

Dr. Kuti Vilma, nyugdíjas háziorvos

## A 40 ÉVES MÁOTE ÉS MEDICUS UNIVERSALIS TÖRTÉNELMI JELENTŐSÉGE ÉS MÉLTÓ JÖVŐJE

Szerző címe: 1029 Budapest, József Attila u. 84/b, e-mail: kutivilma@tonline.hu  
Tel.: (1) 376 95 88

Az orvosi munkában is mindennek volt előzménye és lesz folytatása. Generációk adták és adják át ismereteiket. Ebben a szakadatlan fejlődésben minőségi változás lehetőségét teremtette meg a MÁOTE és a *Medicus Universalis*. Ez adja történelmi jelentőségét.

40 évvel ezelőtt, amikor a MÁOTE megalakult, tagjai már hosszabb-rövidebb időn át, meglehetősen magukra hagyva tették a dolgukat. Orvosi gondolkodásukat, munkamódszereiket az adott szituáció formálta, csiszolta, ennek megfelelően, már az első találkozásnál sajátos értékek kerültek elő tarsolyukból.

Az enyémben is volt már valami.

10 éve dolgoztam. Először 1 évet a közegészségügyben (Ráckevén járási ÁKF). A rendeletekkel pontosan szabályozott közegészségügyi-járványügyi munka finomságainak megismerését és buktatóinak elkerülését a Pest megyei KÖJÁL kitűnő szakemberei segítették az aktuális feladatok során és rendszeres továbbképzéssel. A közegészségügyi-járványügyi szemlélet kialakulásához tehát minden adva volt számomra. A már akkor is imponáló eredményt, amely a fertőző betegségek megelőzésében csúcsonyosodott ki, évről-évre számszerűen nyomon lehetett követni.

Ezzel párhuzamosan, éles ellentétként, körzeti orvos férjem munkájába be-bepillantva, felsejlett a körzeti orvosra zúduló problémák tömege. Ezekből mit lehetne megelőzhetővé tenni?

A kitaposott utat felváltottam az útkereséssel. Sopronban 5 évet körzetben dolgoztam, amit megszakított a belgyógyászat szakvizsgához szükséges segédorvosi munka, mindezek mellett üzem- és iskolaorvosi tapasztalatokra is szert tehettem. Egyre megfoghatóbbá vált a később nem fertőző betegségeknek nevezett problémakör. Nem voltak statisztikai adataink, de érzékelnem lehetett, e betegek egyre többen vannak, betegségük egyre fiatalabb életkorban kezdődik.

A közegészségügyből hozott okkereső gondolkodással örök kérdés volt: Miért lett beteg valaki, miért romlott tovább az állapota, vagy mi segítette a „spontán” javulást? Mi a hasonlóság az egyes családtagok állapotának alakulásában, azonosan táplálkozók körében, vagy

egyes foglalkozási csoportokban? Hiszen, ha mindezt tudnánk, a tüneti terápiát oki terápia válthatná fel, és azon is gondolkozhatnánk, mit és hogyan lehetne megelőzhetővé tenni?

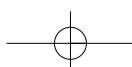
Ilyen előzménnyel, a bel-szakvizsgáláshoz szükséges időre kerültem bel-osztályra. Tovább gyűltek az információk, melyeket gondosan elemezve úgy tűnt:

- azonos okok előidézhetnek különböző és különböző okok azonos nem fertőző betegségeket,
- a kiváltó okoknak specifikus, csak rájuk jellemző következményei mellett aspecifikus hatásuk is van és a különböző okok aspecifikus hatásai összegeződnek az élő szervezetben,
- az egyes szervek nem fertőző betegsége helyett az egész szervezetet érintő károsodásról lehet szó, amely az egyes szervek eltérő sejt-típusai, funkciói szerint más-más formában, azok egyéb okok miatti érintettsége, vagy eltérő igénybevétele szerint eltérő súlyosságban jelentkeznek.

A szakvizsga után, ismét körzetben, egy új lehetőség nyílt a nagyon gyakori szív-érrendszeri elváltozások karbantartására. Dr. Sós József, egykori kórülettan professzorom munkái szerint ugyanazok a káros hatások a magnézium-szegény tápon tartott kísérleti állatokban előidéznek, magnézium-dús tápon tartott állatokban nem idézik elő a szív és érrendszer károsodásait. Sós korábbi néptáplálkozási vizsgálatai szerint pedig Magyarországon a magnéziumfogyasztás az élettani minimumot éri csak el. Dr. Rigó János magnéziummal dúsított csipkésörp: Viroma adásával tudta csökkenteni betegei magas vérnyomását.

