

## Hogyan javíthatnánk az idült vesebetegek ellátást?

### *Korányi Sándor emlékelőadás*



Dr. Kulcsár Imre  
Szombathely

B. Braun Avitum 6. sz. Dialízisközpont  
Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Nephrologia



# Melyek a gyógyítandó problémák?

- **Nő a vesebetegek száma** – arányaiban ezt nem követi a szakember- és szakellátás kapacitásának (nephrologiai járó- és fekvőbeteg ellátás) növekedése.
- A különböző ellátási szintek elégtelensége miatt
  - relatíve kevés betegnél sikeres a veseusztulás progressziójának konzervatív eszközökkel való megakadályozása
  - egyre több beteg kerül sürgősséggel (nem tervezetten) dialízisbe
  - köztük extrém **magas** a szövődmények, hospitalizáció, **korai mortalitás aránya** – amely tovább növeli ellátásuk költségeit
  - fokozódik a betegek félelme a dialízistól, **nő az elutasítás aránya**
  - **csökken a nephrologia presztízse** (dolgozók kiégése, hiányszakma!)



ördögi körök rendszere



# Edukáció

## Szakemberek képzése

- **Nephrologus szakorvosképzés:** a szakma nem vonzó, a létszám nem nő
  - a szakképzés hosszú, bonyolult
  - könnyebb megoldások szükségesek (távoktatás, kreditek, konzultációk)
- **Társszakmák rendszeres továbbképzése**
  - minden nagygyűlésen főtéma lehet egy-egy határterületi kérdés
- **Szakedolgozók**
  - képzésük **gazdátlan**, végleges koncepció szükséges
  - magasan képzett nephrologus szakápolókra van szükség (kompetenciákkal!)
- **Betegedukáció**
  - multidiszciplináris edukáció
  - oktató nővérek, koordinátorok



## Eü. törvény (1997.), rendeletek, szabályok...

- A törvény **ellentmondásos** (beteg önrendelkezése vs. orvos kötelmei).
- A krónikus dialízis program (szemben az akut szituációkban végzett dialízissel) **nem életmentő, hanem élethosszabbító** – az én értelmezésem szerint.
- A dialízis **kezelés abbahagyása**  
A 3 tagú bizottság előírása és működése nem életszerű – értelmetlen.  
Arról nem is beszélve, hogy a beteg bármikor megváltoztathatja a döntését.
- Az AVF műtéte és a Tenckhoff-katéter beültetése **legyen sürgős műtét** (ez legalább annyira „életmentő”, mint a dialízis – hiszen az ideiglenes kanüllel kezdett kezeléssel a túlélés esélye 30-40%-kal rosszabb!).
- A nephrologiai ellátás **minimumfeltételei** jelenleg is túlszabályozottak, merevek.
- A **progresszív ellátást** minden megyében (és fővárosi nephrologiai centrumban) biztosítani kell, kivéve:
  - nephropatologia,
  - transzplantáció.



# Klinikai nephrologia – fejlesztési lehetőségek

- **A járóbeteg ellátás fejlesztése, kapacitás-bővítése!**
  - szakasszisztensek!
- **Nephropathologiai centrumok erősítése!**
  - anyagküldés
  - telemedicinális értékelés
- A veseelégtelenség **konzervatív kezelési** lehetőségeinek hatékonyabb kihasználása!
- Az eGFR megfelelő értelmezése!
- A **reziduális vesefunkció** mérése!



## Dialízis vs. konzervatív kezelés

- Idős korban, multimorbid állapotban, egyéb életveszélyes betegség esetén mérlegelendő.
- A konzervatív kezelés ≠ palliatív (end of life) care!
- A beteget és családját pontosan tájékoztatni kell a kilátásokról (várható élettartam, változások az életminőségben) mindkét kezelést illetően.  
A legtöbb (nem mindegyik) irodalmi adat szerint a **dialízis jobban növeli az élettartamot, de a QOL romlik.**  
A döntés a betegé (családjáé).

## Az életminőség szerepe-nem vizsgáljuk

- **Sokak véleménye szerint a QOL superior a túléléssel szemben.** Ebben a kérdésben a beteg álláspontja a döntő.
- Ha ennyire lényeges, miért nem végzünk QOL felméréseket az RRT megkezdésekor, esetleg utána évente?

## End of life care – nálunk nincs (?)

- „decremental dialysis” → RRT abbahagyása → palliatív care (hospice?)





# ESRD betegek RRT incidenciája 1 millió lakosra

## – Trendek a világban (2007-2012):

- **stabil incidencia** ( $\pm 5\%$ ) a fejlett világ országainak 40%-ában
- **növekedés** fejletlen országokban
- **csökkenés** (7-14%) Ausztria, Dánia, Finnország, Svédország, UK

– **Magyarországon** a dialízisre kerülő **incidens betegek száma magas** (2015-ben 220 pmp)

– Az ERA/EDTA regiszterbe jelentő országok átlaga **2011-ben 130 ill. 137 pmp volt** (Mo. 241!).

