

DR. MOSOLYÓ DÉNES

A TUBERKULÓZIS ELLENI KÜZDELEM
FEJLŐDÉSÉNEK JÁRVÁNYTANI
ELEMZÉSE

II.

KANDIDÁTUSI DISSZERTÁCIÓ

Budapest

1962

A TUBERKULÓZIS ELLENI KÜZDELEM FEJLŐDÉSÉNEK
JÁRVÁNYTANI ELEMZÉSE

Irta: Dr. Mosolygó Dénes

II. K ö t e t

Kandidátusi disszertáció

Budapest 1962

III.

A TBC ELLENI KÜZDELEM FEJLŐDÉSE 1945-1961 KÖZÖTT

1. Helyzet a második világháború végén /1945-ben/

Magyarország területének hadszintérré változtatása súlyos pusztításokkal járt. Ennek mértékét a következő kiragadott adatokkal szemléltetném. Magyarország embervesztesége a második világháborúban kb. 400.000 fő volt, vagyis minden 23-ik ember életét veszttette. Anyagi értékben kifejezve, 1938-as árakban számítva, 22 milliárd pengő kár érte az országot. A háborús többletkiadásokat is hozzászámítva pedig közel 35 milliárd pengő veszteség érte a magyar népgazdaságot, ami 7 év nemzeti jövedelmének felel meg. Legsúlyosabban a gyár-
ipar károsodott, elsősorban a budapesti üzemek. Az elszenvedett károk mértékében a második helyen a bányák voltak. A mezőgazdaságban a legnagyobb, és csak lassan pótolható veszteséget az állatállomány szenvedte. A terménykárok nagysága az 1938 évi igen jó termésnek kb. a felére becsülhető. Nagyok voltak a közlekedés veszteségei is. Az épületkárok, az összes veszteség 19 %-át tették ki, kb. 4 milliárd pengő értékben. Ezek több, mint fele a lakóházakat érte. A nagyobb károsodást szenvedő lakóházak száma kerekén 120.000 volt /433/.

Magyarországnak már a második világháboru előtt is súlyos tuberkulózis helyzete, a háboruval együttjáró megpróbáltatások, nélkülözések következtében tovább romlott. Ezt három tényező okozta:

- 1/ A második világháboru fizikai és lelki megpróbáltatásai, a termelőeszközökben és javakban történt veszteségek, és az ezek következtében létrejött nélkülözések nagy mértékben csökkentették a lakosság ellenállását a tuberkulózissal szemben. A háborut követő katasztrófális gazdasági helyzet, áru- és termékhiány, infláció, elsősorban a városok /Budapest és a nagyipari városok/ lakosságát érintette.
- 2/ A háborus készülődés és a háborus események a fertőzés terjedését nagy mértékben elősegítették. A katonaság, a munkaszolgálat és a lakosság - ezen belül a tbc-s betegek - egyéb okokból bekövetkező vándorlása, a rossz higiénés viszonyokkal párosulva a fertőzés szétszórásához vezetett.
- 3/ A második világháboru utáni járványtani helyzet súlyosbodásához hozzájárult végül az is, hogy a háboru előtti, amugyis gyengén kiépített és felszerelt tbc hálózat súlyos veszteségeket szenvedett, és majdnem teljesen működésképtelenné vált. Mindössze 34 tbc gondozó volt működésképes. A gondozók épületveszteségei 60 %-osak, felszerelési kárai majdnem 90 %

osak voltak. 45 gondozó elvesztette legfontosabb felszerelési tárgyát, röntgenkészülékét is. A fekvőbeteg-intézeti osztályok veszteségei sem voltak kisebbek: 1945 elejére mintegy 500-1000 ágy maradt úgy-ahogy üzemképes állapotban. A működő, csekély számú fekvőbeteg-intézet is komoly nehézségekkel küzdött, alapvető felszerelési tárgyak /textília, butor, röntgen- és gyógyító eszközök/ valamint élelmiszer és gyógyszer hiányában /26,293,340/.

A tbc járványtani helyzetnek a II. világháború alatti súlyosbodása, statisztikai adatszolgáltatás hiányában, még megközelítően sem mérhető fel.

2. A társadalmi és gazdasági viszonyok jellemzése

A felszabadulással a magyar nép történelmének új szakasza kezdődött. Ez az egészségügy, és ezen belül a tbc elleni küzdelem helyzetére és fejlődésére is döntő hatást gyakorolt. A munkásosztály, a parasztság és a haladó értelmiség legjobbjaival élére állt az ország újjáépítéséért, politikai és társadalmi megújításáért indított harcnak. Ennek a harcnak első állomása a földreform, és ezzel együtt a még meglévő hűbéri maradványok felszámolása volt. Nagy jelentőségű gazdasági intézkedésnek tekinthető az infláció megszüntetése. Ezt követte a bankok és üzemek államosítása, továbbá a tervgazdálkodás bevezetése.

se. Kialakult a népi demokratikus társadalmi és gazdasági rendszer, amit a szocializmus alapjainak lerakása követett. Ez a fejlődés jelentette, és jelenti a tuberkulózis elleni küzdelem fejlesztésének legbiztosabb alapját is.

Az ország fejlődése az elmúlt 16 év alatt nem volt egyenletes. Először az un. szektás-dogmatikus hibák vezettek a megtorpanáshoz és részben a lakosság életszínvonalának bizonyos mérvű visszafejlődéséhez 1950-53 között, majd 1956-ban, az ellenforradalom okozott súlyos károkat. Ezen időszakokban az eü. hálózat fejlesztése is lelassubbodott és a tbc epidemiológiai adatok is rosszabbodtak. Mindennek ellenére, az 1945 és 1961 közötti időben a fejlődés egészben véve minden téren nagyarányú volt, és a lakosság életkörülményei is sokat javultak. Ez volt tapasztalható az egészségügyi, és ezen belül a tbc járványtani helyzet alakulásában is.

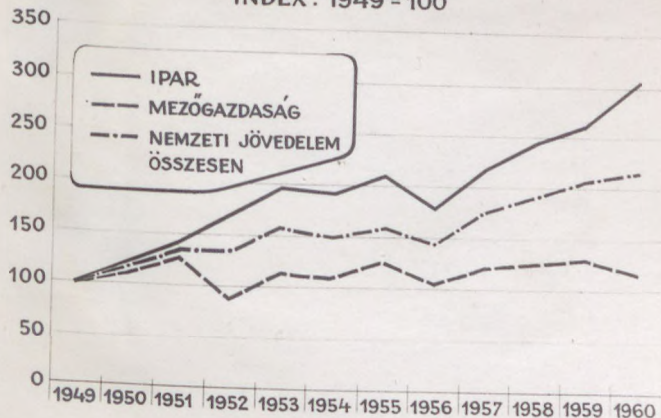
Az ország gazdasági életében, a lakosság élet- és munkakörülményeiben bekövetkezett fejlődés az alábbi adatokkal jellemezhető /274/.

1949 és 1960 között a nemzeti jövedelem többmint kétszeresére emelkedett /38.sz. ábra/. E növekedés elsősorban az ipar fejlődésének köszönhető. Az ipari termelés 1938-hoz viszonyítva /39.sz. ábra/ közel háromszorosára növekedett.

38.sz. ábra

A NEMZETI JÖVEDELEM TERMELÉSE

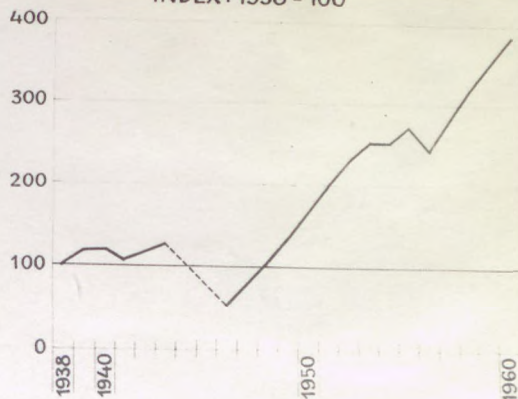
INDEX : 1949 = 100



39.sz. ábra

A TERMELÉS INDEXE AZ EGÉSZ IPARBAN

INDEX : 1938 = 100

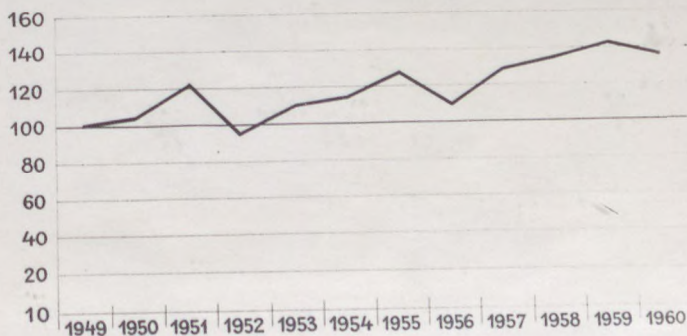


Kisebb arányu volt a fejlődés a mezőgazdaságban /40.sz. ábra/. Ennek termelési színvonala az 1949-es évet 100-nak véve, 1960-ban közel 140-re emelkedett.

40.sz. ábra

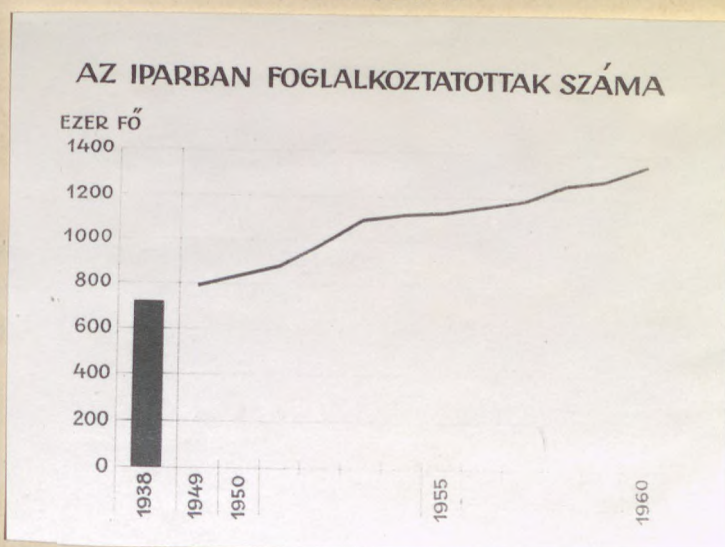
A MEZŐGAZDASÁGI TERMELÉS INDEXE

INDEX : 1949 = 100

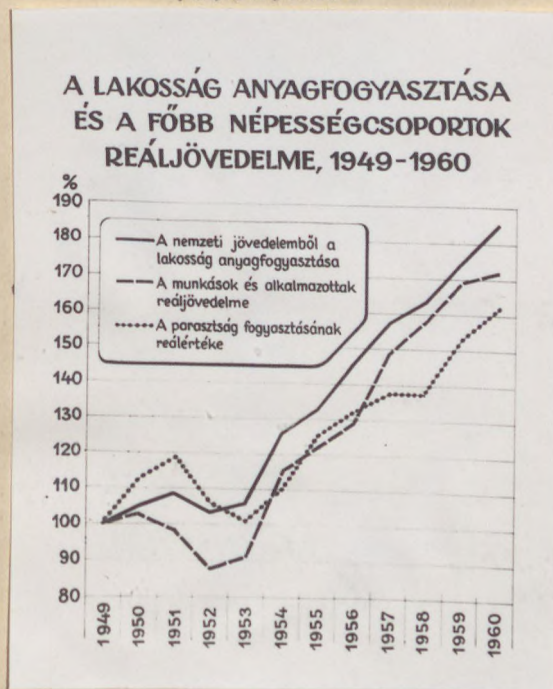


Az ország iparosodása megváltoztatta a lakosság foglalkozási viszonyait, az iparban foglalkoztatottak száma az 1949-es 800.000-ről 1,4 millióra nőtt /41.sz. ábra/.

