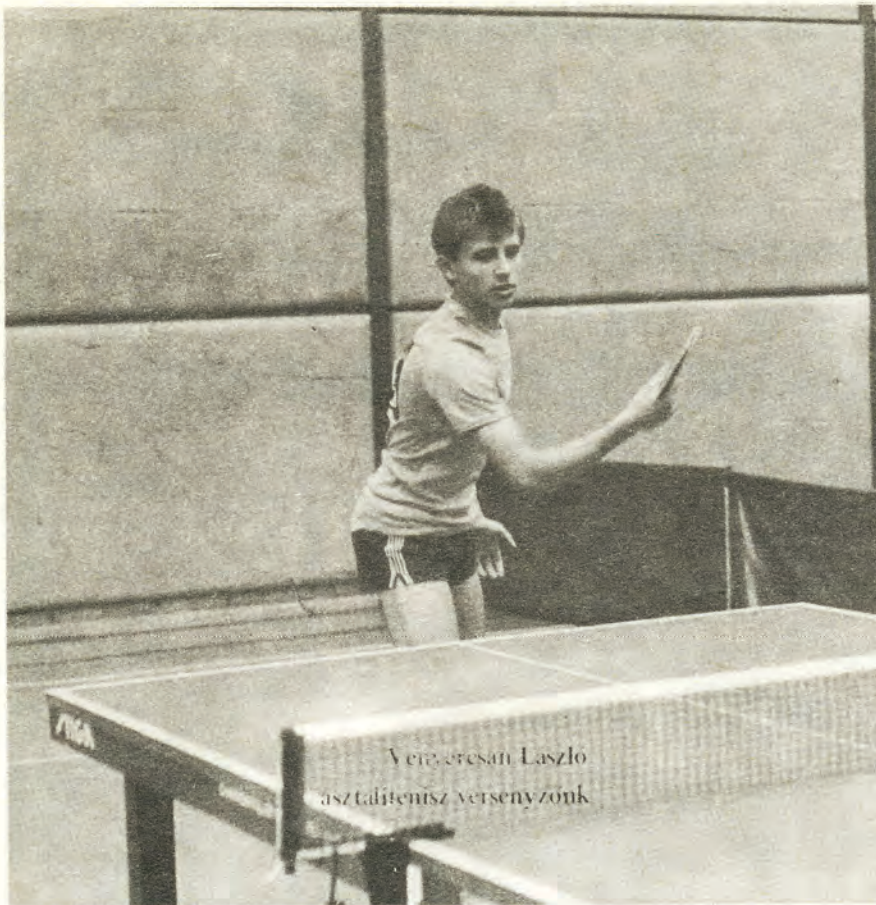
DR. VERES PÁL
aranytollas
orvos-újságíró

„Első osztályú vese 28 ezerért kapható, közepes 10 és 14 ezer között lenne, és van itt egy nagyon előnyös alkalmi vétel: 45 Schillingért, használt, amelyet egyszer már átültettek a tévé klinika-sorozatában”.



NEUE KRONEN ZEITUNG — osztrák napilap

Az élet diadala a halál felett



1988. március 27.-e vasárnap kora délután a Magyar Transzplantáltak Sport Egyesülete első országos háziversenyének utolsó eseményei zajlottak. Háromnapos együttlét, sport, ismerkedés, tréfa, erők felmérése, csapatok, párosok kialakulása a következő – két hónap múlva esedékes – háziversenyre a tennivalók megbeszélése ez volt a program.

Az előzmény

1987 szeptemberében néhány főből álló gárda indult el több városból Innsbruckba a VI. alkalommal megrendezésre kerülő transzplantáltak világtétkára. Ez a kis csapat vett részt rendezvénysorozaton elsőként a szocialista országok közül, Dr. Perner Ferenc, Dr. Járai Jenő, Dr. Alföldy Ferenc és Dr. Bánhegyi Csaba orvosok támogató közreműködése és az Isis Kulturális Kiszövetkezet szervezése tette lehetővé, hogy a magyar csapat kijutott a játékokra.

Igazi volt

A rendezés csodálatos volt. Trikolor mögött haladt be a magyar csapat az Olimpiai Stadionba s a magyar zászló ott feszült a 24 ország zászlói között. Mint az igazi Olimpián. S hogy mennyire igazi volt, álljon itt két eredmény. A 100 m-es síkfutást 11,18 mp-cel egy angol néger atléta nyerte, a

100 m-es gyorsúszást egy ausztrál kislány, kinek eredménye jobb volt a fennálló magyar felnőtt rekordnál.

