

## A magyar urológia múltja, jelene és jövője

Prof. Dr. Nyírády Péter

Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika

Az orvos-technológia, diagnosztika, műtéti technikák, a gyógyszeres és onkológiai eredmények kiszélesedése, mindezek kapcsán felhalmozódott nemzetközi és hazai tapasztalatok valamennyi szakmai területet, így az urológiát is a helyzetének ártértékelésére, jelen pozíciójának és jövőbeli lehetőségének analizésére készítik. Nem lenne korrekt a mai felgyorsult világunkban a lehetőségeink tárházát anélkül elemezni, hogy ne tekintենek vissza szakmánk múltjára és tanítómestereinkre. Számos kérdést vetnek fel új feladataink, úgy szakmai, mind anyagi szempontból. Szakmánk képviselőinek is részt kell venniük abban a munkában, amelyben sikerül megtalálni a gazdaságilag még megengedhető határ vonalat, ahol a betegek érdekeit szem előtt tartó és a kor kívánalmainak/lehetőségeinek is megfelelő eredő mentén szerveződhet a mindennapi gyógyítási gyakorlatunk. A jelen és jövő kihívásai között szerepel a szűrés, a megelőzés terén történő paradigmaváltás ugyanúgy, mint egy megújult, tevékenységcsoportonként centralizált rendszer, vagy akár a személyre szabott gyógyítás módszerének rendszerbe állítása. Célszerűtlen lenne az újtól, az ismeretlentől való tartózkodás, inkább érdemesebb a változások élére állni, természetesen valahányszor kellő megfontoltsággal, élve mestereink pozitív példáival.

*Broaden of medical technology, diagnostics, operative techniques, pharmaceutical and oncological results with all above in connection of experience incline also urology to reevaluate its own present position and to analyse of its future. It would not be correct to evaluate the storehouse of our opportunities in this accelerated world without looking back the past and masters of our profession. New tasks may generate serious questions which should be taken into consideration not only from professional but also material point of view. Members of our own profession should also participate in the work to find the ideal borderline, where therapy is economically affordable with special attention to the interest of our patients and today's appropriate requirement of practice. Screening and paradigm shift to prevention are also part of the challenges of today and of the renewed centralised system of activities or set up personalised health care system. It would be inexpedient to fear from the new and the unknown, more we should lead the changes with consideration of the positive example of our masters.*

### A MAGYAR UROLÓGIA MÚLTJA ÉS JELENE

Az urológia a húgyutak és férfi nemi szervek területén a kivizsgálás, a konzervatív és sebészi kezelés, valamint az utókezelés teljes palettáját magába foglalja és műveli. Az urológia a sebészet édes gyermekeként, belőlealakult ki és később vált külön diszciplínává világszerte és Magyarországon egyaránt. A hazai sebészeti iskola megteremtője, Balassa János (1818-1868) már munkássága során számos korszerű urológiai beavatkozásról számolt be. Az első magyar urológiai osztály vezetőjének Antal Gézá-t nevezték ki, aki egyben a hazai urológia első tudományos fokozattal rendelkező képviselője és az első urológiai tankönyv szerzője is.

Az önálló magyar urológiát **Illyés Géza** (1870-1951) alapította meg, akinek a Rókus Kórházban lévő urológiai osztályát a Budapesti Királyi Magyar Pázmány Péter Tudományegyetem orvosi karának urológiai klinikájává minősítették 1920-ban, így Európában Budapesten alakult meg a második független akadémiai urológiai osztály. 1924-ben kezdeményezésére vezették be az urológiai szakvizsgát, 1925-ben a frissen megalakuló Magyar Urológusok Társasága elnökének választotta meg és 1930-ban megírta az Urológia tankönyvét. A klinikát 1942-44-ig **Minder Gyula** (1895-1982), majd svájci emigrációját követően 1963-ig **Babics Antal** (1902-1992) vezette, akit a Pécsről visszatérő **Balogh Ferenc** (1916-2003), majd 1986-tól a szintén Pécsről visszatérő **Frang Dezső** (1932-) követett. 1997-től a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikáját **Romics Imre** (1947-) vezette 15 évig. 2012. július 1-től **Nyírády Péter** (1971-) lett az igazgató.