41.sz. ábra

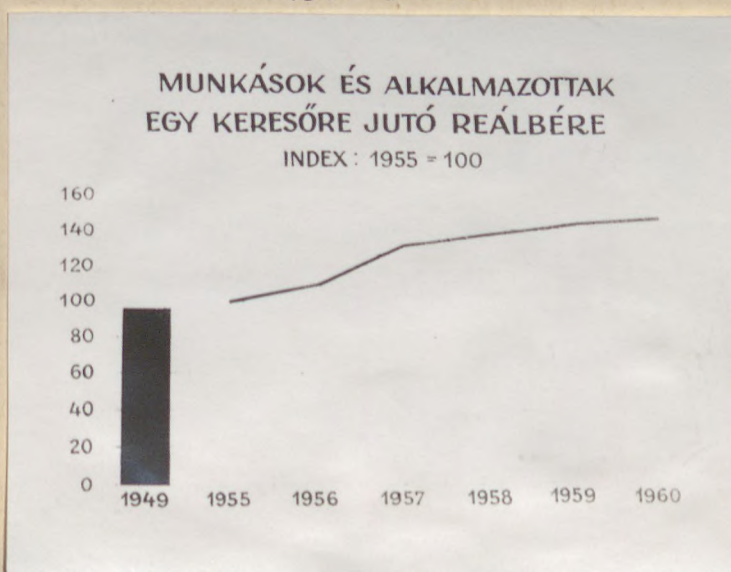


42.sz. ábra



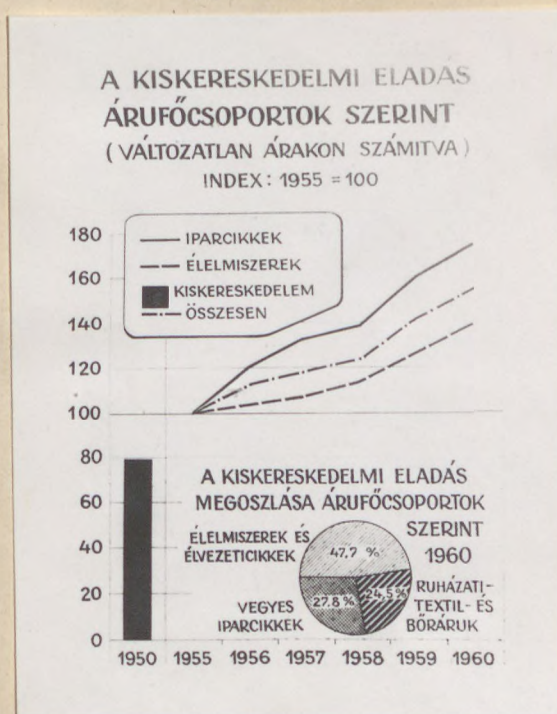
A 42.sz. ábra szerint a lakosság anyagfogyasztása a nemzeti jövedelemből, 1949-hez képest 185 %-ra, a munkások és alkalmazottak reáljövedelme 170 %-ra, a parasztság fogyasztásának reálértéke pedig 160 % fölé emelkedett.

43.sz. ábra



A munkások és alkalmazottak 1 főre jutó reáljövedelme 1955-60 között több, mint 40 %-kal nőtt /43.sz.ábra/.

44.sz.ábra



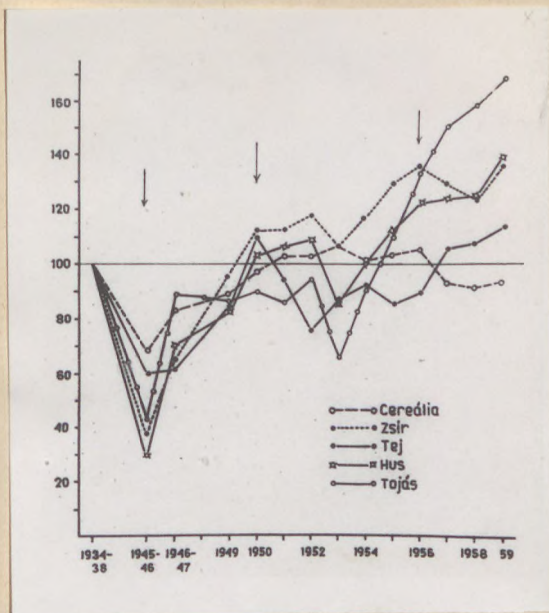
A reáljövedelem növekedésével párhuzamosan nőtt a lakosság fogyasztása is. Legnagyobb a növekedés az iparcikkek fogyasztásában, de jelentősen emelkedett az élelmiszerfogyasztás is /44.sz.ábra/.

Sokat javultak ez idő alatt a táplálkozási viszonyok is.

Tarján /467/ adatai szerint, a napi 1 főre jutó kalória-fogyasztás az 1934/38-as évek átlagában 2800 kalória volt. 1945/49 között, az éhezés szakaszának leküzdése után - fokozatosan növekedve - 1956-ban már 3200-ra emelkedett, ami azt jelenti, hogy az 1 főre eső kalória-fogyasztás nemcsak elérte, hanem meg is haladta a szükségletet. Ezért 1956 után az 1 főre eső kalória-fogyasztás már kissé csökkent. A kalóriaforrások között kezdetben az olcsóbb élelmiszeranyagok voltak előtérben, amelyeket az értékesebb és ízletesebb élelmiszeranyagok fokozatosan háttérbe szorítottak, ahogyan ezt a 45.sz. ábra jól szemlélteti.

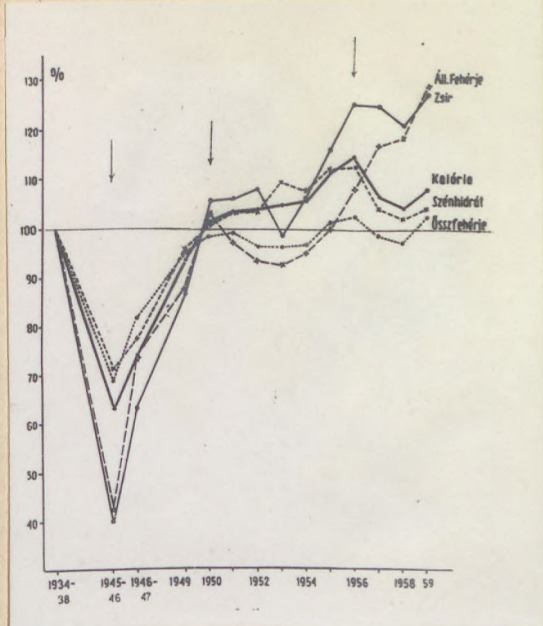
45.sz.ábra

Egyes élelmiszeranyagok fogyasztásának alakulása /Tarján szerint/



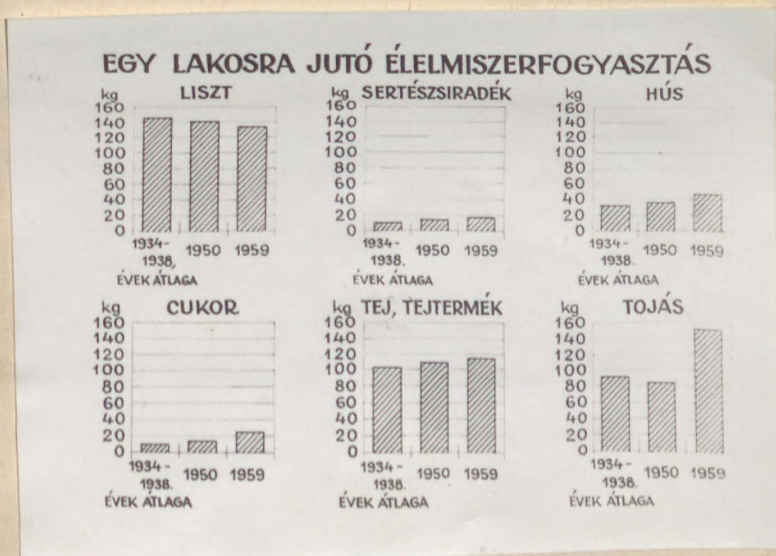
46.sz.ábra

Kalorikus tápanyagok arányának változása /Tarján szerint/



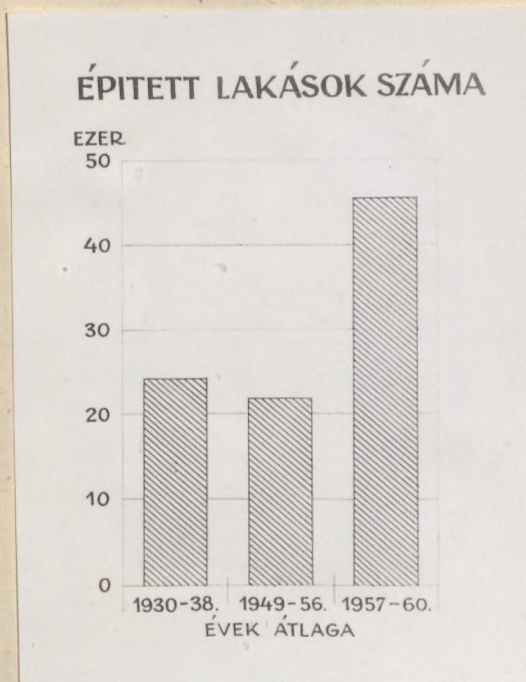
A kalória-fogyasztáson belül is hasonló volt a fejlődés. A szénhidrát, zsír és fehérje aránya is fokozatosan javult. A szénhidrátok kisfokú csökkenése mellett, a zsírok és fehérjék aránya emelkedik. Az összfehérjén belül a legértékesebb, az állati eredetű fehérjék aránya nőtt a legjobban /46.sz.ábra/.

47.sz.ábra



Az élelmezési viszonyok javulását jól mutatják a legfontosabb élelmiszerek egy lakosra jutó fogyasztása adatai is /47.sz.ábra/.

48.sz.ábra



A lakásviszonyok alakulásában sajnos az említetteknel kisebb arányu fejlődésről adhatunk csak számot. A lakásépítkezés csak az 1957-1960-as évek alatt növekedett jelentősen, a felszabadulás előttinek közel kétszeresére /48.sz.ábra/.

Az 1949-56 között épített új lakások évi száma valamivel még kevesebb volt a felszabadulás előttinél. A laksűrűségre vonatkozó megfelelő adatok, ezért csak kistfoku javulást mutatnak. A KSH 40.sz.táblán feltüntetett adatai szerint 100 lakásra jutó lakók száma 1941-1960 között 382-ről 344-re, a 100 szobára jutó lakók száma pedig 253-ről 233-ra csökkent /251/.

40. Laksűrűségi adatok 1920-1960 közötti Magyarországon

Év	Lakások s z á m a	Lakók	100 lakásra jutó lakók száma	szobára ^{x/} jutó lakók száma
1920	1826771	7856163	430	287
1930	2182499	8559631	392	259
1941	2397625	9167588	382	253
1942	2476118	9046667	365	259
1960	2771600	9529200	344	233

x/ Lakószoba: ajtóval, ablakkal rendelkező olyan helyiség, amelynek alapterülete 6 m²-nél nagyobb. Ide tartozik a háló-, nappali-, ebédlő-, társalgó-, gyermekszoba, stb. és az egy szobából álló lakások szobája.

