

Fésületlen gondolatok a „Quo vadis vidéki urológia” című felkért közleményhez

Gervain Mihály dr.

Fehér Kígyó Orvosi Központ, Orosháza

Gécs Sándor osztályvezető főorvos kolléga közleménye (1) nagyon időszerű és nagyon fontos keresztmetszetet, felmérést ad a hazai urológia helyzetéről. A címben szereplő „vidéki” urológia megfogalmazás egyrészt a közlemény lényegi tartalmára utal – másrészt ki nem mondva, de közvetve jelzi a „nem vidéki urológia” állapotát is. A kettő egymás nélkül nem létezhet – szorosan egymásra vannak utalva.

A jelentős munkát igénylő közleményért elismerés illeti főorvos urat és azokat a kollégákat, akik a felmérő – felkérő levélre válaszoltak. Felvetődik a kérdés és érdemes is feltenni, hogy 5 osztály (20%) miért nem válaszolt a kétségtelenül alapos és részletesen kidolgozott kérdőívre?

Néhány gondolattal kívánok hozzájárulni a – reményeim szerint – szakmánk helyzetéről talán elinduló párbeszédre, noha lehet, hogy ez optimista gondolat. A közleményben is szerepel egy-egy nyomós adatokkal alátámasztott jelzés már a kétezres évek elején is elhangzott (2). Ezért lesznek olyan gondolatok, amelyek vitát válthatnak ki, de Gécs főorvos úr közleménye után az én hozzájárulásom is csak az lehet, hogy a jelenlegi helyzet megoldására érdemi vita, eszmecsere, majd cselekvés induljon meg.

A közleményben jelzett folyamatot – mi vezetett a jelenlegi állapothoz – azonban érdemes végiggondolni. 1967-től előbb a szegedi I. sz. Sebészeti Klinikán Németh András mellett – majd Orosházán Urológiai Osztály alapítva 1976-ban – mindkét területen részese voltam az elmúlt 48 év történéseinek.

1. Az urológia Ilyés Géza szerint a belgyógyászatból és a sebészetből alakult ki. Önálló diagnosztikai igénye és teljesítménye Korányi Sándorral az élen évtizedekre a belgyógyászathoz kötötte – műtéti technikája pedig a sebészetéhez. Ebből az öszvérből azonban egy nagyon is termékeny és virágzó terület alakult ki, amely az urológiát hozta létre. Gyökerei révén mindkét szára hazánkban is évtizedekig együtt fejlődött. Ezt az is jelzi, hogy az urológia keretén belül létesült az első hazai műveáallomás (1954 Németh–Gál–Pintér). Az 1970-es évek elején a Petrányi Gyula vezette II. sz. Belklinikán pedig urológusok és nefrológiával foglalkozó belgyógyászok megalapították az Urológiai Társaság Nefrológiai Szekcióját.

Mindkét szakmai területnek jelentős vonzereje volt, hiszen igen eredményes terápiás eredménnyel gyógyítottak. A fejlődés során mindkét terület fokozatosan önállósodott és a nefrológia fokozatosan kivált az urológiából. A fiatal orvosok számára ez külön szakmai lehetőséget jelentett!

Nem urológusok lettek – sőt kezdetben a területet gyakorló urológusok is ezen a szakmai területen maradtak – pl. Karácsony András és munkatársai Pécsen. Ehhez azonban a 80-as évek vége felé nemzetközi hatások és cégek – csak néhányat említve –, mint a Fresenius, a Gambro stb. anyagilag és szakmai támogatással is nem csekély mértékben járultak hozzá.

2. A sebészeti műtéti alapok sokáig biztos bázist jelentettek, hiszen nemcsak Ilyés Géza volt eredendően sebész, de Noszkey Aurél (János Kórház) vagy Posta Bekény (Szekszárd), Mohácsi László (Nyíregyháza), de akár maga Babics Antal is sebészként dolgozva váltak az urológia műtéti technikájának is kiemelkedő alakjaivá. Debrecenből Szegedre kerülve Jáky Gyula I. sz. Sebészeti Klinika igazgatójaként is kiemelten kezelte az urológiai sebészetet. Utóda Petri Gábor ugyancsak alapvetőnek tartotta, hogy a klinika 7 szakmai profiljára csak úgy specializálódhattak gyakornokok, ha letették már a sebészeti szakvizsgát.