Magyarországon másodikként a Pécsi Orvostudományi Egyetemen alakult urológiai klinika 1952-ben, ötödikként Európában. Első tanszékvezető egyetemi tanára **Huth Tivadar** volt. 1963-tól **Balogh Ferenc** (1916-2003), 1975-től **Frang Dezső** (1932-), majd 1999-ig **Götz Frigyes** (1944-) professzorok vezették a klinikát. Jelenleg **Farkas László** (1950-) az intézet igazgatója.

Hazánkban harmadikként 1974-ben **Kelenhegyi Márton** (1919-1978) egyetemi tanár vezetésével Debrecenben megalakult az önálló urológiai klinika. Igazgatói székében 1995-ig **Pintér József** (1930-2009) majd 2006-ig **Tóth Csaba** (1940-) professzorok követték. A klinikát jelenleg **Flaskó Tibor** vezeti.

Szegeden az urológia tanszéke **Scultéty Sándor** (1926-) professzor vezetésével 1984-ben alakult meg. Nyugállományba vonulását követően 1994-től a tanszéket megbízottként **Kiss Attila** főorvos vezette, majd 1997-ben **Pajor László** (1950-) professzor kapott kinevezést, akinek igazgatása alatt 2007-ben a tanszék önálló klinikává alakult.

Hazánk egyetemi klinikái mellett meghatározó múlttal, a magyar urológiának kiemelkedő osztályvezető főorvosokat nevelő intézettel még a Szent János Kórház Urológiai Sebészeti Osztálya dicsekedhet, amelynek legkiemelkedőbb alakja **Noszky Aurél** (1900-1987) volt.

A magyar urológia létrehozásában, az utánpótlás nevelésben és szakorvosképzésben, az urológia tantárgy egyetemi oktatásában, kutatásában, valamint nemzetközi képviseletében elődeinkre méltán lehetünk büszkék. Külföldi elismertségünket és a magyar urológia elfogadottságát, a nagy elődeink által nemzetközi téren elvégzett munkát, csak a kor történelmi adottságainak figyelembevételével ítélnénk meg. A két világháború közötti kor a világszerte is elsőként megalakult magyar urológiának széles lehetőséget biztosított nemzetközi kiteljesedésében. Ekkor az urológia nemzetközi központja és nyelve a német volt. Több beavatkozásban, módszerben jártunk nemzetközileg élen és játszott a magyar urológia úttörő szerepet. Erre egyik példa Illyés professzor, aki legelőször vezetett ezüst drótot az üréter megbetegedés diagnosztikájára cystoscopton keresztül, mely megalapozta később az üréterben végzett endourológiai beavatkozások kifejlesztését. Hogy mennyire világszínvonalú volt akkoriban a magyar urológia, mi sem bizonyítja jobban, hogy a két világháború között több mint 120 amerikai urológus látogatott a Pázmány Péter Tudomány Egyetem Urológiai Klinikájára, köztük Charles Mayo is, az amerikai Mayo Klinika megalapítója.

A II. világháború után, nemcsak a vesztesnek „járó” büntetés, hanem a keleti blokkhoz való csatlolásunk is meghatározta a magyar urológia nemzetközi együttműködési lehetőségét. A hangsúly a korábbi Szovjetunióval és más szocialista országokkal való együttműködésre tevődött át és elszigetelődtünk a kor legkorszerűbb urológiáját művelő nyugattól. Ennek egyik kivétele az 1986-ban Balogh professzor és Tankó docens által megszervezett Európai Urológus Társaság Kongresszusa volt, mely kaput nyitott Nyugat-Európa irányába.

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy a magyar urológia vezető professzorai mindannyian a szakma fejlődését, a betegellátás minél jobb körülmények közötti és minél magasabb színvonalon való művelésén munkálkodtak, munkásságuk és eredményeik példaként állhatnak előttünk.