41. A lakások átlagos nagysága és egy lakóhelyiségre jutó személyek száma egyes európai országokban

	Egy lakosra jutó lakóhelyiségek száma ^x /1950-54/	Egy lakóhelyi- ségre jutó sze- mélyek száma ^{xx} /1957/
Hollandia	4.8	0.86
Svájc	4.8	0.70
Nagy-Britannia	4.6	0.72
Norvégia	4.3	0.77
Irország	4.2	0.92
Spanyolország	4.2	1.05
Német Szöv.Közt.	4.0	1.04
Dánia	4.0	0.78
Belgium	3.9	0.72
Franciaország	3.7	0.92
Ausztria	3.5	0.89
Olaszország	3.2	1.20
Svédország	3.1	0.88
Szovjetunió /városok/	3.0	1.52
Csehszlovákia	2.6	1.30
Finnország	2.5	1.44
<u>Magyarország</u>	2.4	1.62
Lengyelország	2.3	1.92
Görögország	2.1	2.06
Jugoszlávia	2.1	2.39

x/ Lakóhelyiség: szobák és a konyha - előszoba, fürdőszoba, főzőfülke, veranda, WC, kamra nem lakóhelyiség.

xx/ Lakóhelyiség: a szoba, a konyha és az egyéb helyiségből álló lakások hasonló helyiségei.

A laksűrűségre vonatkozó nemzetközi adatok /41.sz.tábla/ mutatják /258/, hogy mind az 1 lakóhelyiségre jutó személyek számában, mind a lakások átlagos nagyságában le vagyunk maradva.

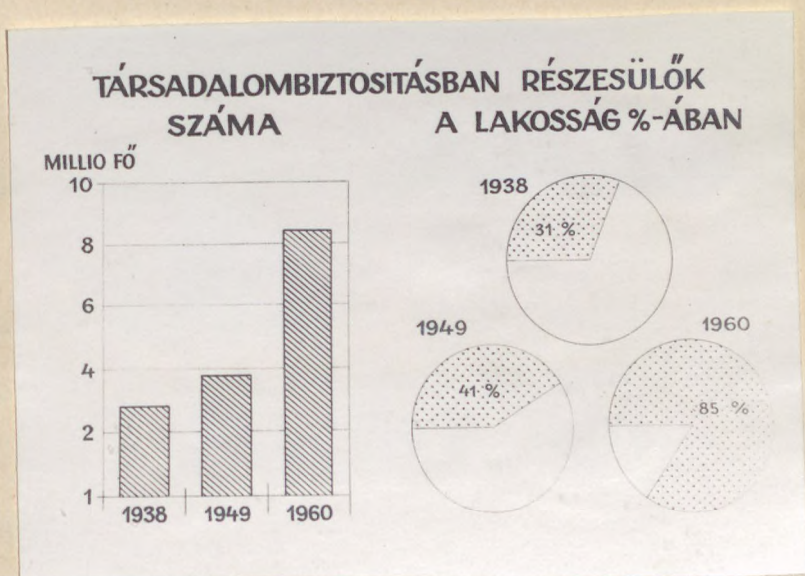
Fenti tábla adataival kapcsolatosan meg kell azonban jegyezni, hogy a tőkés országok laksűrűségére vonatkozó átlagai nem adnak reális képet, mert elfedik az egyes rétegek lakásviszonyai között meglevő nagy különbségeket. A luxus villák és több szobából álló polgári lakások mellett, a nyomornegyedekben sok zsufolt, elavult lakás található. A magyarországi lakásviszonyokra vonatkozó átlagok sem tükrözik teljes egészében azt a nagy változást, amit a luxuslakások és a nyomortelepek, a két szélsőség megszüntetése jelent /258/.

A lakosság nagyobb műveltségére jellemző, hogy a középiskolai tanulók száma, az 1937/38 tanévhez viszonyítva 1960-ban kb. az ötszörösére, az egyetemi és főiskolai hallgatók száma kb. a négyszeresére, a könyvkiadás pedig a kétszeresére nőtt. A színház- és mozilátogatók, valamint a rádióelőfizetők száma is megsokszorozódott. Kulturális forradalmunk eredményei jelentősen hozzájárultak a magyar nép műveltségének, s ezen belül egészségügyi műveltségének növekedéséhez.

Az általános egészségügyi viszonyok fejlődését meghatározó legjellemzőbb adatok a következők: A társadalom-

biztosításban részesülők aránya, az 1938-as 31 %-ról 1960-ban 85 %-ra nőtt /49.sz.ábra/. Az 1961-es év végén pedig, a mezőgazdaság szocialista átalakulása következtében, 95 % lett. A kórházi ágyak száma, az 50.sz.ábra tanúsága szerint, 10.000 lakosra számítva, 1960-ban 67-re, az orvosok száma pedig szintén 10.000 lakosra számítva, 151-re emelkedett /1961-ben már 159/.

49.sz.ábra



50.sz.ábra



A társadalmi és gazdasági viszonyok, valamint az egészségügyi ellátás fejlődése megmutatkozik a lakosság egészségügyi állapotának jelentős javulásában is. A csecsemő-halálozás, 1961-ben, 1000 élve-szülöttre 4.4-re csökkent. A lakosság születéskor várható átlagos élettartama, 1941-hez képest, 1955-re a férfiaknál 54.9-ről 65-re, a nőknél 58.2-ről 68.9-re növekedett. Az általános viszonyok javulásának jelentős szerepe volt a tbc-járványtani helyzet alakulásában is.

3. A tbc elleni küzdelem hálózatának fejlődése

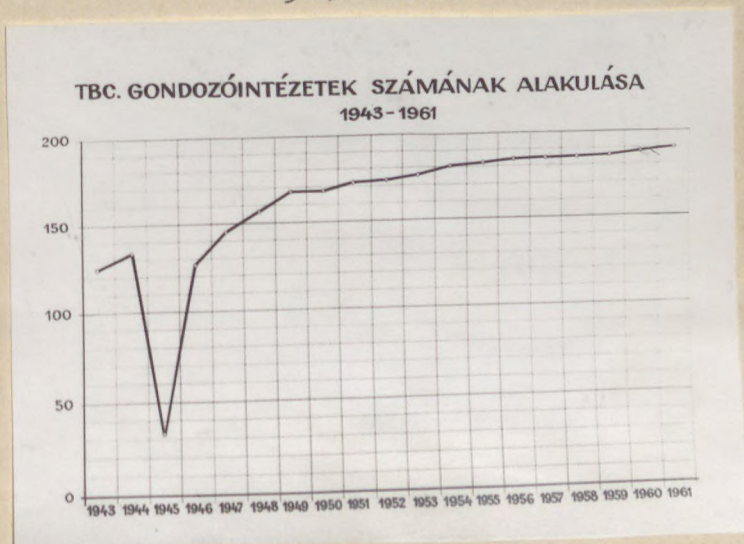
A népgazdaság fejlődésével párhuzamosan, fokozatosan létrejöttek a tbc viasszaszorításának szervezeti, személyi és tárgyi feltételei, és kidolgozást nyertek a tbc népbetegség jellegének megszüntetéséhez szükséges intézkedések /25,294,297/.

A tbc elleni küzdelem 1945-1961. közötti fejlődését a következő adatokkal jellemezhetjük:

a/ a tbc elleni küzdelem alapintézményeinek, a tbc-gondozóintézeteknek mennyiségi fejlesztését az 51.sz.ábra mutatja. Az 1945-ös mélypontról kiindulva, a tbc-gondozóintézetek száma már 1947-ben túlhaladta a háboru előtti legmagasabb számot, 1949-ben pedig már gyakorlatilag az ország valamennyi járásának volt gondozóinté-

zete. 1961-ben a tbc gondozóintézetek száma 190 volt. A járási központokon kívül, egyes nagyobb városokban, nagyobb lakosságu járásokban két, esetleg több gondozó is működik. A mennyiségi fejlesztésnél is jelentősebb eredményeket értünk el a gondozói hálózat minőségi fejlesztése terén. Míg 1940-ben egy gondozói orvosra 180.000 lakós ellátása jutott, addig 1961-ben már csak átlagosan 20.000. Még kifejezettebb a gondozók létszám-ellátottságának növekedése a nem orvosi munkakörökben. A tbc-gondozóintézetek ma már nem tüdőbeteg gondozók, hanem tbc gondozók. És ez nemcsak elnevezésbeli különbség, hanem lényeges tartalmi változást is jelent. A tbc-gondozók, részben saját személyzetükkel, részben konziliáriusi segítségével ellátják - a tüdőbetegeken és családtagjaikon kívül - a tbc valamennyi kórformájában megbetegedetteket, így a tüdőnkivüli gümőkórban szenvedőket is.

51.sz.ábra



A tbc gondozóintézetek elhelyezési és felszerelési adottságai is sokat javultak. Gondozóink többsége, 1945 előtt,

a rendelőhelyiségen kívül csak egy várószobával rendelkezett. Az akkor épült vagy szervezett gondozóintézeteket - takarékosági okokból - az ún. "K" típusu egészségházakban létesítették, gyakran anya- és gyermekvédő tanácsadókkal, bőr- nemibeteg gondozóintézetekkel közös épületben, sőt esetleg közös légtérrel. Ezeknek a rossz helyiségviszonyoknak a megváltoztatása jelentős erőfeszítéseket igényelt, s teljes megoldást még ma sem nyert. Felszerelés tekintetében a legnagyobb fejlődést a röntgengép-park modernizálása, a sugárvédelem biztosítása jelentette. Kisteljesítményű, félhullámu, gyakran szabadvezetékes, - a felszabadulás után segélyként kapott - tábori röntgenkészülékek helyett fokozatosan, felvételkedzésére is alkalmas röntgenkészülékeket állítottunk be. Jelenleg már a gondozóintézetek 60 %-a tud felvételt készíteni, sőt jelentős részük rétegfelvételeket is. Azon gondozóintézeteink részére, amelyekben készülék vagy helyiség hiányában rtg felvételt készíteni nem tudnak, egy közeli nagyobb kórházban vagy gondozóintézetben biztosítjuk a korszerű diagnosztika e nélkülözhetetlen felvételét.

b/ A felkutatás javulását, és egyben a gondozók nagymértékű tehermentesítését jelentik, a gondozóintézet keretében működő mozgó /MEF/ és álló /SEF/ rtg ernyőfénykép szolgálatok. Fejlődésüket az 52.sz. ábra mutatja.

52.sz. ábra

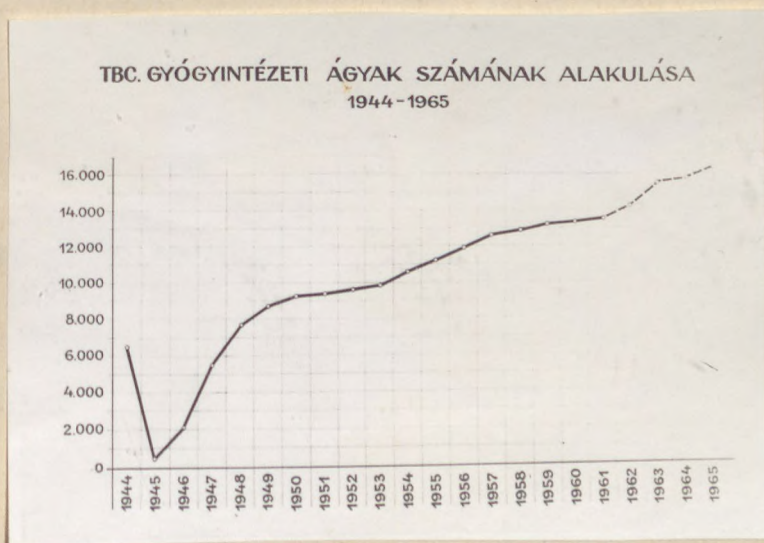


c/ A tbc-gondozók és gyógyintézetek korai, valamint korszerű diagnosztikai munkáját segíti elő a bakteriologiai tenyésztéseket végző laboratóriumok hálózata. A központi diagnosztikai laboratórium 1949-ben kezdte meg működését és ma már minden megyében legalább egy tenyésztési laboratórium működik. Számuk 1961-ben 23 volt.

d/ A gondozóintézeti hálózathoz lényegesen nagyobb anyagi áldozatot igénylő tbc-fekvőbetegintézeti hálózat fejlődése is nagyarányú volt. Az 53.sz. ábra adatai szerint az intézeti ágyak száma 1948-ben már meghaladta a felszabadulás előttit. 1961-ben pedig számuk már jóval több, mint kétszerese a felszabadulás előttinek

/13262 tbc-ágy volt; 1.000 lakosra tehát 1.3 ágy jutott/. Az ágyfejlesztés görbéje - a már említett politikai és gazdasági természetű okok miatt - két ellaposodást mutat, 1950-1953 és 1956-1960 között. A fekvőbetegintézetek számának növelésében jelentős szerepet töltöttek be a volt földesuri kastélyok és egyéb épületek. Ezek aránylag gyorsan, kevés épületanyagot igénylő átalakítással szanatóriumok létesítésére adtak lehetőséget az ország legszebb helyein. A 42.sz. tábla tartalmazza az ilyen jellegű intézetek felsorolását.