3. Ez vezetett előbb az első vesetranszplantáció elvégzéséhez, majd az urológiai rekonstrukciós sebészet hazai megalapozásához (3). Ekkor még ez a szakmai terület ugyancsak az urológusok szakterülete volt. Az történt azonban, hogy a fiatalok szakképzésében fokozatosan háttérbe szorult a sebészeti alapképzés. Ez annak ellenére alakult így, hogy a szakképzési programban bizonyos idejű sebészeti gyakorlat elő volt írva. Az urológiai diagnosztika új területei pl. az endoszkópia fejlődése, az izotópdiaosztika, majd a transurethralis műtétek pl. jelentős ráfordítást igényeltek és részben elfedték a korábbi, tradicionális sebészeti technika iránti szükségletet. Így kiváló szakképzéssel, de kevésbé alapos sebészeti képzéssel fokozatosan kerültek ki fiatal urológusok vezető állásba. Ez a folyamat elsősorban a budapesti urológiai klinikáról valósult meg és folytatták a már meglévő osztályok munkáját, vagy megalapították a vidéki urológiai osztályokat (4, 5). Amikor a vesetranszplantáció, az uro-onkológiai sebészet megkívánta, hogy a határterületeken, a hasüregben és a mellkasban is nélkülözhetetlen az alapvető sebészeti jártasság, az ezt nélkülöző urológusok és az urológia is fokozatosan kiszorultak, majd részben elvesztették a két szakterületet. A vesetranszplantáció sebészeti szakterületté lett. Még volt egy említésre érdemes jelentős kísérlet a helyzet rendezésére. Az egészségügyi vezetés – részben Babics Antal ellenkezése mellett – kísérletet tett, hogy Szeged mellett az országban legyen egy másik intézet is, ahol vesetranszplantációt végeznek. Erre

Pintér József vállalkozott, aki akkor már a nagy ágyszámú és kiemelkedő miskolci osztály élén állt. Mielőtt elvállalta volna az ún. „első államilag szervezett” vesetranszplantációt hosszabb sebészeti és transzplantációs tanulmányútra külföldre ment. Évekkel később a budapesti egyetemen megalakult a Transzplantációs Klinika *Perner Ferenc* vezetésével, a többi egyetemen pedig a Sebészeti klinikák keretén belül megalakultak a transzplantációs osztályok.

Féloldalú volna a két szakmai terület fejlődésének fenti vázlata, ha nem emelném ki, hogy természetesen a nemzetközi hatások, az immunológia, a vesepatológia, a klinikai kémiai laboratóriumi vizsgálatok, de az antibiotikum- és szteroidterápia, majd 2000-ben a genetika ezirányú fejlődése is jelentős szerepet játszott és játszik mindkét terület önálló fejlődésében és szakmai vonzásába. A fejlődés nemzetközi eredményei – már az 1970-es években lehetővé vált külföldi kongresszusok és folyóiratok –, majd pedig a fiatalabb generáció számára is a fokozatosan elérhetővé vált tanulmányutak révén ugyancsak el nem hanyagolható befolyással rendelkeztek a hazai történésekre.