Az urológia kialakulása során mindig lépést tartott a kor elvárásaival. A kezdetekkor a bujaborban szenvedők kezelése volt az egyik leggyakoribb megbetegedés, tekintettel arra, hogy egyéb kórok felismerése még gyerekcipőben járt. A medicina fejlődésével a vizsgálómódszerek, a konzervatív és sebészeti kezelések korszerűsödésével a korábban későn, vagy a késői stádiumban felismert urológiai betegségek egyre korábban kerültek felismerésre és gyógyításra. Az urológiai megbetegedések köre lényegében nem változott, ám bizonyos kórképeket ma már jellemzően más stádiumban ismerünk fel, mint korábban. Mint mestereinktől is megtanulhattuk, az urológia szépségét az jelenti, hogy a kivizsgálástól kezdve a konzervatív kezelésen keresztül, a legkülönbözőbb műtéti eljárásokig, azok teljes repertoárjával

(nyílt, endoszkópos, laparoszkópos, robot asszisztált) mindent magában foglal, továbbá az utókövetés mellett az urológiai megbetegedések onkoterápiájának is legjobb helye a szakma hatáskörében van.

Szaktanára, mint a diszciplína többi területére jellemző a szubspecializálódás, ami a szakrendelői "office" urológust ugyan kevésbé érinti, azonban az ő szakmai „kapuőr” szerepének megerősítését is jelentheti, tehát tájékozottsága rendszerelméletileg nélkülözhetetlen, természetesen nem a végleges megoldó szerepében. Ugyanakkor, a jövőben egyre nagyobb felelősség és szerep jut rá abban, hogy idejekorán felismerve a problémát, vagy kiszűrve a betegséget, mihamarabb a problémára specializálódott intézetbe irányítsa a rászorulókat. Az urológiai osztályon dolgozó kollégáinkat egyre jobban érintik az említett változások, melynek bizonyítéka az is, hogy egyre többen dolgoznak magasabb szintű centrumokban. Ez a folyamat megállíthatatlan, mert a tengerentúlon a magyarnál még centralizáltabb a szakellátás. Nagy kihívást jelent a jövő képzésében és a posztgraduális oktatásban ennek a szempontnak megfelelni, és az egészséges egyensúlyt fenntartani. Nem feltétlenül arra lesz szükség, hogy minden területet átölelően és legmagasabb szintet képviselő urológusok nevelődjenek, inkább a saját területükön maximálisan tájékozott orvosok.

## FŐ SZAKMAI IRÁNYOK

Az urológiában a bujakkal egy időben széles körben kifejezett panaszokat okozó alsó húgyúti elfolyási akadályozottság következtében kialakuló hólyagkő gyakori megbetegedés volt. A probléma háttérében leggyakrabban hajdanán is **a jóindulatú prosztatata megnagyobbodás (benignus prosztatata hiperplázia, BPH)** állhatott, melynek incidenciája és prevalenciája csak a rövidebb várható élettartam miatt lehetett a mainál alacsonyabb. Ez a leggyakoribb jóindulatú daganatos megbetegedés férfiakban, melynek gyakorisága az évek előrehaladtával folyamatosan növekszik. A BPH patomechanizmusának megismerését követően lehetővé vált a betegség gyógyszeres kezelése, mely napjainkban egyre célzottabb gyógyszerekkel, egyre nagyobb hatékonysággal lehetséges. A prosztatata jóindulatú megnagyobbodás kezelésében két támadási pont lehetséges. Míg az egyik hormonális úton, a másik a húgyhólyagynak lévő simaizom elemek elernyesztésén keresztül hat. Legújabbban sikerült bizonyítani a két hatóanyag párhuzamos adásának hosszútávú kezelésben kiváltott jótékony hatását, mely napjainkban a legmodernebb kezelési lehetőséget biztosítja. Nagy valószínűséggel alkalmas a BPH okozta teljes vizeleltrekedés és az ezzel törvényszerűen velezáró műtéti beavatkozások megelőzésére. Általánosságban a betegséget időben felismerve gyógyszeresen kezelhető, előrehaladott formájában műtéti ellátást igényel.