53.sz. ábra

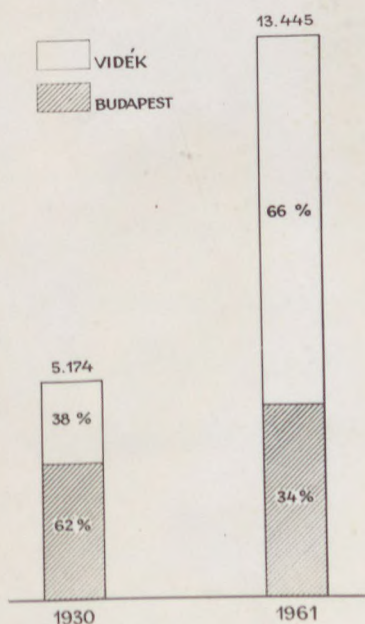


42. Tbc-gyógyintézetként átalakított kastélyok jegyzéke

Tbc gyógyintézet székhelye	Tulajdonos 1945 előtt	Ágyszám
Baktalórántháza	gróf Degenfeld család	120
Boldogkőváralja	gróf Zichy Meskó család	100
Budagyöngye Tbc Szanatórium		
Tárogató uti ép.	Ferencrendi apácák rendháza	169
Pesthidegkúti ép.	gróf Klébelsberg család	61
Csákvár	gróf Eszterházy család	395
Doba	gróf Erdődy család	275
Esztergom	A mindenkori esztergomi hercegprimás	85
Füzérradvány	gróf Károlyi család	200
Hegyfalu	Sorgh A. építész	255
Ivanc	gróf Sigray család	190
Kocsord	gróf Tisza család	134
Lengyeltóti	gróf Zichy család	120
Mosdós	örgróf Pallavicini család	125
Nógrádgyárdony	gróf Majláth család	110
Ötvöskónyi	Novák J. földbirtokos	85
Sikvölgy	Vida Jenő MÁK vez.igazg.	97
Szabadsághegyi felnőtt Tbc Szanatórium	Györki féle magánszanatórium	278
	Összesen	3049

54.sz. ábra

A TBC. ÁGYAK MEGOSZLÁSA



A fekvőbetegintézeti hálózat fejlesztésénél arra törekedtünk, hogy javítsunk a kedvezőtlen területi arányon is. Míg 1938-ban a tbc ágyak 62 %-a volt Budapesten, és csak 38 %-uk vidéken, addig 1961-ben ez az arány megfordult: 34 % lett a budapesti és 66 % a vidéki ágyak aránya /54.sz. ábra/.

Nagy súlyt helyeztünk a megfelelő szakmák: a csont- és izületi, valamint gyermek-tbc, továbbá mellkassebészeti és bronchológiai ágyak fejlesztésére is. A tbc-ágyfejlesztés előtérbe kerülését mutatja a 43.sz.tábla, amely a tbc-ágyak arányát tünteti fel az összes kórházi ágyakhoz viszonyítva. Eszerint a tbc ágyak aránya az 1938-as évi 9.1 %-ról 1961-ben 19.2 %-ra, tehát több mint kétszeresére növekedett.

43. Tbc-ágyak száma és aránya 1938-1961 között

Év	Tbc-ágyak száma	Tbc-ágyak az összes ágyak %-ában
1938	6051	9.1
1948	7694	11.5
1949	8690	17.4
1950	9219	18.1
1951	9370	17.8
1952	9620	17.9
1953	9805	18.2
1954	10577	18.2
1955	11118	18.0
1956	11929	18.4
1957	12626	18.8
1958	12872	19.1
1959	13140	19.2
1960	13262	19.2
1961	13445	19.2

A fekvőbetegintézeti hálózat fejlesztése során nagy súlyt helyeztünk a korszerű munkafeltételek biztosítására is /létszám, felszerelés, gyógyszer, ételmezés, kórházkultúra, stb./.

A röntgenkivizsgálás /legalább félhullámu réteggéskészülék/gyakorlatilag valamennyi fekvőbetegintézet /osz-

tály/ részére biztosított. A tudomány fejlődésével együttjáró szükséges felszereléseket /bronchoszkopia, légzésfunkció, fizikoterápia, munkaterápia, stb./ is a lehetőségekhez mérten igyekeztünk biztosítani. Arra törekedtünk, hogy minden megye területén legalább egy olyan, teljesen felszerelt fekvőbetegintézetet hozzunk létre, amely a területéhez tartozó többi intézményt is ellátja. E törekvésünk a megyék tulnyomó többségében meg is valósult. A még fennálló hiányt átmenetileg a szomszéd megyék viszonylag jobban ellátott intézményei pótolják.

A tbc-hálózat 1945-1961 közötti fejlesztését értékelve megállapítható, hogy erőfeszítéseink ellenére sem sikerült még azt a fokot elérnünk, amely lehetővé tenné a tbc leküzdéséhez szükséges valamennyi eu. tevékenység teljes kifejtését. Különösen elmaradtunk a fennálló szükséglethez mért ágyfejlesztésben. Jól mutatják ezt a 44.sz.tábla adatai. A tbc-ágyfejlesztés mérete, üteme és aránya a szocialista országok mindegyikében meghaladta hazánkét, vagyis mind a lakosság, mind a betegek számához viszonyított ágyarány tekintetében az utolsó helyen vagyunk. Ez a viszonylag kedvezőtlen helyzet nem hagyható majd figyelmen kívül epidemiológiai helyzetünk értékelésekor sem.

44. Tbc-ágyak aránya a népi demokratikus országokban
1960-ban /10.000 lakosra számolva/ /476/

Ország	Tbc ágyak aránya	Tbc ágyak ará- nya prevento- riumok nélkül	100 nyilván- tartott tbc-s betegre jutó ágy
NDK	17.7	17.6	17.6
Bulgária	17.0	12.4	17.0
Csehszlovákia	15.5	15.0	16.1
Románia	17.5	14.9	14.2
Lengyelország	14.5	11.3	14.1
Magyarország	13.5	13.4	9.8

A tbc-ágyfejlesztés viszonylagos elmaradása annak következménye, hogy a magyar egészségügy 1945 utáni fejlődése általában nem tudott lépést tartani a népgazdaság egyéb ágainak fejlődésével. Így, bár a tbc-ágyfejlesztés aránya az általános ágyfejlesztéshez viszonyítottan előtérben állott /hiszen amíg az általános ágyfejlesztés aránya a felszabadulás előttihez mértén kb. 35 %-os, addig a tbc-ágyfejlesztés jóval több, mint a 100 %-os volt/, mégsem érhetette el azt a szintet, amelyet a tbc-járványügyi helyzet és a tbc leküzdése megkívánt volna. Ezért tekintjük a következő szakasz egyik legfontosabb feladatának az ágyfejlesztés terén mutatkozó lemaradás felszámolását.

4. A tbc elleni küzdelem fejlesztésének alapelvei

A felszabadulással új korszak kezdődött a tbc elleni küzdelemben. Az ország politikai és gazdasági rendszerének megváltozásával együtt változott a tbc elleni

küzdelem szociális és gazdasági alapja is. Míg a Horthy-korszak egészségpolitikáját a tőkés érdekek szabták meg, vagyis "minden fillért, ami a dolgozó nép életszinvonalát emelte volna az uralkodó osztályoknak kellett értéktöbbletükből leadni" /423/, addig a szocializmus útjára lépő Magyarország egészségpolitikáját a dolgozó nép érdekei határozzák meg. Ezt bizonyítja az előző fejezetben tárgyalt tbc-hálózat nagyarányu fejlődése is.

A hálózat működésében már a szocialista egészségügy alapelvei jutnak érvényre. Ezeket Szemasko és Szolovjev - a szocialista egészségügy elméleti és gyakorlati megalapítói - a következőkben határozták meg 1919-ben /19/:

1/ a betegségek megelőzése, az egészségügy preventív irányzata, 2/ a mindenki számára hozzáférhető ingyenes és szakszerű orvosi ellátás, 3/ az egészségügy egysége, 4/ az egészségügy osztályjellege, 5/ a dolgozók öntevékenysége.

ad 1/ A szocialista egészségügy alapelvei között vezető szerepe van a megelőző szemlélet érvényesítésének. A Horthy-korszak egészségpolitikája, mint azt a II. fejezetben láttuk, szintén a megelőzés fontosságát, annak elsőbbségét hangoztatta. Ez azonban nem járhatott eredménnyel, mert nem volt meg a megelőzés

társadalmi és gazdasági alapja. A dolgozó tömegek élet- és munkakörülményei, lakásviszonyai, élelmezési helyzete nem tették lehetővé az eredményes megelőzést.

A szocializmust építő Magyarország egészségpolitikájában a megelőzés nemcsak az egészségügyi szervek feladata, hanem valamennyi állami és társadalmi szervé is. Az életszínvonal rendszeres és tervszerű növelése, a jobb lakás, élelmezés, ruházat, a rendszeres üdültetés, a testnevelés és sport kiterjesztése, a környezet- és munkahigiéne fejlesztése, a biztos kenyér és a dolgozók alkotó optimizmusa jelenti a tbc megelőzésének legbiztosabb alapját. A szocialista egészségpolitika tehát nem szűkíti le a preventio fogalmát az egészségvédelemre és nem választja mereven szét a megelőzést a gyógyítástól. Ellenkezőleg, a szocialista egészségügy alapelve szerint a gyógyítás egyuttal megelőzést is jelent. Simonovits erről így ír: "A szocialista egészségügy lényegéből fakad tehát, hogy az egészségügyi ellátás két alapágazata: a közegészségügyi-járványügyi ágazat és a gyógyító-megelőző ágazat közösen küzd a betegségek megelőzéséért. Egyik sem tud a másik nélkül jó munkát végezni. Szükség van a jó kórházi, rendelőintézeti hálózatra, hogy a betegségeket minél korábban felismerjük, hogy a beteget meggyógyítsuk, vagy a betegség romlását megelőzzük /egyéni profilaxis/" /424/. "A szocialista egészségpolitika tehát ugyanakkor, amikor az egészség-

ügyi munka fő irányául az egészségvédelmet jelöli meg, alapvető feladatának tartja a betegek magas színvonalu gyógyító ellátását. Jó betegellátás nélkül nem lehet jó az egészségvédelem sem". /423/.