Körzetemben hamar kiderült, tartós, rendszeres fogyasztásra a Viroma drága és nem mindenki szereti, ezért áttértem a lényegre: a magnézium pótlására. E célra magnéziumcitrátot használtam, melynek egy grammja 116 mg magnézium iont tartalmazott. Átlagosan napi 300 mg magnézium ionnal egészítettem ki a táplálékok és ivóvíz (a soproni vezetett vízben 54 mg/l) magnéziumtartalmát. Sürgősségi esetekben intravénásan, 10, vagy 20%-os magnéziumszulfátból 5–10 ml mennyiséggel kezdtem a pótlást.

A betegek állapota többnyire 1–2 hét, ritkán hosszabb



idő után javult. De nem csak a szív-érrendszeri, hanem az egyéb, nem fertőző betegségek körébe tartozó elváltozásaik is kedvezően alakultak. Korábban szedett gyógyszereik mennyiségét csökkenteni lehetett, vagy el is tudtuk hagyni azokat.

A naponta tucatjával észlelt hasonló megfigyelés segítségével a korábbi gyanút a bizonyosság váltotta fel: *nem az egyes szervek nem-fertőző betegségéről, hanem az egész szervezet károsodásának szervenként eltérő megnyilvánulásáról van szó.*

Ez volt az előzménye a MÁOTE keretei között a Magnézium Munkacsoport szervezésének, amely tevékenységéről – a magnézium-kutatás történetébe illesztve – a közelmúltban számoltam be.<sup>1</sup>

Szerencsésen találkozott a holisztikus szemlélet az egyes sejtalkotókban zajló folyamatok megismerésével, utóbbiakat társtudományok kutatásai adták kezünkbe.

Központi kérdés volt ugyan, hogy miért szükséges és hogyan hat a magnéziumpótlás, de ennek felderítésén túl újra és újra azon kaptuk magunkat, szélesebb összefüggések tárulnak fel. Ma már tudjuk, a magnézium adása csak azért sikeres, mert hiányállapotot szüntet meg. Más tápelem hiánya/pótlása hasonló fontos kérdés.

Az, hogy a háziorvosra jellemző sajátos gondolkodásban és útkeresésben nem vagyok egyedül, a MÁOTE megalakulásakor, későbbi rendezvényein és a Medicus Universalist olvasgatva vált egyértelművé számomra. Minél elzártabban, minél több időt dolgozott valaki körzetben, betegei sorsán és javára töprengve, annál határozottabban módosultak tanult ismeretei. Andor Miklós fogalmazta meg ennek alapját: a szituációt, amelyben dolgozunk. Ezért értettük meg egymást azonnal, bárhol voltunk körzeti orvosok.

### Miért, mitől sajátos a háziorvos gondolkodása?

Egyszerűen attól, hogy éveken, sokszor egész életén át együtt él egy lakosságcsoporttal, körükben látja, észleli az egészségtől a betegséget megelőző állapoton át a betegségig vezető, javulásokkal és romlásokkal tarkított folyamatot. Megismeri az emberek életkörülményeit, családjukat, környezetüket akkor is, ha nem beszélnek róla. Számos információt szintetizál. Összefüggések állnak össze akkor is, ha nem keresi azokat.

Ez a gyökere az egész embert, családot, lakosságcsoportot környezetükkel együtt észlelő, sorsukat hosszú időn át követő háziorvosok és egy-egy szerv elváltozására koncentrááló szakorvosok gondolkodása közötti különbségnek.

Dr Ágh László így írt erről A családorvoslás elméleti sajátosságai<sup>2</sup> című cikkében: „A háziorvos is egy specialista, munkájának tárgya az *emberi életfolyamat.*” „A családorvos nem egy szerv, vagy szervrendszer orvosa... ez megkövetel egy sajátos, igényes háziorvosi gondolkodásmódot, korrekt elméleti és gyakorlati módszerekkel. A háziorvoslás is, mint minden más orvosi szakág, tudo-

mányos alapokra épül” „...gondos odafigyeléssel tanúi lehetünk a megbetegedés folyamatának, a premorbid zavarok kialakulásának...”

*A betegséget megelőző zavarokat* az emberek érzik, de ezeknek még nincsenek orvosi vizsgáló módszerekkel kimutatható jelei. *A magatartástudomány magatartási zavaroknak nevezve foglalkozik ezzel a területtel, kérdőíves módszerekkel teszi feltárhatóvá előfordulásuk gyakoriságát.*<sup>3</sup> E szakterület érdeme, hogy megfoghatóvá tette az orvosi vizsgáló módszerekkel még ki nem mutatható elváltozásokat, de probléma-megközelítésük a szakorvosok munkájához hasonlíthatóan, a kialakult jelenségeket ragadja meg.