**A hólyag rosszindulatú daganatainak** ellátása, annak megjelenésétől függően széles skálán mozog az egynapos keretek között megoldható egyszerűbb, húgycsövön keresztül történő endoszkópos reszekciótól a hólyag komplett eltá-

volításáig. A többféle és bonyolult műtéti megoldás itthon is ismert és gyakorlott, valamennyi komoly jártasságot igényel, aminek megfelelően is indokolható ezen utóbbi esetek centrumokban történő ellátása.

Az elmúlt évtizedekben nagyon sokat változott a **vese-rák diagnosztikája**, az ultrahang elterjedésével lehetővé vált a korai felismerés, de sajnos nehézséget okoz a kezdeti tünetmentesség. A jelentős fejlődés ellenére sajnos a halálozás közel sem csökkent ilyen nagy mértékben, melynek okát a betegség pathomechanizmusának sajátossága jelentheti, melyet még nem sikerült feltárni. Egyre nagyobb számban laparoszkópos technikával történik hazánkban is a beavatkozás, szemben a hagyományos nyílt műtéti technikákkal.

**A húgyúti kövesség** az emberiséggel egyidejű megbetegedés, de hosszú időnek kellett eltelnie a kimutatásig, és még többnek a korszerű kezelésig. A vese- és húgyvezeték kövek vágás nélküli, külső lökéshullámmal való kezelését (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy ESWL) a Time magazin az elmúlt évszázad első 10, az emberiség életét, életminőségét befolyásoló vívmányának tartotta. Az ESWL a műtéti kezelések 80 %-át is átvette, de látható, hogy ez a 33 éve alkalmazott technika sem helyezkedett el kőbe vésett szabályokkal a terápiás palettában, mert az utóbbi években a legtöbb vezető intézetben, legyen az külhoni, vagy hazai, az ESWL kezelések aránya csökkent, mert az endourológia sokat visszanyert a régi erejéből. Itt is sok múlott a technika fejlődésén: flexibilis rendszerek, lézerezés, ballonos tágítás, CT kivizsgálás. Természetesen, mint minden eljárás az ESWL sem általános érvényű, és megvan a helye a kövek terápiájában. Húgyúti és vesekövesség esetében is elterjedt az endoszkópos technika, mely teljességgel kiszorította a hagyományos, nem egyszer kiterjedt nyílt műtéti metodikákat. E téren is büszkélkedhetünk komoly hazai eredményekkel.

Az utóbbi évtizedek vezető uro-onkológiai diagnózisa a **prostatarák**, melynek az 50-es, 60-as években szinte kizárólag előrehaladott formájával találkozhattunk. A PSA, mint marker és a prostatarák patomechanizmusának megismerése következtében ma már lehetőségünk van a korai diagnózisra is, így a betegek túlélési esélye is jelentősen javult. Ezzel a fejlődéssel párhuzamosan a daganatos megbetegedés túlkezelése egyre komolyabb hangsúlyt kap, mivel nem minden típusú prostatarákot kell kezelni. Valójában a prostatarák elnevezés nem helyénvaló, mivel sokkal inkább többféle betegség egy szervre lokalizált összefoglaló neve, mint különböző progressziójú és típusú kórképek helyes megnevezése. A kórkép pontos patológiai feltérképezése nyújthat segítséget a személyre szabott terápia meghatározásában. E kórkép diagnózisa, műtéti és kezelési lehetőségeiben fennálló újabb megoldások mintául szolgálhatnak azon vitákon, melyekben a korai felfedezés és megoldás szembeállítható a későbbi stádiumokban ismertté váltak anyagi konzekvenciáival, nem beszélve mindezek társadalmi és életminőségi következményeiről.