Hadd említsem meg az ellenkező példát is, amikor az egész uszoda közönsége vastapssal és ütemes hajrával biztatta a lemaradó és akarata végső megfeszítésével küzdő sportolót is. A mi csapatunk egy ötödik és két hatodik helyet szerzett úszásban, melyet Dévald Péter és Székely György ért el és Szentesi Ferenc tollaslabdában 72 induló közül a legjobb 16 közé verekedte be magát. Az egymásnak örvendező, összeverődött társaságok, egy táncos estén kart karba öltve együtt táncoló, 24 országból érkezett szervátültetettek egymást elfogadó öröme, csodás pillanatokkal ajándékozott meg. Az ismételt lehetőséggel megélt életnek örültek. Újra meg újra és mások számára is meg kell teremteni ezt az élményt.

Igazi az élet is

A legnagyobb szerűbb, hogy nem csupán a sportrendezvény sikerült valóban igazinak: küzdelemmel, teljesítménnyel. Igazi az életük is. Újra élnek az életüket. Az ismét elnyert élet tovább éltetője testi erejük sikere, sportjuk is. A hitetlenkedőkkel szemben felmutatták a megélt valóságot: az élet győzelmét a halál felett.

Az alapítás gondolata

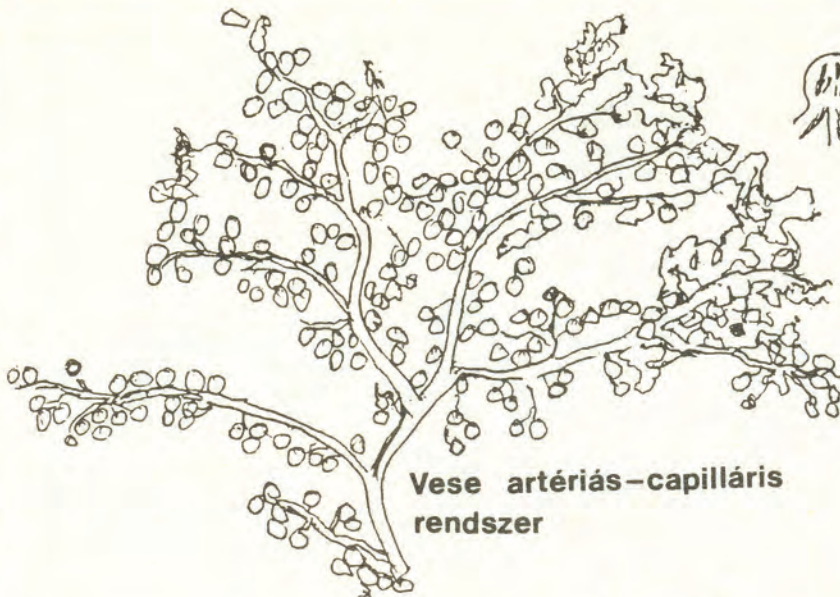
Nos ilyen érzelmi motívumok határára döntöttük el még ott Innsbruckban, hogy megalapítjuk itthon az M.T. S.E.-t. 1987. november 24.-én alakult meg az egyesület mint önálló, független jogi személy. Kitűzött céljai között szerepel a kezdetben említett versenyek megrendezése kéthavonta. 1988. augusztus utolsó hetében a szocialista országok szervátültetettjeinek Béke, Barátság, Reménység Kupájának a megrendezése, amelyre osztrák, jugoszláv és finn barátainkat is meghívtuk. 1989-ben szeretnénk magunkat csapattal képviseltetni Singapurban a VII. Nemzetközi Transzplantáltak Világtétkán és ott megkérnénk a VIII. Nemzetközi Transzplantáltak Világtétkának megrendezését Budapestnek.

A tervek

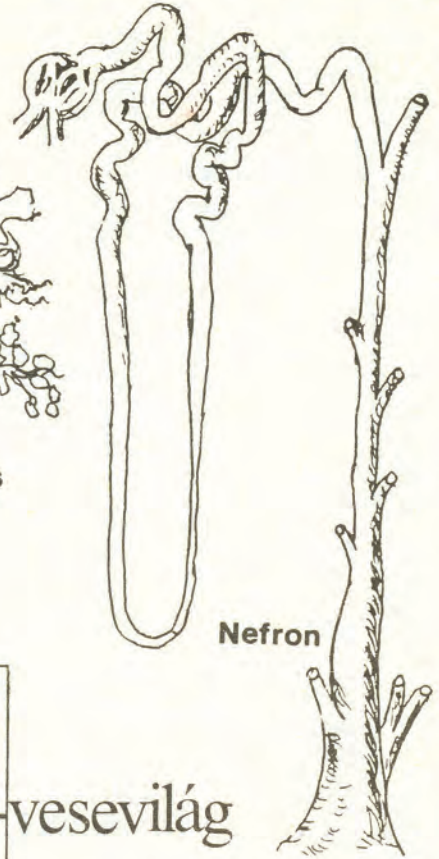
Ez három és fél éves program és tudjuk, hogy megvalósításához csak magunkra, illetve azokra a vállalatokra, magáncégekre, emberekre számíthatunk, akik ebben a nehéz gazdasági helyzetben is fontosnak tartják támogatni az élet igazi diadalát a halál felett.