Ha a beteg a betegséget megelőző, még nem vizsgálható, de már érezhető panasszal jelentkezik, további sorsa háziorvosa „felkészültségétől” függ.

- A tapasztalt és önálló gondolkodásra képes háziorvos figyel a panaszokra, mert tudja, ez egy folyamat kezdete, és ha megkérdezi betegétől: panaszja mikor kezdődött, mit gondol, mi váltotta ki? – mindig kap választ. Ez a válasz olykor az oki terápia alapja lehet.
- A szakorvosok, vagy azok a háziorvosok, akik tanult ismereteik szerint dolgoznak, beleértve a jól szervezett, de gondolkodásunktól idegen továbbképzéseket is, közlik a beteggel, nem találtak elváltozást az adott szervben.

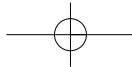
Ha a beteg ebbe nem nyugszik bele, mert érzi, hogy nincs rendben, addig keres újabb és újabb orvost, amíg vagy olyanra lel, aki panaszai alapján is segíti, vagy a folyamat időközben előre halad és megjelenik egy már vizsgálható elváltozás. (Mindez jelentős diagnosztikai kapacitást köt le, tüneti kezelése és közben a munkaképesség romlása jelentős összegbe kerül.) Ilyenkor indulhat el a tüneteket enyhítő gyógyszereken kívül az alkoholhoz, nikotinhoz, kábítószerkehez kötődés és alakulnak ki a szenvedélybetegségek, tovább rontva az alap-problémát.

A nem fertőző betegségek elsődleges megelőzése leglátványosabban ezt a csoportot érintené, hiszen egészségük maradéktalanul helyreállítható lenne, illetve el sem indulna a premorbid folyamat.

De cseppet sem hanyagolható el a már kialakult maradandó károsodások mellett mindig megtalálható, még reverzibilis károsodások megszüntetése, ami a közérzetet, munkaképességet javítja és megállítja a progressziót.

A nem fertőző betegség kialakulásának és romlásának megelőzése az egész emberre irányul, az egyes szervek már kialakult maradandó károsodásai specializált ellátásra szorulnak.

*A MÁOTE keretei között*, a helyzetünkből adódó gondolkodásmód annak idején tudatosodott, értéket kapott és innen, nem könnyű, de egyenes út vezetett a háziorvosi oktatás és szakvizsga megvalósulásáig. Emellett a kutatómunka is elindult. Vágytunk a szervezettebb továbbképzésre, a kutatás körülményeinek javítására



Mindez hogyan folytatódott?

Mielőtt erre keressük a választ, szólni kell arról, hogy feladatunk, mely a szükséges képzést, továbbképzését és a lehetséges kutatást is meghatározza, milyen összetett.

Amikor betegünk bármely szervében maradandó károsodást észlelünk, ennek ellátása kerül előtérbe. Tudni kell, hova küldhetjük, mit várhatunk az ellátó intézettől, és felkészültnek kell lenni arra, hogy amikor visszakapjuk, ellátását folytatni tudjuk.

A továbbképzés keretében egyre inkább ezek a feladatok kerültek előtérbe. Közben sajátos gondolkodásunk sorvad, sajátos lehetőségünk értékét veszti.

Helyes ez? Fenntartható, célra vezető ez?

Ha a népesség egészségi állapotának emberi, anyagi, társadalmi vonzatát nézzük, el kell gondolkodnunk az alap- és továbbképzésen, valamint az orvosi munkán belül az *életmentő beavatkozások, a karbantartás, a helyreállítás és a megelőzés jelenlegi és lehetséges arányain*. Ha mindezt mérlegeljük, világossá válnak a hiányosságok.

A nem fertőző betegségek elsődleges megelőzése és a már kialakult, de még reverzibilis károsodások megszüntetése „új” lehetőség, javaslataink szerint éppen 30 éve.<sup>4</sup> Nem akármilyen lehetőség, mert a modellvizsgálatok a ráfordított költség százszoros megtérülését igazolták. (Ebből mennyi mindenre jutna, még az egészségügyben dolgozók tisztességes bérére is!) Elkezdésére mégsem nyitott a politika, pedig a humán erőforrás minőségének javulásán keresztül az ország gazdasági teljesítményét is növelhetné.

Ha párhuzamba állítjuk sikertelen kezdeményezéseinket a már sikeres fertőző betegség megelőzéssel, és megismerjük annak keserves elindítását<sup>5</sup> még csak nem is panaszkodhatunk.