A leginkább nőket-, de azért férfiakat is érintő **vizelettartási elégtelenség** (vizeletinkontinencia) kezelése is nagy

fejlődésen ment keresztül. Kiváltó tényezői rendkívül eltérők, így a kivizsgálás pontos megjelölése és a beteg számára leghatékonyabb konzervatív és sebészi kezelés pontos meghatározása széleskörű felkészültséget és komoly ismeretanyagot kíván meg a területen specializálódott szakembertől. Sokat tett az urológia azért is, hogy az érintettek tájékozottassuk arról, hogy problémájukra a legtöbb esetben van megoldás, nem szorulnak pelenka viselésére – ami a társadalomból, akár a családjukból is kiszorítja őket. A betegség hátterében álló anatómiai és élettani elváltozások pontos feltérképezése nyújtott segítséget a betegség gyógyításában. A repertoárba tartoznak a legkülönbözőbb hüvelyi hálók, szalagok, és lehetőség van ezek hasúrogen kereszttüli nyílt, vagy laparoszkópos behelyezése. Az inkontinencia korszerű ellátása erre az urológiai osztályokon, klinikákon kialakított urodinamiás laboratóriumokban történik, ahol a kivizsgálás lehetőségeitől a kezelés legszélesebb perspektíváján át mindent biztosíthatunk az erre szoruló betegek számára. A terület multidiszciplináris, tekintettel arra, hogy sokszor nőgyógyászati jártasságot és tapasztalatot igényel a betegség bizonyos típusainak ellátása.

Az urológiában új szakterület az **andrológia**, amely egyértelműen az urológia egyik szubspecialitása. A férfi szexuális zavarok a kamaszkortól az idős korig minden korosztályban előfordulnak. Az andrológia, vagy férfiegészség szakterülete, négy pilléren nyugszik. Az egyik, a merevedési elégtelenség kezelése, a szildenafil mellékhatásának felismerésével óriási fejlődésen ment keresztül, melynek hátterében korábban pszichés tényezőt feltételeztünk. A merevedés és a merevedési elégtelenség élettanának megismerése sokat segített a betegség kezelésében. A második pillérnek a férfi meddőség kivizsgálása és kezelése tekinthető, a harmadik pillér pedig a férfi fogamzásgátlás. Ezekon kívül az andrológia területéhez tartozik – mint negyedik pillér – a korosodó férfiak hormonális változásai következtében kialakuló problémák ellátása is. Összességében az andrológia egy fiatal tudomány, amelyben a technika fejlődésével, a mikro-sebészet elterjedésével óriási változások történnek napjainkban is. E betegségek ellátása nemzetközileg is néhány intézetben, hazánkban is andrológiai centrumokban történik, ahol meg van a lehetőség mind a kivizsgálás, mind a legkorszerűbb kezelés teljes tárházának művelésére és kézbentartására.

## MŰTÉTI TECHNIKÁK ÉS TECHNIKAI ÚJDONSÁGOK

A laparoszkópia napjainkra széles körben elterjedt az urológiában is, ugyanakkor ez az "újdonság" is már lassan a múlté, mert egy urológus számára az évszázadra visszanyúló endourológia miatt a laparoszkópia, mint kisebb behatolást igénylő kezelési lehetőség, nem hozott akkora forradalmat, mint a sebészet más területein. A robotsebészet főleg az USA-ban hódít, mert ott biztosítják az eljárás anyagi feltételeit. Ma még nem tudjuk pontosan meghatározni a robotsebészet helyét az ellátási palettán, még az előnyeit sem határoztuk be pontosan minden kórkép valamennyi mű-

téti megoldásához képest. Az azonban biztos, hogy nagyon drága és kizárólag centrumba való. Az urológiában nem fog megállni a minimál invazivitásra való törekvés folyamata, sőt a technikai fejlődés (laparoszkópia, robot, HD felbontás, 3D optika, a TUR alternatívái – bipoláris TUR, lézer) ebbe az irányba halad. Ezek mind drága technikák, de alkalmazásukból nem lehet kimaradni, mert egy idő után behozhatatlan lesz a hátrány a „nyugati”, sőt már a közép-európai urológiához képest is. Ez a tehetséges és az újra nyitott, fiatal generáció további elcsábításának kockázatát hordozza magában. Ez a generáció a felsorolt tudás birtokában még kevésbé csalható vissza, sőt már nem is tudna megfelelni az évtizedekkel elmaradt technikával való gyógyításban. A folyamat élére kell állnunk és nem szabad elfelejtenünk az elméleti és a gyakorlati tudás átadását, melyhez feltétlen szükség van validált skill centrumokra és modellekre, hogy minőségi oktatásban részesüljenek a fiatal kollégák. A jövő oktatása és az urológiai tájékoztatás a világhálón keresztül történik.

