

kórosak. Se kreatinin: 130  $\mu\text{mol/l}$  CN: 8,9  $\mu\text{mol/l}$ , Se-húgysav: 344  $\mu\text{mol/l}$  /, a vér Triglicid szint és HbA1C érték is kóros tartományban volt (2,6 mmol/l és 8,2%).

Ennek ismeretében azt gondoljuk, hogy a betegnek nemcsak egyszerű uroinfekciója lehet. A proteinuria megmaradása mindenképpen arra utal, hogy a vesefunkció romlás hátterében a metabolikus szindróma állhat. Szerencsére a kóros labor értékek nem extrém magasak, és a beteg általános állapota is kielégítő. Így még van talán mód és idő a beteg veséjének a megmentésére.

Betegünk kapcsolata háziorvosával jó, utasításait betartja, de életkörülményei, családi problémái és hiányos ismeretei eddig megakadályozták állapotának kivizsgálását. A beteg jó compliance-e és a vesefunkció romlás enyhe foka esélyt adnak orvosának, hogy a beteget meggyőzze a nefrológiai kivizsgálás fontosságáról és betegségének a komolyabbá vételéről. Betegünk gondozási terve hasonló az előzőéhez, tehát a szénhidrát háztartás rendezése, hypertonia és hyperlipidaemia kezelése. Ezekon felül a nefrológiai kivizsgálás elindítása, laborok, hasi UH kontroll megszervezése.

Sajnálatos fejlemény, hogy a betegnek időközben porckorongsérve alakult ki, emiatt a további vizsgálatokat nem tudja vállalni, így nefrológiai státuszának felmérése tovább késik.

II. eset: Perifériás érbetegség differenciál diagnosztikája

53 éves férfi, nyugdíjas bányász, felesége ápolónő. 1993-ban kezdődtek claudicatio panaszai, mely akkor még nem zavarta. Bányamentőként dolgozott, aktív életet élt. 1995-ben jellegzetes ischaemiás elváltozások alakultak ki előbb a bal, majd a jobb lábujjain. Ezzel már orvoshoz fordult. 1995 és 2001 között tizenegy érsebészeti reconstructio műtetre került sor. A sebészeti diagnózis Buerger kór volt, de ezt hisztológiai lelet nem támasztotta alá. A műtétei közül az 1997-ben végzett volt a beteg számára a legmegrázóbb, ekkor ugyanis elvesztette bal alsó végtagját. Az amputatio két lépésben zajlott: előbb cruralis, majd femoralis szinten. Ezt követően még két műtetre került sor, ugyanis a jobb alsó végtagjában is kialakultak claudicatio panaszok, és itt is felmerült az amputatio szükségessége. Az utolsó műtét előtti laborvizsgálat 18 mmol/l éhgyomri vércukorértéket igazolt. Ezt megelőzően a betegnek nem volt diagnosztizálva diabetes mellitusa, korábbi orvosi dokumentumai között nem találtunk kóros vércukorértéket.

Az eset kapcsán több kérdés is felmerül. Az egyik az, hogy állhatott-e az elváltozások hátterében diabeteses angiopathia? A válasz – a diabetes lassú progressziójának ismeretében – egyértelműen igen, hiszen ilyen magas vércukorértéknél a betegség nem újkeletű. Feltehetően évekkel, akár évtizedekkel ezelőtt is fennállt, tehát volt idő az elváltozások kialakulására.

A beteg szénhidrát anyagcseréjének rendezése óta panaszai megszűntek, érszövődményeinek progressziója leállt illetve lelassult.

További fontos momentum, hogy a beteg édesanyja is cukorbetegségben szenvedett. A Buerger kór lehetőségével szemben szól viszont az, hogy középkorú, dohányos férfiről van szó, akinek a családi anamnézise ez irányban is pozitív, ugyanis édesapja és öccse is ebben a betegségben szenvedtek, és ennek szövődményeiben hunytak el. A leszázalékolása idején elvégzett vibrációs vizsgálat alkalmával a beteg lábujjai livid színűek lettek. További érdekesség, hogy a betegnek nem volt diabetesre jellemző panasz! Ezek fényében arra is gondolhatunk, hogy a két betegség párhuzamosan fennállt és egymás hatását erősítve fejtették ki hatásukat.

A tanulság számomra az, hogy a klinikán az egyes szakágak közötti kapcsolatot még szorosabbá kellene tenni, és a beteget minden irányban kivizsgálni. Nem szabad a korábban felállított diagnózisokat vakon követni, és minden invazív diagnosztikus és terápiás beavatkozás előtt a beteget részletesen ki kell vizsgálni. A beteggel kapcsolatosan a további teendők: a szénhidrát anyagcsere kontrollja, a hypertonia, a hyperlipidaemia, az angiopathia kezelése és a szoros háziorvosi kontroll megvalósítása. Ez utóbbi igen fontos, ugyanis betegünk gyógykezelése háziorvosi vezetés nélkül „magánszervezésben”, ismerősökön keresztül történt, így családorvosának nem volt lehetősége a gyógykezelés irányítására, a diagnosztikus és terápiás beavatkozások összehangolására.

## ÖSSZEFOGLALÁS

Az esetek kapcsán a fő tanulság az, hogy a háziorvosi munka során fokozottabban kell figyelni a diabeteses betegek gondozására, a szövődmények megakadályozására és arra, hogy minden esetben - a betegség mögé tekintve – az egész embert kell meglátni annak összes problémájával, élethelyzetével együtt. Az orvosnak mindent el kell követnie annak érdekében, hogy betegét rábírja az együttműködésre, hogy felvilágosítsa betegségéről, annak várható kimeneteléről, az esetleges beavatkozások formájáról. Nagyon fontos az, hogy a beteg tisztában legyen betegségével, hiszen csak így várható el tőle az együttműködés és az előírt terápia betartása.

## IRODALOM

1. Acsády György, Nemes Attila: Az érsebészet tankönyve, Medicina Kiadó, Budapest, 2001. – 2. Fövényi József, László Gergely: A diabetes láb. in: Diabetes mellitus, Medicina Kiadó, Budapest, szerk.: Halmos T., Jermendy Gy., 432-441, 1999. – 3. Kammerer László: Vesszővődmények diabetesben. in Diabetes mellitus, Medicina Kiadó, Budapest, szerk.: Halmos T., Jermendy Gy., 369-386, 1999. – 4. Kissane JM: Anderson's Pathology, The C.V. Mosby Company, St. Louis-Baltimore-Philadelphia-Toronto, ed.: G. Stamathis, 777, 1990. – 5. Kumar, Cotran, Robbins: A patológia alapjai. Medicina Kiadó, szerk.: Gomba Sz. 569-580, 1997. – 6. Nagy Erzsébet: A diabetes mellitus késői szövődményei, Szabad (uló) Szakorvos II/2, 2-7, 2002. – 7. Nagy Judit, Wittmann István: Nephropathia nem inzulindependens (2. típusú) diabetes mellitusban. Orvosi Hetilap, 141, 609-614, 2000. – 8. Peter J. Trainer, Michael Besser: Endokrinológiai Protokollok a Bart's szerint, Golden Book Kiadó, Budapest, 59-61, 1997. – 9. Pogácsa Gábor: Macroangiopathia diabetica in Diabetes mellitus, Medicina Kiadó, Budapest, Szerk.: Halmos T., Jermendy Gy. 423-432, 1999. – 10. Rozsos István: Diabetes-láb. Orbán Szolgáltató Bt., 1999.