Az 1870-es években a bakteriológia, mint új tudomány, Louis Pasteur és Robert Koch felfedezései révén nagy lehetőséget nyitott meg a fertőző betegségek beható megismerésére és megelőzésére.

Fodor József professzor, a magyar közegészségtan tudomány megalapítója, 1873-ban tett először javaslatot az akkori közoktatásügyi miniszternek, hogy egy, a későbbi Országos Közegészségügyi Intézet funkciójának lényegében megfelelő intézet létesüljön a közegészségügyijárványügyi munka szervezésére, irányítására és a szükséges kutatások elvégzésére.

Kezdeményezésére született meg az 1876. évi XIV. tc., a magyar közegészségügy alaptörvénye is, mely az akkori Európa egyik élenjáró közegészségügyi törvénye volt. Nem a törvény hibája volt, hogy belőle alig valósult meg valami.

E törvény alapján létrejött az Országos Közegészségügyi Tanács, melynek másodelnöke Fodor József volt és ismételtlen foglalkoztak Fodor reform-javasolataival. Az ország általánosan rossz közegészségügyi állapota és egyre szembetűnőbb elmaradásunk Európa fejlődő

országaitól lassan, majd 40 év alatt győzte meg a felügyeleti szerveket, és 1912-ben megkezdték a javasolt intézet létesítésére az előkészületeket. A Főváros telket adott a IX. kerületi Gyáli úton. Nem sokkal ez után kitört az I. világháború. 1922-ben ismét napirendre került az intézet létesítése, de a Horthy kormány nem volt hajlandó erre pénzt áldozni. Végül is a Rockefeller Alapítvány 245 000 dollárral támogatta az intézet felállítását. Az Országgyűlés megalkotta az Országos Közegészségügyi Intézet felállításáról szóló, 1925 évi XXXI. tc.-t. Az intézet 1927 június 1-jén kezdte meg működését, *54 évvel Fodor József erre vonatkozó javaslata, 51 évvel a közegészségügyi törvény megalkotása után*.

Ez a fél évszázad késlekedés tette hazánkat először sereghajtóvá a fertőző betegségek megelőzésének késlekedésével. A hátrányt azonban az OKI irányításával a hazai szakemberek ragyogó eredményei hamarosan megszüntették. Munkájuk a fertőző betegségek kialakulásának törvényszerűségén alapult:

#### **A fertőző betegségeket tekintve törvényszerű, hogy kell**

- a fertőző forrás: a beteg, vagy egészségesen kórokozót ürítő ember, vagy állat,
- a fogékony szervezet, mely az adott kórokozóval még nem találkozott, így a védekezéshez szükséges ellenanyaggal nem rendelkezik és
- biztosítva kell, hogy legyen a kórokozó átjutásának lehetősége a fertőző forrásból a fogékony szervezetbe.

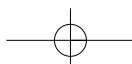
*A nem fertőző betegségek kialakulásának törvényszerűségét abban a szellemben sikerült felismerni, amelyet a MÁOTE teremtett, abban a szituációban, ahol együtt érzékelhető, vizsgálható egy-egy lakosságcsoporthoz egészségi állapota, a reá ható környezet egésze, fizikai, kémiai, biológiai és pszichikai hatásainak összessége és a teljesítő-, alkalmazkodóképességet jelentősen befolyásoló táplálkozás.*

*Ebben a szituációban lehetett felismerni, hogy a nem fertőző betegségekkel szorosan összefüggnek a szennyezőbetegségek és mindkettő lassan ható okai, azonnal károsítják a fejlődő magzatot.*<sup>6, 7, 8, 9, 10</sup>

Időszerű, hogy tudatosítsuk mindebben a MÁOTE és a Medicus Universalis történelmi szerepét, és újra gondoljuk:

- a szituáció, amelyben dolgozunk, nem változott,
- a kommunikáció és kutató munka eszköztára bővült, de
- torzult a fontossági sorrend a ránk zúduló feladatokban, hasonlóan
- az oktatáson, továbbképzésen belül sincs meg az életmentő beavatkozások, a karbantartás, a helyreállítás és a megelőzés szükséges aránya.

Kezünkbe kell vennünk alapvető körülmények megváltoztatását, ha népünk egészségi állapotán és saját



sorsunkon változtatni akarunk. Ehhez a MÁOTE-n kívül erős, ütőképes Kamaránk is van.

A változás leglényegesebb célja a nem fertőző betegségek, velük a szenvedélybetegségek és a magzati károsodások elsődleges megelőzése.

Fodor József fertőző betegség megelőzésre vonatkozó javaslatának megvalósításáig 54 évet késett a politikai döntés, pedig már volt számos európai példa és eredmény.