Feltételezhetően a határok a betegellátásban is eltörődnek, egyre gyakrabban fognak a hazai professzionális centrumokban megjelenni a külföldi betegek gyógykezelésre jelentkezve, de ne felejtjük, hogy magyar betegek is valószínűleg többször fogják külföldön operáltatni, gyógykezeltetni magukat, ha csalódnak a hazai viszonyokban.

A jövő **az egyénre szabott gyógyítás**, melynek során az irányelveket követni kell – de egy olyan akadémiai gondolkodású urológiai intézetben, mint a miénk, írni és újra írni is kell ezeket, adott esetben el kell térni a szabályoktól, hogy minden páciens a számára legjobb kezelésben részesüljön.

**Az urológia onkológiai** megbetegedéseinek kezelése komplex feladat. A kiterjesztett sebészeti beavatkozásokon kívül szükség van korszerű intenzív ellátásra, rehabilitációra és a teljességhez az urológián belül végzendő kemoterápia is hozzá tartozik. A hazánkban nagyon erős onkológiai lobbiszeretné az urológiai rákos megbetegedések kezelését is monopolizálni. Ebben az esetben a minden szakmában végbemenő specializálódás ellenébe tartana a folyamat. Így ugyanaz kezelné a nőgyógyászati, sebészeti, szemészeti, bőrgyógyászati, urológiai stb. daganatokat, szerv- és szakma-specifikus felkészültség, valamint tapasztalat hiányában. Az urológiai betegek onkoterápiája terén komoly sikerek mutathatóak fel a személyre szabott metodikákban!

**A diagnosztika** jövőbeli szerepe kiemelkedő, különösen a képalkotó vizsgálatok területén. Jóllehet igen drága, de feltétlen és nélkülözhetetlen eszköze már napjaink ellátásának is pl. a spektroszkópos MR, PET stb. Feltételezhető, hogy elérhető a közeljövőben az a biztonság, mellyel határozottabban végezhetjük pl. prosztatata daganatos betegeink „aktív követését”, melynek jelene e téren nem ritkán ellentmondásokkal teli. Korszakos jelentőségű lenne a labor és/vagy genetikai jellegű diagnosztika – így megbízható és elérhető tumormarkerek stb. – további fejlődése, mely szintén a szűrés és megelőzés, valamint betegkövetés biztonságát fokozza.

**A gyógyszeres kezelésben** talán a legnagyobb fejlődés a daganat terápiában követhető nyomon. Az urológiai

vezető daganatok között a prosztatata és a veserákban tért hódítottak, és a jövőben egyre nagyobb számban fognak megjelenni a személyre szabott terápia készítményei. Ebből a hólyagrak sem fog kimaradni, amely gyógyszeres kezelést az előrehaladott, inoperábilis, vagy a radikális műtétekbe bele nem egyező betegeknél sugárterápiával is kiegészítene, tehát kemo-irradiációt végeznek.

Az onkoterápia mellett a **sugárterápia fejlődése** is közvetlenül hat ki az urológiai betegek sikeres kezelésére, a sugárkezelési technikák, 3D-konformális kezelés, gyógyszeres sugárérzékenyítés stb. révén. Komoly irodalommal és eredményességgel bír pl. a megfelelő stádiumú prosztatata daganatok ún. brachyterápiája, mely már hazánkban is elérhető. Arra büszkék lehetünk, hogy az igen költséges beavatkozást a biztosító fizeti, melyet nem minden európai ország mondhat el. Kíváncsian követi a szakma azon tanulmányok következtetéseit, melyek a brachyterápia és a műtéti megoldások eredményeit hasonlítják össze. Nem egy közlemény szakmailag azonos szintet, eredményt véleményez. A jövőben, talán legfőképpen az onkológiai ellátásban, még nagyobb lesz a hangsúly a különböző esetek interdisciplináris megoldásában (radiológus, patológus), ami mindig a beteg javát szolgálja.