– Nagy a különbség a CKD-5D betegek 1. és 91. napi incidenciájában nálunk:

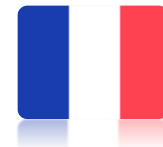
2011-es adatok	1. nap pmp	91. nap pmp
Magyarország	241	118 (49%)
ERA/EDTA:	133	115 (86%)

# Krónikus dialízisellátás szervezése

## A fejlett világban is többféle gyakorlat létezik:

**Franciaország:** 1069 dialízis ellátóhely / $\approx$ 60 m lakos

(ez többféle asszisztencia szintet is jelenthet, pl. DC orvos nélkül...)



**UK:** 224 dialízis ellátóhely / $\approx$ 60 m lakos

(ez is többféle szint – satelita is) **de 40 Tx centrum!**

HD betegek száma 1038–650-től lefelé/centrum

PD betegek száma 220-140-től lefelé/centrum



## **Magyarországon:**

- Nehezen növelhető a kapacitás a dialízisközpontokban (és anyagilag sem rentábilis).
- Túl nagy a zsúfoltság, mivel csak in-center HD (és PD) van: >100 HD beteg/1 centrum.
- Kitörési lehetőség CSAK a „**home**” **kezelések** és a **satelita dc**.



## Ideális lenne

- $\approx$ 60 beteg/DC,
- 4 ágyas termekben végezni a HD-t (a beteg szemszögéből!),
- a betegek kezelése **minél közelebb történjék az otthonunkhoz** (vagy otthon) – **szállítás (drága), várakozás (QOL↓)**.



# Krónikus dialízis program

- **Tervezett kezdet a legfontosabb a túlélés szempontjából...**
  - lehetőség van a **reziduális vesefunkció** megőrzésére
  - **„incremental” dialízis: a dialízis dózisát a vesefunkcióhoz viszonyítva fokozatosan emeljük**
  - a **sürgős kezdet** (ideiglenes kanül) jelentős hospitalizációval, **fokozott korai mortalitással** jár  
**(Magyarországon a CKD-5 HD betegek 40-50%-a nem éri meg a 91. napot!)**
- **A maradék vesefunkció mérése havonta:**
  - diurézis
  - kreatinin+urea clearance/2
  - KRU
- Az uniformizált (heti 3x4 óra) HD helyett **a betegek egy jelentős részénél individualizált kezelés.**
- A dialízis **minőségi indikátorainak**, a célértékeknek az **életkorhoz**, az elérhető reális elvárásokhoz igazítása:  
A krónikus dialízis kezelésnek **2 kemény végpontja** van:
  - **a túlélés**
  - **az élet minősége.**

Minden egyéb indikátor a fenti kettőt segíti!



# A diabetes mellitus kezelése intermittáló hemodialízis programban

- HD programban a diabeteses betegek napirendje (étkezés, inzulin adás, mozgás) felborul: vannak a dialízis-napok és a dialízismentes napok.
- Ráadásul a beteg különböző betegturnusokba kerülhet (R: 6-7 óra, D: 11-12 óra, E: 16-17 óra).
- A betegek étkezése, gyógykezelése, inzulinkezelése valóban individuális.
  - Már az is segítség lenne, ha a dializált betegek alanyi jogon kaphatnának analóg inzulint.
  - Növelni kellene körükben a **home kezelések arányát** – hogy függetlenné váljanak a dialízisközpontok szigorú időrendjétől.
  - Szóba jön **eltérő terápiás rezsimek alkalmazása a dialízis, illetve nem dialízis napokon** (akárcsak a hypertóniás betegeknél).



# A krónikus dialízis kezelés abbahagyása

1. „Recovery of renal function” – vissza a nephrologiai ambulanciára
  - Egy lehetséges kimenetel: hónapok, akár egy év múltán is előfordulhat.
  - A reziduális vesefunkció havi ellenőrzése emiatt is fontos!
2. A beteg a továbbiakban visszautasítja, illetve abbahagyja a dialíziskezelést
  - Fejlett (USA, CAN, AUS, NZ, UK) és fejletlen országokban (más-más okból) nagyon gyakori.
  - A program első 3-4 hónapjában jelentős, de az állapot kilátástalansága bármikor felmerülhet.



# Összefoglalás

- A teljesség igénye nélkül mutattam be néhány problémát, amelyek felvetésével, megfejtésével és megoldásával próbálkoztam az elmúlt 40 évben – a ráfordított időhöz és energiához képest igen csekély eredménnyel...
- Tudván , hogy a felvetett lehetőségek nem vonatkoznak minden krónikus vesebetegre – adott esetben minoritásra, máskor többségre, de javíthatják betegeink (egy részének) közérzetét, életminőségét, és túlélését is.
- Így azok továbbgondolása és megvalósítása (vagy elvetése) a minket követő generációra hárul...

# Köszönetnyilvánítás

**Hálás köszönettel tartozom mindazoknak, akik**

- tanárain voltak, elindítottak az úton...
- akik segítettek, támogattak pályám során, kollégáknak, barátoknak, főnököknek,
- munkatársaimnak, akikre nagyon büszke vagyok,
- a MANET Vezetőségeinek, tagságának,
- és családomnak, akik elviselték munkamániámat.





Köszönöm a figyelmet!

Fajpöl

GALÉRIA SAVARIA