Mi még „csak” 30 éve mondjuk a magunkét és azóta nem találtunk fogadóképes politikai erőt, ami nélkülözhetetlen a szakmai feladatok elindításához, megvalósításához

A MÁOTE megalakulásának, a Medicus Universalis elindulásának 40. évfordulóján ki kell mondanunk:

- Népünk egészsége érdekében változtatni kell!
- Ahhoz, hogy a következő generációk sikeresen tovább vigyék munkánkat, fel kell éleszteni azt a közeget, amit a MÁOTE teremtett meg 40 évvel ezelőtt, de ami a körülmények kedvezőtlen alakulása miatt mára megkopott, amiben legnagyobb erényünk: a háziiorvosi gondolkodás sérült.
- Hatnunk kell az orvosi gyakorlat egészére, a specialiták gondolkodására is, ami a progresszió kivédését és a rehabilitáció elősegítését illeti, közben nagyon megbecsülve a kezükben lévő szaktudást.
- A kapacitását és felkészültségét szükség szerint fejlesztő ÁNTSZ-szel közösen, az ÁNTSZ kezdeményezésével az érintett ágazatok együttműködését kialakítva, el kell indítani a nem fertőző betegségek és velük rokon károsodások elsődleges megelőzését. Az egész népeiséget érintő kedvező változások máshogy nem érhetők el, de emellett szükség lehet és lesz egyéni korrekciókra is, melyek a háziiorvosokra várnak.
- A szükséges munkamegosztás keretében részt kell vennünk a helyzetfeltárásban, amely fontos a betegségmegelőzésben érintett ágazatok, szolgálatok mindenkor feladatának meghatározásához és a megtett beavatkozások eredményeinek méréséhez.
- Szakmai érvekkel el kell érni a szükséges nagy-politikai döntéseket, hogy a korlátolt egészségpolitika ne vihesse egyre nagyobb válságba népünk egészségi állapotát, ezen keresztül ne veszélyeztesse országunk gazdasági fejlődését.
- Ebben a szellemben felül kell vizsgálni, újra kell írni a Nemzeti Programokat.

Gondolkodjunk és cselekedjünk első elnökünk, Tóth Károly bölcsességével, első főtitkárunk, Szőnyi András lendületével, Andor Miklós, Palócz Gyula, Werkner János, Pogány István és sok-sok eltávozott, vagy életkoruk miatt háttérbe került kollegánk utat mutató szellemében, aktív kollegáink együtt-gondolkodásával, azzal a biztos hittel, hogy népünk sorsa tőlünk függ, ezért kell dolgoznunk a következő évtizedekben. Nem mindenről lemondva, hanem saját boldogulásunkat is biztosítva.

## ÖSSZEFOGLALÁS

Szerző a MÁOTE és a Medicus Universalis történelmi jelentőségét vázolja, azt a szituációt, amelyben felismerhetővé vált a nem fertőző betegségek kialakulásának törvényszerűsége és elsődleges megelőzésének lehetősége. Vákolja a jövő feladatait, a feladatokra való felkészülés és azok megvalósítása során az életmentés, karbantartás és rehabilitáció mellett a megelőzés helyét, mindezek helyes arányainak és tartalmának kialakítását az oktatásban és a napi munkában, a megtakarításból javítva a finanszírozást.

## IRODALOM

1. Kuti V.: Med.Univ 40 45-50 (2007)
2. Ágh L.: Med.Univ. 34 241-245 (2001)
3. Kopp M.-Kovács M. E.: A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis K., Budapest, 2006
4. Magnézium Melléklet. Med.Univ. 1978 november
5. Bakács T.: Egészségtudomány 3 1-29 (1959)
6. Kuti V.: Az egészség szint változásának és az idült nem fertőző betegségek kialakulásának törvényszerűsége. Poster, XXIV. Higiénikus Vándorgyűlés, Eger, 1988 július 14-16
7. Kuti V.: Az egészség szint emelésének és az idült nem fertőző betegségek megelőzésének új megközelítése. Előadás. II. Magyar Orvostudományi Találkozó, Budapest, 1988 augusztus 15-20
8. Kuti V.: „Az egészség a magyar társadalom, az egyes állampolgárok legfőbb erőforrása” – lehetne! Med.Univ. 29 53-60 (1996)
9. Kuti V.: Nem fertőző betegségek elsődleges megelőzése. Med.Univ. 38 217-219 (2005)
10. Kuti V. és mtsai: Az anya magnéziumellátottságának hatása a spontán vetélésre, koraszülésre, a magzat intrauterin fejlődésére és a csecsemőhalálózásra. Egészségtudomány 26 62-73 (1982)