Az urológiai osztályok üzemeltetésében a jövőben jellemzővé válhat az **egynapos sebészet** térhódítása. A műteteink közel 75%-a elvégezhető lenne egynapos sebészet keretében, ha ennek háttérét a biztonságos alapellátás/szakellátás maximálisan tudná támogatni. Ezzel szemben jelenleg, amikor a katéter behelyezésre is mentő szállítja 50 km-ről a beteget, és a sürgősségi osztály a vesekolika ellátása után a panaszmentes, kivizsgált beteget is urológiai osztályra küldi, addig nehéz elképzelni, hogy a radikális prosztatektómia után egy nappal a háziorvosi – szakrendelői asszisztensnő gondozni képes a beteget, de ez egy TUR-nál sem egyértelmű jelenleg. Így az ambuláns oldal (alapelletés és a szakellátás) célzott fejlesztése, mind anyagi, mind szakmai szempontból közvetlenül az urológiai betegellátást is javítaná. Az iatrogén infekciók, kórházi törzsek elkerülése oldaláról is ideális az egynapos ellátási forma. Az urológiai osztályok így gyorsabb ágyforgóval tudnak dolgozni, természetesen rövidebb átlagos ápolási idővel. Korábbi felmérések nem igazolták azt a feltételezést, hogy a súlyosabb (magasabb case mix indexű) betegek ellátása felborítja az osztályok bevételi struktúráját, ami azonban nem azt jelenti, hogy egy újonnan felálló, átszervezett rendszerben ne kellene korrigálni a tevékenységek számításait.

**A hazai egészségügy és az urológia** fejlődése, annak nemzetközi tendenciája, valamint a Semmelweis Terv alapján is elvárható, hogy regionális centrumok jöjjenek létre. Meghatározásra kerültek a progresszivitási szintek (I-től III-ig), melyekben meghatározásra kerültek az ellátandó feladatkörök. Az I-es alaptervekenység széleskörűen, a II-es szintű ellátások 37 kórházban, a legmagasabb progresszivitású harmadik szinten pedig, a négy klinikán kívül további 4 osztályon végezhető. A Semmelweis Terv és az abban lefektetett szabályozás egyértelműen a szakma fejlődését

szolgálja, mely a kiemelt beavatkozásokat centralizálja, megteremtve a lehetőséget komoly tapasztalat és szak tudás kialakulására. A terv és „központosítás” a magyar medicina nemzetközi szinten tartását szolgálja és egyértelműen a jövő útja. Az Egyesült Államok vezető intézeteinek munkatársai már fentebbi területeken belül is tovább specializálódnak és sokszor kizárólag egy-egy féle műtéti ellátást végeznek. Bizonyára az új progresszivitási elveken alapuló gyakorlat tapasztalatai megfelelő információ-tartalommal segítik mind az egészségpolitikát, mind a finanszírozót, azért hogy a szervezési változtatások még gördülékenyebé tegyék az ellátás folyamatát.

Az OEP adatok alapján hazai egészségügyben az aktív fekvő kassza kb. 334 mrd forintjából az urológia szakmára kb. 5 mrd Ft jut. A kb. 119 mrd forintos járó kasszából – a járóbeteg szakellátások/szakambulanciák összesen 295 helyszínen – kb. 2 mrd Ft-ot kapnak. A beavatkozások költségkalkulációja immár kiöregedett, évtizedes múltra tekint vissza. Nem elegendő csupán az új technikák – megoldások szakmai preferálása, hanem közelítendőek a tényleges összegek a valós költségekhez. Feltételezhető, hogy egy megújult struktúrában, koncentráltabb ellátással, egyéb költségcsökkentett megoldások (pl. egynapos műtétek, ESWL kezelések stb.) figyelembevételével sikerül a bemerevedett kassza-rendszer fellazítása. A zárt kasszákból és az alábontott forrásokból (labor, fekvő, járó, diagnosztika (CT, MR), gyógyszer, onkológia/onkoradiológia) történő finanszírozás miatt ugyanis a folyamatok részei a kasszákon belül önálló életet élnek, így nincs lehetőség a költséghatékony ellátási formák előnyben részesítésére. A mai rendszerben nem létezik kapcsolat a korán felfedezett és megoldott pozitív esetek nagyobb száma – költségvonzata – és a másik kasszában/kasszában ezzel „megspórolt”, akár hosszú évekre is áthúzódó kiadások csökkenése/alakulása között. A szak-