4. Az urológián belül művelt terület volt a korábban csak spermatológia néven meghatározott szakma, amelynek jelentős művelői *Molnár Jenő* és mellette *Papp György* a budapesti urológiai klinikán dolgoztak. Ebből kialakult – természetesen a nemzetközi hatásokra is – az andrológia. Diagnosztikája, endokrinológiai vonatkozásai, mikrosebészeti technikája ugyancsak önálló munkát, művelést és egész embert kívánnak. *Papp György* a budapesti Urológiai Klinikáról a HM Központi Kórházába távozva jelentős andrológiai centrumot hozott létre. Népesedésben és családtervezésben játszott szerepe el nem hanyagolható vonzerőt képviselt a fiatal szakembergárda számára szoros kooperációban a nőgyógyászati és szülészeti szakmával.
5. A hagyományos urológia saját szakmai területe volt a gyermekek urológiai betegségei – ezek nagyobb jelentőségű eseteit a veleszületett elváltozásokat képviselték. Itt sem hiányozhatott a sebészeti képzettség, de ugyancsak sajátos volt az a tény, hogy a gyermek nem felnőtt kicsiben. Saját élettani és patofiziológiai paraméterekkel rendelkezik. Meg kellett tehát ismerni és tanulni a gyermekgyógyászat, stb. ide vonatkozó fejezeteit, kezdve a felnőttől eltérő gyógyszeradagolását, a só-vízháztartás jellegzetességeit. Kiemelendő, hogy a gyermekek ápolása, klinikai ellátásuk, posztoperatív ápolásuk sajátos és ez a szakszemélyzetet is érintette. Így ez a szakmai terület is önálló utat járt ki magának. A vezető szakemberek – részben a fentiekből eredően – nem is favorizálták a terület művelését. Saját tapasztalatom volt két klinikaigazgató jelzése: a rejtett-heréjűség kezeléséről és műtéti megoldásáról szóló, az Orvosi Hetilapban megjelent cikkünk kapcsán (6), a gratulációt követően elhangzott kérdés, hogy miért kell nektek gyermek-urológiával foglalkozni? Mellesleg az akkor szokásos éves jelentésekben a szervezett gyermekurologiai rendelésünkre és nem kisszámú műtetre visszajelzést nem kaptunk.

Az egyre nagyobb számban diagnosztizált gyermekurologiai esetek miatt is végül 1973-ban a Heim Pál Kórházban

megalapított gyermekurologiai osztály kimagaslóan műveli a gyermekek ellátását mind a mai napig. Ugyancsak kimagasló és nemzetközi szinten jelzett eredményei vannak a Pécsi Gyermekklinikán létesült *Pintér András* vezette gyermeksebészeti és urológiai osztálynak. A szegedi Gyermekklinika Sebészeti Osztálya szintén jelentős gyermekurologiai műtéti tevékenységet végzett *Altörjái István*, majd utóda *Füzessy Kristóf* vezetésével. A helyzet némileg hasonlóan alakult a debreceni egyetemen is. A gyermeksebészet és a gyermekurologia *Csizy István*, majd *Sasi Szabó László* és *Flaskó Tibor* munkássága révén egységesen fejlődtek. Ezek az osztályok, Klinikák léte jól jelzi, hogy a sebészeti tevékenységet a gyermekklinikák hathatós támogatása és szakmai segítsége könnyítheti meg az urológus, sebész kollegáknak.

6. Elérkeztünk ahhoz a kérdéshez, hogy akkor merre fejlődött vagy alakult az urológia sorsa, mi vezetett a jelenlegi helyzethez. A válasz soktényezős lehet és bizonyára nem is rendelkezek minden információval, de a folyamat néhány vonatkozása azért feltétlen említést érdemel.

A klinikák mellett a vidéki osztályok megalakulása a 70-es években felgyorsult és megyei, városi kórházi szervezetben működtek. Ennek azonban jelentős finanszírozási vonzata volt, elsősorban a műszerbeszerzések és az antibiotikumterápia jelentős költségei miatt. Az 1980-as évekig a műszerbeszerzéshez a forintfedezet mellett devizafedezet is kellett, mivel akkoriban a forint nem volt konvertibilis. A meglehetősen endoszkópok ideje lejárt és az ún. hidegfényű endoszkópok elsősorban devizaigényes beszerzésből voltak elérhetőek. Ráadásul a fejlődés elhozta az uréteroszkópok és a nefroszkópok biztosította diagnosztikai igényét is, tovább növelve a műszerbeszerzések szükségességét. Ezekhez már természetesen szerencsés volt megfelelő orvosi műszerész támogatása és megfelelő képzés, ami elsősorban a klinikákra hárult. A transurethralis műtétek elterjedése, amelyben *Balogh Ferenc* vezette pécsi klinika élen járt, fokozatosan minden osztályon elvégzendő beavatkozássá vált. Következmény a nyitott műtétekkel szemben a kisebb vérigény, a rövidebb kórházi ápolási idő, a gyorsabb ágyforgó.