A tbc elleni küzdelem fejlődése során jelentős lépést tettünk előre a megelőzés elvének érvényesítése tekintetében. Később részletesebb ismertetésre kerülő, széleskörű megelőző intézkedéseket vezettünk be /BCG oltás, ernyőfénykép-szűrővizsgálat, chemoprofilaxis/, de ugyanakkor nem hanyagoltuk el az egyéni profilaxist célzó intézkedések /korai diagnózis és kezelés, rehabilitáció/ széleskörű alkalmazásához szükséges feltételek biztosítását sem. A gyógyítást végző orvosok és egészségügyi dolgozók megelőző szemléletének kialakulása azonban nem haladt párhuzamosan az adott lehetőségekkel.

ad 2/ A tbc elleni küzdelem kiépítése során elért szép eredményekről számolhatunk be a szocialista egészségügy második alapelve, a mindenki számára hozzáférhető, ingyenes és szakképzett egészségügyi ellátás érvényesítése tekintetében is.

Az egészségügyi ellátás hozzáférhetősége egyrészt területi hozzáférhetőséget jelent, vagyis a magas színvonalu ellátást közel kell vinni a lakossághoz. Ezen alapelv érvényesítésének alapfeltétele a széleskörűen kiépített, jól felszerelt, szakképzett dolgozókkal jól

ellátott, anyagilag is hozzáférhető intézményhálózat kiépítése. Másrészt a magas színvonalu ellátás biztosításának lényeges feltétele a tudományos munka fejlesztése, az orvosok és egészségügyi dolgozók rendszeres továbbképzésének a megszervezése is. Összetett feladatról van tehát szó. Az egészségügyi ellátás anyagi hozzáférhetősége, az ingyenes egészségügyi ellátás megvalósítása, a népgazdasági adottságokkal párhuzamosan, fokozatosan érvényesült.

A tbc megelőzésével, kórismézésével és az ambuláns gyógykezeléssel kapcsolatos ellátás minden állampolgár részére kezdettől fogva ingyenes volt. Jelentős vívmány volt a biztosított betegek ingyenes fekvőbetegellátásának a kiterjesztése. A gümőkóros betegségben szenvedő biztosítottak, valamint gümőkóros betegségben szenvedő családtagok első kedvezményes ellátásáról a 10.700/1947.Korm. számú rendelet rendelkezett. Ez a kormányrendelet lehetőséget adott arra, hogy a betegségi biztosítás keretében, a tüdőgümőkórban szenvedő biztosítottak, valamint az említett betegségben szenvedő családtagok részére a kórházi ápolási jogosultságot, felemelt segélyként, hosszabb ideig lehessen nyújtani. E felhatalmazás alapján az akkori Országos Társadalombiztosítási Intézet, valamint a Magánalkalmazottak Biztosító Intézetének önkormányzata egy intézkedett, hogy a tüdőgümőkórban szenvedő biztosítottak, az általános egy évi kórházi ápolási joguk kimerítése után még to-

vábbi egy éven át kaphatnak a biztosítás terhére kórházi ápolást. A gümőkóros betegségben szenvedő családtagok részére pedig egy éven belül 28, illetve 60 nap helyett, 180 napos kórházi ápolást biztosítottak. Az 12370/1948. Kormányrendelet az előbbieken említett kedvezményeket kiterjesztette a tüdőn kívüli gümőkórban szenvedő biztosítottakra, ill. családtagjaikra.

A 214/1951. /XII.2./ M.T. számú rendelet később úgy rendelkezett, hogy az említett szolgáltatásokat nem felemelt segélyekként, hanem a törvény alapján általában járó szolgáltatásokként kell nyújtani. A biztosítás keretében végülis a legjelentősebb kedvezményt a 94/1952. /X.13./ M.T. számú rendelet nyújtotta, kimondva, hogy a gümőkóros betegségben szenvedő biztosított dolgozók 1 év helyett 2 éven át jogosultak táppénzre. E rendelkezés 1952. november 1-én lépett hatályba. Az 1956. január 1-én életbe lépett új betegségi biztosítási jogszabályok még további kedvezményt vezettek be: a 18 évesnél fiatalabb, gümőkóros betegségben szenvedő családtagok most már egy éven belül 270 napra lettek jogosultak kórházi ápolásra.

A nem biztosított /önálló mezőgazdasági dolgozó vagy iparos, stb./ betegek az ápolási díjkötelezettség tekintetében gümőkóros megbetegedés esetén fokozatosan egyre több kedvezményben részesültek. A 6/1958 /XI.12./ Eü.M. számú rendelet a gümőkórban szenvedő betegek

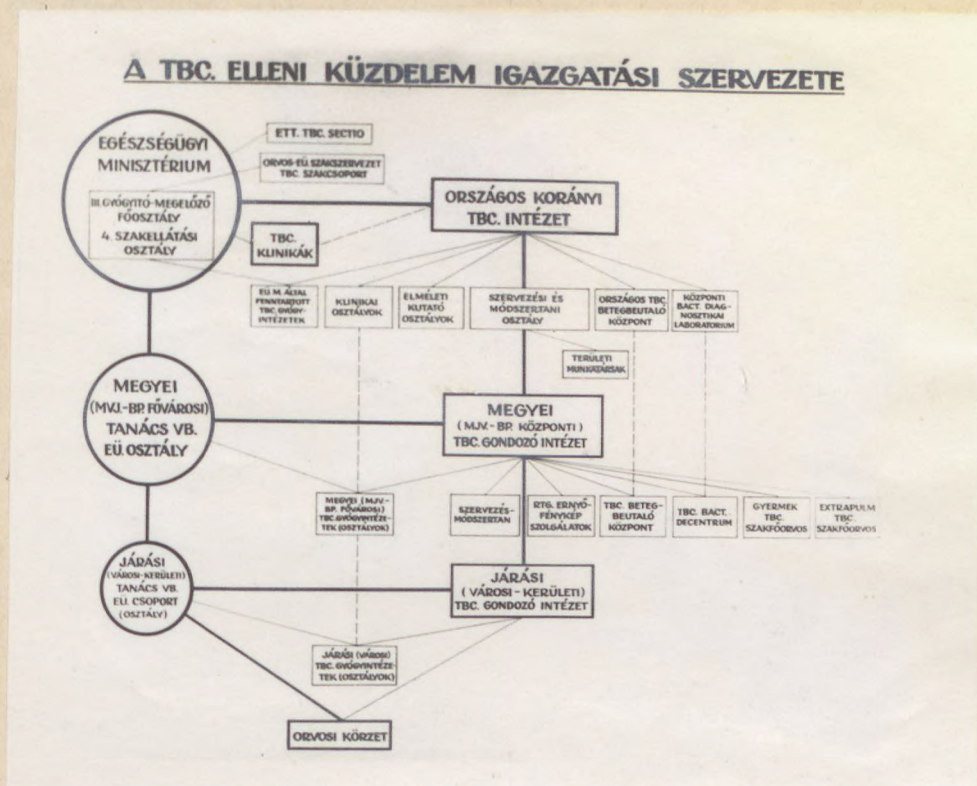
kórházi ápolási díját napi 15 forintban állapította meg, vagyis az ápolási díj 75 %-át az állam vállalta magára.

Végül a 42/1960 /IX.1./ számú a tbc elleni küzdelem továbbfejlesztéséről szóló Kormányrendelet minden állampolgár részére - tekintet nélkül arra, hogy biztosított-e vagy sem - a kórházi ápolást, időbeli korlátozás nélkül ingyenessé tette. Ezzel a gümőkór elleni küzdelem területén valósult meg elsőként az egész lakosságra kiterjedő ingyenes egészségügyi ellátás.

ad 3/ Az egészségügy egységének megteremtése érdekében kialakítandó egységes egészségügyi hálózat csak az egészségügyi intézmények állami kezelésbevételével valósulhatott meg. Előbb a fekvőbetegintézeteket, majd a gondozóintézeteket államosítva, 1950-ben - az Egészségügyi Minisztérium és a tanácsok létrejöttével - a tbc elleni küzdelem valamennyi intézménye az állam kezelésébe került.

A szervezeti egységet elősegítő legjelentősebb intézkedés a tbc hálózat, 1952-ben kiadott 8331/52/16 Eü.M. sz. működési szabályzata volt. E szerint a magyar tbc elleni küzdelem hálózata a következő felépítésű /55.sz. ábra/:

55.sz. ábra



A tbc elleni küzdelem hálózatainak legfelsőbb irányító szerve - 1950 óta - az Egészségügyi Minisztérium gyógyító-megelőző főosztálya. Bázis intézete az Országos Korányi Tbc Intézet. Az Intézetet a volt budakeszi Erzsébet királyné szanatóriumából szerveztük át. Klinikai osztályai mellett számos elméleti, kutató osztálya van. Egyik fontos osztálya a szervezési-módszertani osztály, a tbc hálózat irányításának módszertani és statisztikai központja.

Az Egészségügyi Minisztérium irányító tevékenysége nemcsak rendeleti, adminisztratív úton érvényesül, hanem az Országos Intézet tevékenységén keresztül elsősorban szakmai tudományos és továbbképző jellegű /54/. Az irányítás fő módszerei a következők:

- 1/ Ellenőrző jellegű brigádvizsgálatok.
- 2/ Területi munkatársak állandó jellegű patronálása /a területi munkatársak az Országos Intézet és egy-egy intézmény vagy terület közötti állandó összekötők/.
- 3/ Módszertani levelek kiadása /ezek egyrészt szervezési, másrészt diagnosztikai és terápiás irányelveket tartalmaznak/.
- 4/ Továbbképző tanfolyamok.
- 5/ Tapasztalatcserék lebonyolítása.
- 6/ Országos szakmai, szervezési és tudományos értekezletek tartása.
- 7/ Rendeletek kiadása.

Az irányításban fontos szerepet töltenek be a megyei /mjv./ tbc-gondozóintézetek, amelyek a megyei /mjv./ tanács alapintézetének feladatát töltik be. A megyei gondozók közvetlen szakmai felügyelete alá tartoznak a megyében működő járási /városi/ gondozók, fekvőbetegintézmények, rtg-ernyőfénykép-szolgálatok, beutaló központ, stb. A megyei gondozók rendszeresen ellenőrzik a hozzájuk tartozó intézményeket, megyei értekezleteket tartanak, az Egészségügyi Minisztérium és az Országos Intézet irányelveit továbbítják a megyei, illetőleg a járási intézményekhez.

A járási /városi/ gondozók a tbc elleni küzdelem alapintézményei. Szervezik és végzik működési területükön

gondozási munkamódszerrel a tbc elleni küzdelem valamennyi feladatát, a BCG oltástól kezdve a felkutatáson, az intézeti beutaláson, a gyógykezelésen keresztül, a rehabilitációig. Segitik, irányítják a terület egészségügyi intézményeinek /kórház- rendelőintézet, körzeti orvos, stb./ tevékenységét a tbc elleni küzdelem vonatkozásában.

A szocialista egészségügyi ellátás egységes szervezete lehetővé teszi a tbc elleni küzdelem tervszerű fejlesztését és vitelét. A tbc elleni küzdelem fejlesztése - kiemelt feladatként - fontos része volt az egészségügy 3 és 5 éves terveinek. Az Egészségügyi Minisztérium minden évben meghatározza a tbc elleni küzdelem legfontosabb szakmai és szervezési feladatait. Ezen irányelvek alapján készítik aztán el, a helyi adottságok figyelembevételével, a megyei tbc gondozók a megyék, a járási /városi, kerületi/ gondozók pedig a járási /városi, kerületi/ terveiket.