Reméljük megtaláljuk partnereinket.

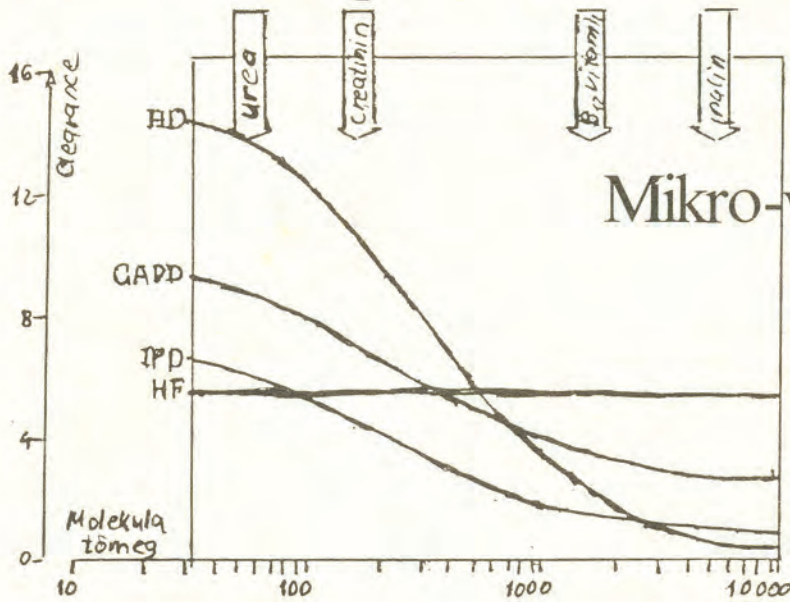
SZÉKELY GYÖRGY
elnök



Vese artériás-capilláris rendszer

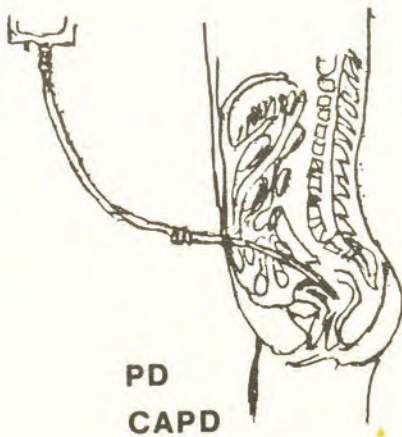
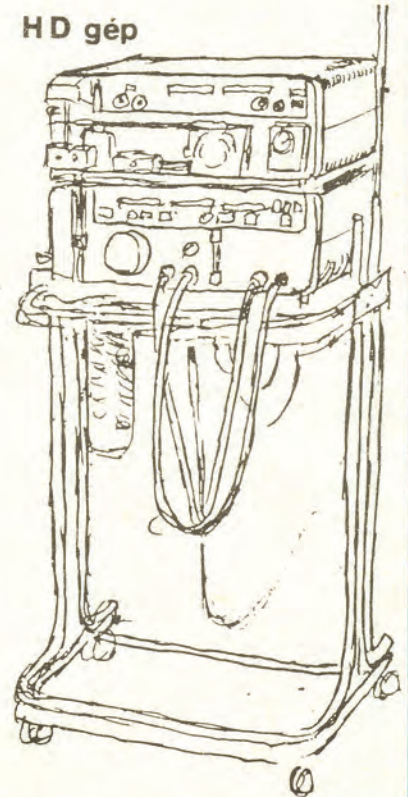


Nefron

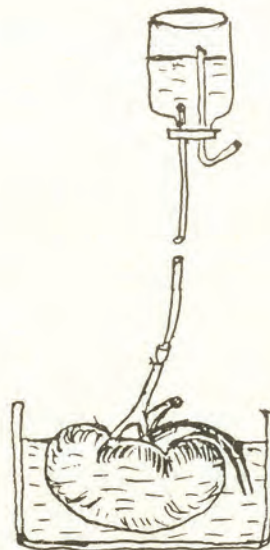


Mikro-vesevilág

HD gép



PD
CAPD



Vese transzplantációra való előkészítése