A perkután endoszkópos beavatkozás érdekes módon nem a klinikákról indult hazai sikereinek útjára, hanem a *Bugyi István* vezette kimagasló szentesi sebészeti osztályról *Tóth Csaba* sebészfőorvos révén. *Tóth Csaba*, majd munkatársa *Holman Endre* révén előbb urológiai részleg, majd osztály alakul. A szentesi tanulmányutak és bemutató műtétek révén, a többi osztályon is elterjedt. A urogenitális kövesség miatti nyitott műtétek aránya jelentősen csökkent, rövidebb kórházi ápolást téve lehetővé.

Közben azonban a diagnosztika is jelentősen fejlődött, a képalkotók területén az izotópdiagnosztikát jelentős mértékben felváltotta az ultrahang, majd a CT és a MRI, ezeket pedig részben a kettő kombinációjával a PET CT. Ez a lehetőség az ambuláns diagnosztika segítségével ugyancsak a kórházi ellátás eddigi igényeit is csökkentette.

A gyógyszerkutatások eredményeképpen a jóindulatú prosztatamegnagyobbodás kezelésében megjelentek újabb gyógyszerek, amelyek az esetek jelentős részében eredményes ke-

zelést biztosítanak a mai napig is. Ebből következik, hogy a TUR-műtétek jelentős részben visszaszorultak és ez által a kórházi ágyak kihasználtsága és az endoszkópos műtétek száma is csökkent.

A hagyományos, ún. nyitott sebészeti képzettség tehát, részben jogosan háttérbe szorult az újabb és újabb diagnosztikai és endoszkópos műtétek mellett. Volt és van azonban néhány szakmai terület: a rekonstrukciós onkológiai műtétekhez elengedhetetlen a határterületeken való sebészeti jártasság, az érsebészet, a korszerű varróanyagok ismerete, a plasztikai műtétekről már nem is beszélve. Az egész veseüregrendszer kitöltő korallkövek és a szoliter vesében jelentkező malignus daganatok megoldásához a keringésből kirekesztett hipotermiás perfúziós beavatkozáshoz az egész rendelkezésre álló sebészeti fegyvertár szükségeltetett (7).

A napi gyakorlatban is jelentős igény: ha egy endoszkópos, laparoszkópos beavatkozásnál jelentősebb vérzés vagy hasi-bél sérülés léphet fel, akkor a konverzióhoz már szerencsés, ha annak a határterületnek a műveléséhez jártas kolléga segítségével rendelkezésre áll. A legjobb, ha ez azonnal rendelkezésre áll, akár az operátor személyében. Az izominfiltrált hólyagtumorkok esetében a teljes hólyagteltávolítás után az esetek többségében vékonybéllel történő vizeletdeviáció esetén ugyancsak szerencsés a kellő hasi sebészeti tájékozottság. Itt kell még említeni a heretumorkok esetén a retroperitonealis lymphadenectomiát, ami ugyancsak a határterületeken való jártasság esetén lehet sikeres és eredményes beavatkozás.