Egységes módszerek alkalmazása eredményesebbé teszi a tbc elleni küzdelmet. Jó szervezés esetén, az epidemiológiai helyzet és az intézmények működésének tudományos elemzése lehetővé teszi széleskörű intézkedések megtételét, valamint azok gyors és egyöntetű végrehajtását, s ezzel a tbc leküzdéséhez szükséges idő nagymértékben lerövidíthető.

ad 4/ A szocialista egészségügy osztályjellege elsősorban abban jut kifejezésre, hogy megszünteti a volt kiváltságos osztályok előnyös helyzetét. Az osztálytársadalmakban az egészségügy is az osztályviszonyok függvénye. Ezért csak fokozatosan szűnnek meg, a szocializmus építése során, a biztosított és nem biztosított, a városi és falusi lakosság közötti ellátásbeli különbségek. Az ápolási díjkötelezettség, ill. ingyenes ápolás tekintetében, a már említett időrendbeli különbségek folytán, a biztosított dolgozók, vagyis a munkások és alkalmazottak, a nem biztosított önálló parasztsággal és iparosokkal szemben fokozott anyagi támogatásban részesültek /táppénz, táppénzkiegészítés, rendkívüli gazdasági segélyek/. A tbc-s termelőszövetkezeti parasztok részére viszont a szövetkezet közgyűlése meghatározott számú munkaegységet szavazhat meg betegségük idejére, ezenkívül, mint biztosítottak rendkívüli gazdasági segélyben is részesíthetők. A gazdasági segítség mértéke azonban kisebb, mint a biztosítottak egyéb kategóriáinál. A városi és falusi lakosság egészségügyi ellátását biztosító egészségügyi intézmények közötti különbségek /létszámellátás, felszerelés/ is csak fokozatosan szűnnek meg.

ad 5/ A szocialista egészségügy alapelveiben nagy sullyal szerepel a dolgozók öntevékenysége. A tbc elleni küzdelemmel kapcsolatos széleskörű feladatok tulajdonképpen minden lakost érintenek valamilyen for-

mában, ezért az eredményes küzdelem alapfeltétele a lakosság tevékeny közreműködésének a biztosítása. Ez rendszeres és széleskörű felvilágosító és nevelő tevékenységet kíván.

Az elmondottak alapján a tbc elleni küzdelem fő célkitűzéseit a következőképpen fogalmazhatjuk meg:

- 1/ A tbc elleni küzdelem elsőrendű célkitűzése az új fertőzések és megbetegedések megelőzése. Ez egyrészt a fertőzőforrások számának és a fertőzés lehetőségének következetes csökkentése, másrészt a lakosság általános és specifikus ellenállásának fokozása útján érhető el.

A tbc elleni küzdelmet elvileg mint fertőző betegség elleni küzdelmet kell folytatni. Ennek érdekében megfelelő formában alkalmazni kell a más fertőző betegségek elleni küzdelemben használatos és bevált módszereket.

Küzdeni kell mind az emberi, mind az állati eredetű masszív és az accidentalis fertőzési lehetőség ellen. Igaz, hogy az accidentalis fertőzések legtöbbször nem okoznak klinikai tünetekkel járó megbetegedést, későbbi időben azonban, bizonyos körülmények között fellángolhatnak, és új megbetegedések forrásává válhatnak.

Az állati eredetű, elsősorban a szarvasmarha-tbc elleni küzdelemnek az emberi tbc elleni küzdelemnek párhuzamosan kell haladnia.

A lakosság ellenállóerejének fokozása, élet- és munkakörülményeinek javítása egyben a tbc viasszaszorításának és megelőzésének is legfontosabb alapfeltétele. Természetesen ez általánosságban nem közvetlen orvos-egészségügyi feladat.

2/ A tbc megelőzésének másik fontos célkitűzése a folyamat idültté válásának megelőzése az adott esetekben.

Ha ugyanis a fertőzés vagy a megbetegedés létrejöttét megakadályozni nem sikerült, gondoskodnunk kell a felkutatott beteg meggyógyításáról, s ily módon a további fertőzés megelőzéséről.

Fenti célkitűzések megvalósítását a következő módszerek szolgálják:

Tömeges megelőző módszerek /az egészséges lakosságot érintő tevékenység/:

a/ A lakosság specifikus ellenállásának fokozása, a gyermekek és fiatalok rendszeres BCG-oltása útján.

b/ Az egészséges lakosság rendszeres és kiterjedt szűrővizsgálata

c/ A lakosság széleskörű egészségügyi felvilágosítása, nevelése és a közegészségügyi viszonyok javítása.

Egyéni megelőző módszerek /a tbc-s beteg és környezete-
ben élőkkel kapcsolatos tevékenység/:

- d/ A fertőző beteg környezetében élők vagy dolgozók fokozott védelme /közegészségügyi-járványügyi rendszabályok, BCG-oltás, chemoprophylaxis, egészségügyi felvilágosítás, ill. nevelés, munkavédelmi rendszabályok javítása, stb./.
- e/ Intenzív diagnosztikai tevékenység /röntgen és bakteriológiai kivizsgálás/.
- f/ A felkutatott és kórismézett betegek hosszantartó, rendszeres gyógyszeres kezelése, lehetőleg intézetben, esetleg ambulánsan, szükség esetén műtéttel vagy más eljárásokkal kiegészítve.
- g/ A gyógyult, de csökkent munkaképességű betegek fokozatos visszavezetése a társadalomba és fokozott gazdasági támogatása, rehabilitációja, a visszaesések megelőzése érdekében.

A megelőzés elvének maximális érvényesítése tehát az egyéni és tömeges prophylaxis, valamint az összes gyógyító- és megelőző módszerek együttes és tervszerű alkalmazásával biztosítható. Ez pedig gyakorlatilag a gondozási módszert jelenti. Ezért is tekintjük a gondozási tevékenységet a tbc elleni küzdelem alaplódszerének /3o2/.

A tbc megelőzését célzó, és nagy tömegeket érintő módszerek alkalmazása nem kizárólag a tbc szakhálózat feladata, hanem az egész egészségügyi hálózaté /a gyógyító-megelőző és közegészségügyi-járványügyi hálózaté egyaránt/. A küzdelem szervezője, irányítója azonban a tbc gondozóintézet.

5. A tbc elleni küzdelem hálózatának tevékenysége

a/ B C G - o l t á s

BCG-oltást hazánkban először - Korányi Sándor kezdeményezésére - 1923-ban, majd 1926-ban alkalmazták Rausch /392/, Dvorschak és munkatársai /104/. 1934-ig csak szórványosan oltottak, perorálisan. A szélesebb körben, később parenterálisan is alkalmazott oltási kísérleteket Korányi S. /227/, id.Kováts /241/ kezdeményezésére, Tomcsik és Erdős /474/, Vásárhelyi /487,488/, Szüle /466/ indították meg. Az oltóanyagot előbb a szegedi egyetem, majd 1936-tól az Orsz.Közegészségügyi Intézet állította elő. Annak ellenére, hogy a BCG-oltások veszélytelensége bebizonyosodott, a lübecki katasztrófa és a németországi orvosi közvélemény hatására, ez a felszabadulás előtt, sajnos, széleskörű alkalmazásra nem került.

1947 és 1949 között, a nemzetközi BCG-kampány keretében, Havas /163,164,165,175/ irányításával, országos oltási akcióra került sor. Ennek keretében a 3o, illetve rész-

ben 50 év alatti korosztályokban csaknem 4 millió lakoson végeztek tuberkulin-vizsgálatot, a lakosság mintegy 40 %-án. Kb. 1,400.000-en részesültek BCG-oltásban, vagyis 100 lakosból 15.6-an /45,46.sz.táblák/.

45. Az 1947-49 évi BCG-védőoltások eredményei

	1947	1948	1949	Összesen
Megjelentek száma	445258	1832638	1634742	3912638
közülük a Mantoux I. próba:				
pozitív	267133	820466	422716	1510314
negatív	169493	969900	1160606	2299999
nem jelent meg	8632	42273	51420	102325
Mantoux II. próbára megjelentek száma	169428	964931	1162867	2297226
ebből tuberkulin:				
pozitív	43506	289071	437657	770234
negatív	119156	642831	678883	1440870
nem jelent meg	6766	33029	46327	86122
BCG-védőoltást kapott	119140	642348	675497	1438985

46. Az 1947-49 évi BCG-védőoltások százalékos adatai

	Országos átlag	Városban	Falun
A Mantoux I. próba pozitív	39.7	42.4	38.5
A Mantoux II. próba pozitív	34.8	37.1	33.9
Valamennyi megvizsgált közül pozitív	61.3	64.5	60.0
100 lakosból:			
vizsgálatra megjelent	40.4	32.4	45.1
BCG-védőoltást kapott	15.6	11.5	18.1

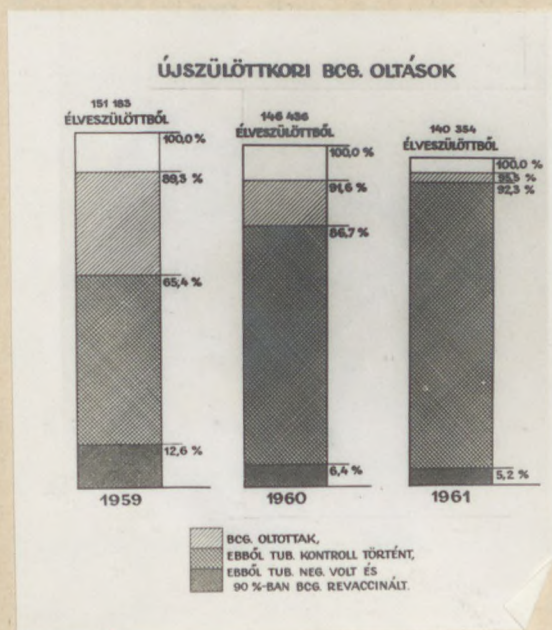
Sajnos a tuberkulin-pozitívak korcsoportok szerinti megoszlása feldolgozást nem nyert, így az átvészelés korcsoportok szerinti megoszlása nem ismeretes. Az oltásoknál kezdetben dán eredetű, később az OKI Laboratóriuma által

előállított oltóanyagot használtak. A dán oltóanyag után egyes helyeken magasabb arányu /1 %-os/ nyirokcsomó-genygyedés lépett fel. Tuberkulinvizsgálatokat és az oltásokat részben oltó-brigádok, részben az oltásra kijelölt körzeti vagy más orvosok végezték. A kampány azonban a hazai orvosi körökben nem volt kellően előkészítve. Egyes orvosok helytelen hozzáállása, a szülők idegenkedése és az egyes helyeken nagyobb számban fellépő erősebb reakció következtében, a BCG-oltásokkal szemben mind az orvosi, mind laikus körökben elég nagy ellenállás alakult ki. Emiatt az oltások további kiterjesztésére csak fokozatosan kerülhetett sor. Az első időszakban a leginkább veszélyeztetett csecsemők oltásának megszervezése került előtérbe. 1953-ban, az oltásokat szabályozó minisztériumi rendelet keretében, kötelezővé vált az újszülöttek BCG-oltása. Szülőintézetekben történt szülés esetén az oltást ott végre is kellett hajtani. Ha a gyermek otthon született, vagy szülőintézetben az oltást valami okból nem végezték el, akkor Budapesten az anya- és csecsemővédőintézetekre, vidéken pedig a körzeti orvosokra hárult ez a feladat.

A rendelet végrehajtása azonban, az előbb említett okok miatt, igen vontatottan haladt előre. Még 1958-ban is komoly hiányosságok voltak megállapíthatók /275,299/. Bár a megyék többségének statisztikai adatszolgáltatásában 80 %-os újszülött oltási-arány szerepelt, az elvégzett oltásokról szóló értesítő lapok csak az oltandók

30-40 %-ról érkeztek be az Oltóanyag Laboratóriumba. Az oltások utáni tuberkulin-kontroll is csak kb. 30 %-ban történt meg. Ezért az újszülöttkori oltásokra vonatkozó, 1953 és 1958 közötti adatok csak fenntartással fogadhatók el. 1959-ben, 1960-ban és 1961-ben született csecsemők immár megbízható oltási eredményei jelentős előrehaladásra utalnak /56.sz.ábra/. 1961-ben az oltási arány

56.sz.ábra



már 95.5 % volt és három év alatt jelentősen növekedett az oltás után elvégzett ellenőrző tuberkulinvizsgálatok száma is /65.4 %-ról 92.3 %-ra/. Ugyanakkor az oltások eredményesebbek is lettek, több mint felére csökkent /12.6 %-ról 5.2 %-ra/ az ellenőrző vizsgálatokon negatívnak talált, és így újraoltásban részesítendőek aránya is /299/.