mánkat érintő fejlődés és a betegszám emelkedés szükségessé tenné a komplex folyamat – kasszahatárokon is átnyúló – egységben történő kezelését ahhoz, hogy az eredmény-orientáltság és a költséghatékonyabb azonos mértékben érvényesülhessen ezen a fontos szakmai területen a korai felismeréstől az onkológiáig. Tehát a megújult szakmai elvárások kapcsolódhatnak megújult finanszírozási rendszerhez is, mely nem csak adaptívabb, hanem magában is hordhat olyan szempontokat, amely preferenciával is bírhat pl. a szűrés oldalán.

Az egészségügy jövőjét és fejlődésének szinte kizárólagos útját a prevenció jelentheti. Sajnos a politika számára nehezen kezelhető kérdés, annak ellenére, hogy rengeteg pénzt és szenvedést lehet vele megspórolni, de eredményt sajnos nem 4, hanem 20-30 év múlva hoz. Természetesen számunkra rendkívül fontos, hogy minél több beteget minél korábbi stádiumban kiszűrjünk.

Bízom abban, hogy tökéletes részletekre – terjedelmi korlátok miatt – nem törekedve, a fentebb vázlatosan felsoroltak alapján sikerül érzékeltetni, hogy több korábbi tanítómesterünk helyzetéhez hasonlóan egy új kor küszöbén állunk. A jövő a mi szakmánkban is érzékelhetően megjósolható. Csak rajtunk múlik, hogy a lehetőségekkel hogyan bánunk. Ebben nem bír egyedüli befolyásoló szereppel a szakmánk, mivel az anyagi és technikai feltételek feletti döntés nem a mi kezünkben van. Az a mi feladatunk, hogy minden újra nyitottan a megfelelő szakirodalmi tapasztalatok és egyéni meggyőződéseink alapján a döntéshozókkal együttműködjünk a „szakmai változásmenedzselés” folyamatában. A kérdések a szűréstől a radikális megoldásokkal bezárólag a szervezési kérdésekkel, komplexitásában foglalkozva kezelendőek, mivel egyéni és parciális érdekek érvényesülése csak részeredményeket hozhat, mely hatással a népesség egészére nem lehet!

*„Nem a legerősebb marad életben, nem is a legokosabb, hanem az, aki a legfogékonyabb a változásokra.”*

*Charles Darwin*

## NÉVJEGY



**Prof. Dr. Nyirády Péter** 1995-ben végzett a szegedi Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetemen, 2001-ben tett urológus, 2008-ban andrológiai szakvizsgát. 2003-ban szerezte PhD fokozatát a Semmelweis Egyetemen. 2006-ban letette az Európai Urológus Társaság szakvizsgáját, így a European Board of Urology tagjává vált (FEBU). A

Magyar Tudományos Akadémia doktora.

Már szigorló éveitől széleskörű szakmai tapasztalatot szerzett laparoszkópos műtétek, sebészeti beavatkozások, bel-

gyógyászat és családorvoslás terén. A legrangosabb gyermekurologiai kongresszuson 1996 és 2001 között 10 alkalommal vett részt előadóként. Több alkalommal nyert külföldi ösztöndíjat Manchesterbe, Párizsba, Londonba. 2001 májusától dolgozik a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikáján, 2005-től a Laparoszkópos Munkacsoport, 2010-től a Húgycsősebészeti Munkacsoport vezetője. 2012. júliustól a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikájának igazgatója.

Számos hazai nemzetközi szakmai társaság vezetőségi tagja, jó néhány kongresszus díjazottja. 2012 szeptembertől az IME Klinikum Urológia rovatának vezetője.