A fejlődés azonban az urológiai-sebészeti kutatások területén sem állt meg. Újabb fejlesztés és fejlődés vette igénybe az urológusokat, és ha nem akarták korábbi betegeiket elveszteni, akkor meg kellett tanulni és beszerezni az urológiai kövesség kezelésében az ún. „lökéshullám” terápiát. Itt meg kell említenünk az ország jelentős részében az ESWL-készülékekhez hozzáférést biztosító UVEK-céget és megalapítójukat, Erdős Sándor és Bodnár András nevét. Az UVEK-cégtől meghatározott időre bérelni lehetett a gépeket, itt tehát már a telepített gépek igénye nem merült fel. De újabb tanulási igény és az urogenitális kövesség kezelésében még az endoszkópos műtétek száma

is csökkent. Az ápolási idő és a kórházi ágyak igénybevétele ismét csökkenhetett, lévén, hogy a kezelés ambulanter is végezhető lett.

A diagnosztika fejlődése viszont a daganatos betegségek korai felismerésében előrelépést hozott. Az onkológiai gyógyszerek területén is jelentős fejlődés történt, részben a genetikai meghatározások segítségével, a személyre szabott terápia. Az onkoteam megalakulásával ismét egy társszakma lépett az urológusok mellé. A beteg így több szakma tudásának a felhasználásával gyógyulhatott. Az urológus tehát egy diagnosztikai és terápiás csapat részévé vált, korábbi, mai divatos szóval szuverenitása lassan mindkét területen csökkent. Az urológiai szakma azonban jó irányban lépett és Romics Imre kezdeményezésére megalakult az Uro-onkológiai Társaság. Klinikai utódja Nyírády Péter vezetésével is folytatódnak az évenkénti februári konferenciák, amelyek segítenek szinten tartani a szakmai ismereteket.

Szakmánk tehát a szerves fejlődésének köszönhetően már nem tud csak a saját lábán, szuverén módon és megfelelő terápiás eredménnyel működni. A társszakmákat igényli és csak komplex szervezeti és pénzügyi feltételek mellett állhatnak rendelkezésre a korszerű kubatúra, benne a szükséges eszközök és műszerek személyre szabott gyógyszerek. Ennek példái részben évtizedek óta láthatóak az angolszász egészségügyi szervezeti rendszerben. A méretgazdaságossági feltételek, a pénzügyi források már igen jelentős összegeket igényelnek. Azt kell látnunk, hogy a nemzeti össztermékből csak nagyobb ráfordítással, a tényleges amortizáció bevezetésével és komplex szervezeti keretek között tudunk lépést tartani a nemzetközi szakmai fejlődéssel. Ha még megemlítjük a már nemzetközi viszonylatban évtizedek óta használatban lévő robotsebészetet, akkor a műtétes szakmák együttműködése lehet a jövő útja. A Da Vinci készülékekkel a műtétes szakmák együttes műveléséhez térünk vissza több mint egy évszázad után, de természetesen egy jóval magasabb szinten. A mesterséges intelligencia által elérhető jövőbeli eredményekről akkor még nem is szoltunk (8).

Talán nem valótlannak annak az újabb kérdésnek a felvetése: Quo vadis urológia et medicina?

Irodalom

1. Gécs S. Quo vadis vidéki urológia. Magyar Urológia 2023; 35(4): 169–176.
2. Pintér J, Mohácsi L, Böszörményi-Nagy G. Országos Urológiai Intézet jelentése 1999 évi beszámoló. Magyar Urológia 2000; 12(2).
3. Gervain M. Az első hazai vesetranszplantáció 60 éve történt Szegeden. Magyar Urológia 2023; 35(1).
4. Romics I. A hazai urológiai története Balassától a közelmúltig. Orvosi Hetilap 2015; 156(48): 1966–1976.
5. Farkas L, szerk. A magyar urológia Története Pécs 2009.
6. Gervain M, Pálmai Sz. A retentio testis kezeléséről vizsgálataink alapján. Orvosi Hetilap 1986; 127: 1987. Markusovszky-Díj
7. Gervain Marsal J. Perfusio hypothermia a veseparenchyma sebészetében. A Magyar Urológusok Társaságának Tudományos Ülése Budapest Urológiai Klinika 1981. június 15.
8. Horváth P. Mesterséges intelligencia diagnózis és egyéni terápia. Petri Gábor Társaság Tudományos Ülése XXXVI. 2023. 12.02. SZAB Székház