Az újszülöttkori oltásoknál sokkal nehezebb volt az újraoltások rendszerének a megteremtése. 1959 előtt rendszeres revakcinációra, egyes olyan járásokat kivéve, ahol e kérdés iránt különleges érdeklődést mutató gondozóvezetők működtek, mint Voith /490/, Lábadi /262,263/, Szir-may /460/ csak szórványosan került sor. Nagyobb számú budapesti gyermeklakosra kiterjedő szűrővizsgálatokról és BCG-revakcinációról számoltak be Karossa-Pfeifer és Bog-

nár /199/. Az 1953-ban elvégzett akció során a vizsgál-
landó 79.000 tanuló és óvodás tuberkulin-szűrővizsgálá-
tánál a lemorzsolódás 43.3 %, az újraoltásoknál pedig
ujabb 41 % volt. Az 1957-ben elvégzett akció már sokkal
eredményesebb /200/. A közel százezer gyermek tuberkulin-
vizsgálatánál a lemaradás már csak 15.7 %, a BCG újraol-
tásoknál pedig csak 7.6 % volt.

Hasonló nagyobb szabásu akcióról számoltak be a Honvéd
Egészségügyi Szolgálat részéről Bánát és munkatársai /21/.
Vizsgálatra kerültek az 1954/55-ben katonai kiképzésre
bevonuló 20 éves ujoncok. Ezek 17.8 %-a volt tuberkulin-
negatív, akik valamennyien BCG-oltásban részesültek. Az
első oltás után 91 %-uk vált Mantoux-pozitívá, a fennma-
radó 9 %-ot revakcinálták.

A rendszeres, az ország egész területére kiterjedő, uj-
raoltások elvégzésének feltételei ez időben még hiányoz-
tak. Nagy nehézséget jelentett a járási tbc-gondozók szék-
helyén kívüleső községek gyermek lakosságának BCG-oltása.
A körzeti orvosoktól, másirányu elfoglaltságuk miatt és
az újszülöttkori oltásoknál szerzett tapasztalatok alap-
ján, e feladat megbízható végrehajtását nem lehetett re-
mélteni. A gondozók orvosai pedig a rájuk háruló sok diag-
nosztikai és terápiás feladat miatt nem voltak képesek
ezt maradéktalanul elvégezni. Még kevésbé volt alkalmas
erre az anya- és gyermekvédelmi hálózat. Létszámfejlesz-
tés nélkül tehát a BCG-oltások megbízható végrehajtása
nem volt elképzelhető.

Külföldi /lengyel, csehszlovák/ tapasztalatok alapján két módszert kísérleteztünk ki. Tolna megye két járásában /a gyönkiben és a bonyhádiban/ 1955 év őszén és 1956 év tavaszán különálló brigád /1 orvos, 3 Calmette-védőnő, 1 laboratóriumi asszisztens és 5 tagu rtg ernyőfényképszolgálat/ teljes lakosságsszűrést /rtg és bakteriológiai/ végzett, egybekötve a 14 éven aluli gyermekek tuberkulin vizsgálatával és BCG oltásával. Ferenczi és munkatársainak vizsgálata szerint közel 10.000 gyermeket /2-14 éves korut/ vizsgáltak meg. A megjelenés 91.5 %-os volt. Mantoux I. és II. próbával negatívnak találták 30.2 %-át, akiket 41 eset kivételével /98.6 %-ban/ sikertült BCG-oltásban is részesíteni /47.sz.tábla/.

47. Tolna megyében a 14 éven aluliakon végzett tuberkulin szűrések és BCG-oltások 1955/56-ban

A vizsgálat helye	Tuberkulin szűrésre behívot- megjelentek			Tub.neg.volt		BCG-oltottak	
	száma	szám	%	M I-re	M II-re	szám	%
Gyönki járás	5693	5221	91.7	2877	1263	1241	98.2
Bonyhádi járás	5016	4578	91.3	2895	1702	1683	98.9
Együtt	10709	9799	91.5	5772	2965	2924	98.6

A másik ilyen irányú kísérletet a budakeszi járásban szerveztük, ahol a tbc-gondozó vezetőjének irányítása mellett, egy csak ezzel a feladattal megbízott védőnő községről-községre járva elvégezte a megjelölt korosztályok tuberkulin-vizsgálatát és a tuberkulin-negativakat BCG-ujraoltásban részesítette. Mint a 48.sz.tábla adataiból látható, a budakeszi járás 11 községének meghatározott korcsoportu gyermekei közül, a 4 évesek és a II. V. és VIII.

osztályba járó iskolások kerültek tuberkulin vizsgálatra, majd a tuberkulin-negativok BCG-oltásban is részesültek. A vizsgáltak megjelenési százaléka 92.3 volt, a tuberkulin-negativoknak találtakat 98.5 %-ban sikerült BCG-vel oltani. E kísérletek eredményeit összefoglalva a következőket lehetett megállapítani:

48. A budakeszi járás 11 községében a 4 évesek és az általános iskola II. V. és VIII. osztályainak tanulói
végzett tuberkulin szűrések és BCG-oltások
1957-ben

Község	Tuberkulin szűrésre behívtak száma			Tub.neg.volt		BCG-oltottak	
	szám	%		M I-re	M II-re	szám	%
Zsámbék	219	190	86.8	127	42	42	100.0
Tök	95	93	97.9	61	29	28	96.5
Nagykovácsi	160	149	93.1	124	67	66	98.5
Perbál	78	63	80.7	40	25	23	92.0
Budajenő	38	33	86.9	30	15	15	100.0
Telki	7	7	100.0	5	3	3	100.0
Bia	212	196	92.5	120	46	46	100.0
Torbágy	193	183	94.8	133	66	66	100.0
Herceghalom	40	40	100.0	20	8	8	100.0
Tinnye	76	75	98.7	54	30	28	93.5
Páty	258	241	93.5	175	78	78	100.0
Együtt	1376	1270	92.3	889	409	403	98.5

1/ A Tolna megyei kísérlet bebizonyította, hogy az ernyőszűrés elvileg összekapcsolható a BCG-ujraoltások megszervezésével. E módszer nagy előnye, hogy a tömeges vizsgálatok összekapcsolásával a felvilágosító és szervezési tevékenység ideje lerövidíthető. Az ernyőfénykép szolgálatok akkori kapacitása azonban nem tette lehetővé a szű-

rések és a BCG-oltások egyidejű megszervezését az ország egész területén, ezért az ország gyermek-lakosságának jelentős része hosszabb ideig védtelen maradt volna. Hátránya még ennek a szervezési formának az is, hogy mint központilag szervezett különálló brigád, csak néhány hétig működik a gondozó területén, s ezért a gondozó munkáját sem tudja megfelelően támogatni egyébirányú feladatainak megoldásában. Végül valamennyi gyermek egyidőben történő oltása nagy nehézségeket okozna a gyermek-lakosság más fertőző betegségekkel kapcsolatos oltásának a megszervezésében is.

- 2/ A budakeszi járásban végzett kísérlet igazolta azt az elképzelést, hogy a járási gondozó keretében működő védőnő, 40-50.000 lakosu járás gyermek-lakosságának meghatározott korcsoportjait, a többi oltások rendjét figyelembe véve, rendszeres szűrővizsgálatban és BCG-ujraoltásban tudja részesíteni. E módszer előnye még, hogy a Calmette-védőnőkkel megerősített tbc-gondozók felelőssé tehetők a BCG-oltások elvégzéséért is. A szerzett tapasztalatok alapján, az oltásokat szervező és végző védőnő, említett feladatán kívül, a gondozó és a körzeti gondozási kör közötti kapcsolatot is erősítette. Ily módon lehetővé vált, hogy a gondozó a különböző községekben élő betegeivel, valamint az egészségügyi szakszeméllyel legalább kétszer egy évben személyes kapcsolatba kerüljön.

E két kísérlet tapasztalatai alapján dolgoztuk ki a Calmette-védőnői hálózat országos tervét, a BCG-ujraoltások végrehajtására vonatkozó rendelettervezetet és az egyéb szükséges intézkedéseket /298/. Több tudományos ankét, gyermek- és tbc-szakorvosok, egyetemi tanárok és más vezető szakemberek részvételével tartott megbeszélés, valamint az orvosi közvélemény felvilágosítása és továbbképzése után, 1958-ban a Kormány elterjesztettük a BCG oltások kötelezővé tételére vonatkozó rendeletet. 1958/59-ben 190 Calmette-védőnőt állítottunk be, a Szabadsághegyi Gyermekszanatóriumban elvégzett tanfolyam után, e feladat elvégzésére.

Az 1959-60-61. években BCG-ujraoltásban részesültek lélekszámhoz viszonyított arányát korévenként és oltási évenként a 49.sz.tábla tünteti fel. Megállapítható, hogy az érintett 3 év folyamán fokozatosan emelkedett a tuberkulin-szűrővizsgálatban és az oltásban részesültek aránya. A vizsgáltak aránya a 3 éveseknél az 1959 évi 69.7 %-ról 1961-re 88.0 %-ra, a 7 éveseknél 92.5 %-ról 99.9 %-ra, a 11 éveseknél 79.6 %-ról 90.5 %-ra, a 14 éveseknél pedig 68.7 %-ról 74.5 %-ra emelkedett. A három év alatt a legjobb összesített eredményt /95.7 %-ot/ a 7 éves iskoláskorúaknál érték el, valamivel rosszabb /84.5 %/ a 11 évesek aránya, a 3 éveseké /83.3 % / és legrosszabb eredményt /70.2 %-ot/ a 14 évesek adták. Összesítve, a tuberkulin-vizsgálatra köteleztettek 84.4 %-ánál megtörtént a tuberkulin-szűrővizsgálat.

Igen nagy eredménynek kell tekintenünk, hogy a tuberkulin-negatívak 98.5 %-a BCG-oltásban részesült. Ez az adat - úgy vélem - nemzetközileg is az elérhető maximumot jelenti, egyben az oltást szervező és végző dolgozók kiváló munkájának és a BCG oltások iránti bizalom megnövekedésének a jele. Az újraoltásokban részesített korcsoportokban, a 3 éven belül BCG-oltottak aránya a lélekszám 29.2 %-át teszi ki.

49. Tuberkulin vizsgálatok és BCG oltások

/1959-60-61. években a 3,7,11 és 14 éves korban/

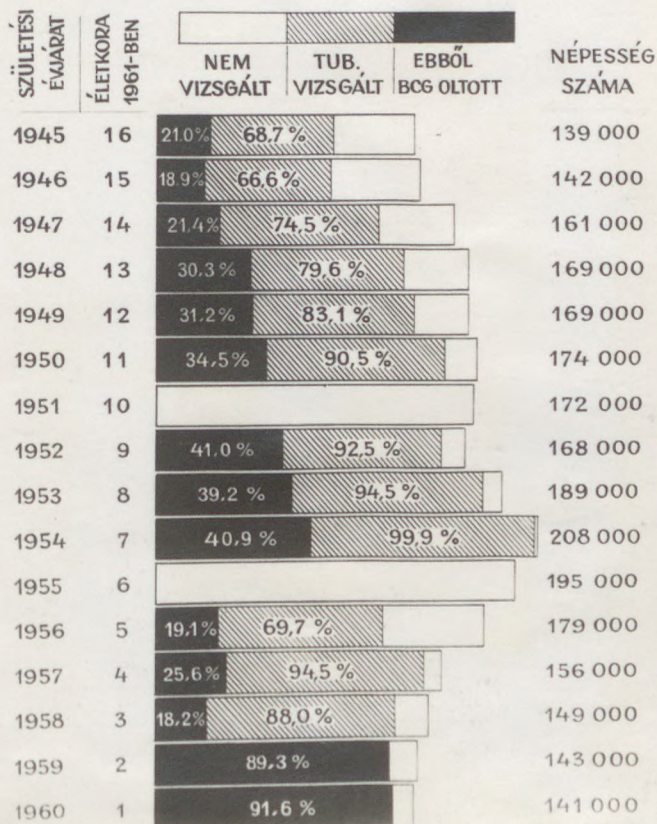
Oltási évjárat	A vizsgálat illetve az oltás éve	T u b e r k u l i n		A tub. negativakból BCG oltottak	
		vizsgáltak %-a	positívak %-a	a tuberkulin negatívak %-ában	a korév népességének %-ában
3 évesek	1959	69.7	71.4	98.3	19.1
	1960	94.5	69.7	97.5	25.6
	1961	88.0	78.6	97.3	18.2
	együtt	83.3	74.3	97.6	20.9
7 évesek	1959	92.5	54.7	98.2	41.0
	1960	94.5	58.4	99.0	39.2
	1961	99.9	58.6	98.8	40.9
	együtt	95.7	57.5	98.7	40.3
11 évesek	1959	79.6	61.6	98.0	30.3
	1960	83.1	61.6	98.1	31.2
	1961	90.5	61.6	99.5	34.5
	együtt	84.5	61.6	98.3	32.0
14 évesek	1959	68.7	68.8	97.9	21.0
	1960	66.6	71.0	97.8	18.9
	1961	74.5	71.1	98.9	21.4
	együtt	70.2	70.4	98.3	20.4
Összesen	1959	77.9	63.3	98.1	28.0
	1960	85.4	64.9	98.2	29.5
	1961	89.0	66.1	98.9	29.9
	együtt	84.4	64.9	98.5	29.2

Az 57.sz.ábra az 1945 óta született gyermekeken, a legutóbbi 3 év alatt végzett BCG-oltásokat tünteti fel, korosztályonként. Ebből kiderül, hogy az 1961-es év végéig mindössze 2 korosztály maradt ki az oltásból. Ezekre 1962-ben kerül sor, két olyan korosztállyal együtt, amelyek tagjai most már másodszor kerülnek revakciná-

cióra. Az ábrából az is látható, hogy e 3 év alatt a legjobb oltási arányt a legfiatalabbak adják, vagyis az újszülöttek, valamint a 7 éves korúak.

57.sz.ábra

**AZ 1959-60-61 ÉVEKBEN TUBERKULINNAL
VIZSGÁLT ÉS BCG OLTOTTAK %-OS ARÁNYA
AZ EGYES KORÉVEK NÉPESSÉGÉNEK %-ÁBAN**



1961-ben az oltásokat kiterjesztettük a 14 évnél idősebb kollektívában élő fiatalokra is. A tuberkulin-szűrővizsgálat a 17 évesek 40.5 %-ára terjedt ki. Közülük a tuberkulin-negatívak 96.7 %, kerekén 13.000 egyén részesült BCG-oltásban. A 20 évesek közül csak a nőkre terjedt ki a szűrővizsgálat, és azoknak is csak kis szá-

zalékára. A 20 éves koru férfiak szűrővizsgálatát és újraoltását a Honvédség végzi.

A jobb oltási eredmények elérése érdekében változtattunk az oltóanyagon is. Magyarországon 1959 év végéig egy, még 1933-ban beszerzett Pasteur-törzsszel végeztük az oltásokat. Ez a törzs hatékonyságában és immunizáló képességében azonban az utóbbi években már csökkent értékűnek bizonyult, amire az oltások utáni tuberkulin-pozitivitások arányából, valamint a tuberkulin-reakció minőségéből lehetett következtetni. /200,295,444,490/. Kezdetben, a BCG-ujraoltások kiterjesztésekor, az oltás utáni enyhe reakció és a szövődmények /nyirokcsomó gennyedések/ hiánya, kedvezően hatott az oltás iránti bizalom megszerzésére, illetőleg az orvosi és a laikus közvéleményben még meglévő bizalmatlanság eloszlatására. A bizalom megszilárdulása után, az elvégzett nagyszámu oltások kedvező eredményei alapján, indokoltnak tartottuk, hogy egy nagyobb immunizáló hatásu oltóanyagra térjünk át. Ezért 1960 év elejétől kezdve Weiszfeiler Gyula akadémikus és Lugosi László BCG Laboratórium-vezető kezdeményezésére egy új, a Pasteur Intézetből évenként beszerzett nemzetközi standard törzsből kezdtük meg a BCG oltóanyag előállítását. Ennek immunizáló hatása a régebben használttal szemben nagyobb. Erre utal az oltás utáni tuberkulin-pozitívak arányának a növekedése /56.sz.ábra/, továbbá az az egyébként nem kívánt következmény is, hogy növekedett az oltás utáni nyirokcsomógennyesedések száma. Ennek előfordulási aránya azonban

még így sem haladja meg az 1 ezreléket. A két oltóanyag hatékonyságában mutatkozó különbséget Lugosi /269/ a Nemzetközi Gyermekközpont párisi intézetében elvégzett állatkísérleteivel is kimutatta. Eredményesen haladnak az oltóanyag liofilizálására irányuló hazai kísérletek is /87,502/,503/.

Az elmúlt három évben, valamennyi korosztályban, összesen 2.7 millió tuberkulin-vizsgálat történt. A BCG-oltások száma pedig 1,1 millió volt. 1961-ben a 0-14 éves gyermekek 75 %-a tuberkulin-szűrővizsgálatban, 37 %-a pedig az újszülöttkori oltásokat is figyelembe véve, 3 éven belül BCG-oltásban részesült /306/.

A BCG-oltások eredményességét vizsgáló hazai kutatók közül Voith /490,491/ megállapította, hogy az oltottak megbetegedési aránya 0.43 % volt, a tuberkulin-pozitívak 2.33 %-ával szemben. Kovács J. /247/ Csongrád megyei adatai szerint pedig az oltottak megbetegedési aránya 1/4-e a nem oltottakénak. Hasonló eredményekhez vezettek Szirmai /460/ és Lábady /262,264/ vizsgálatai, továbbá Flesch és Halász /121,122/, Frank /126/ klinikai megfigyelései is.

A BCG-újraoltások megszervezését és végrehajtását értékelve, joggal állapíthatjuk meg, hogy ezt a tbc megelőzésében nagyjelentőségű, széles tömegeket érintő feladatot sikeresen megoldottuk.

Az újszülöttek BCG-oltásában sikerült a legjobb eredményt felmutató szocialista országokat utólélnünk /50.sz. tábla/. A revakcinációban pedig meg is előznünk. Masuhr /278/ adatai szerint ugyanis pl. az NDK-ban 1954-57 között a 15 év alatti lakosságnak csak 24 %-a került tuberkulin-szűrővizsgálatra, és a tuberkulin-negativnak találtak mindössze 66 %-át sikerült BCG újraoltásban részesíteniök.

50. Az újszülöttkori BCG oltások %-os aránya egyes népi demokratikus országokban

Év	Csehszlovákiában	NDK-ban	Lengyel országban	Magyar országon
1950			13.6	
1951			13.2	
1952			25.6	
1953	48.5	11.9	49.2	
1954	74.1	35.3	64.0	
1955	89.2	55.9	69.9	
1956	94.1	70.5	74.4	
1957	96.9	79.8	79.6	
1958	97.2	88.1	76.8	
1959	97.9	93.2	80.1	89.3
1960	96.4	96.0	83.2	91.6
1961				95.5

Hibának kell minősíteni, hogy a BCG-ujraoltásokhoz későn kezdtünk hozzá. Az új gyermek-tbc megbetegedések, BCG-ujraoltásokkal párhuzamos nagyarányu csökkenése - amint arra később részletesen kitérek - aláhuzza ez irányu mulasztásunkat.

b/ F e l k u t a t á s

A tbc elleni küzdelem hálózatainak másik, jelentős tömegeket érintő tevékenysége a tbc-s betegek korai felkutatása. Ennek széleskörű alkalmazásával megelőzhető a gyógykezeléssel már nehezen hozzáférhető, súlyos kórformák kialakulása. De közvetlenül a megelőzést szolgálja az is, hogy a felkutatott beteggel kapcsolatos megfelelő intézkedések megtételével /gyógykezelés, intézeti vagy otthoni izolálás, BCG-oltás, chemoprofilaxis, stb./ újabb megbetegedések hátrithatók el. A felkutató tevékenységet két fontos, egymással összefüggő csoportra oszthatjuk: az egészséges lakosság szűrésére és a tbc-s betegek korai diagnosztikájának megszervezésére.

A szűrési tevékenység 1945 utáni fejlődése az 1940. VI. tc. rendelkezései alapján indult el. Kezdetben ez csak mennyiségi fejlődésben mutatkozott meg. Ilyen értelműek voltak a VI. tc. módosító rendelkezései is: a 230.298/1948. N.M. VII. számú rendelet a gyermekmenhelyi telepfelügyelők, nevelő szülők, dajkák évenkénti vizsgálatát rendelte el; a 236.916/1948. N.M. VII. és a 237.411/1948. N.M. VII. számú rendeletek az eddigi 3 évenkénti ellenőrző vizsgálatok helyett, az egészségvédelmi szolgálat, gyermekvédelmi, bábaszolgálat, kisdédóvó, az iskolák nevelő és más alkalmazottainak időszakos vizsgálatát évenként kötelezővé tette; a 237.808/1948. N.M. VII. számú rendelet az évenkénti ellenőrző vizsgálatba bevonta a do-

hányárusokat is; a 6.000/948.Korm.rendelet a társbérllők vizsgálatáról rendelkezett.

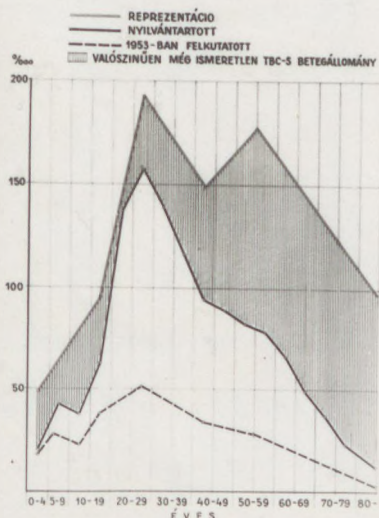
A szűrések mennyiségi szaporítására irányuló időszak kb. 1950-ig tartott. Ezután mindinkább a szűrési tevékenység minőségi megjavítására tevődött át a hangsúly. A szűrési eredmények értékelése ugyanis kimutatta, hogy a szűrések egy része ismételt szűrés, ugyanarra a csoportra terjed ki /iskolások, üzemi dolgozók/. E lényegében felesleges, nagyszámu vizsgálat alacsony hatásfokunak bizonyult, egyre inkább üres járatot jelentett /48,295,308/.

A szűrések számszerű szaporításának megvoltak a maga hátrányai is. A tulnyomórészt röntgenátvilágítással végzett tüdőszűrővizsgálatok nagyon megterheltek a tbc gondozóintézetek dolgozóit. Elvonták figyelmüket és munkaidejük jó részét az egyéb irányu tevékenységtől. A panasszal jelentkező, vagy szűréssel felfedezett tbc-s betegek sorsának az intézését, gyógykezelését és gondozását már nem tudták megfelelően követni. Az a veszély fenyegetett, hogy gondozóintézeteink kivizsgáló- és szűrőállomássá, gondozó orvosaink pedig panaszosokat és egészségeseket átvilágító géppé válnak.

Az 1952/53. évben kb. 280.000 személyre terjedő kísérleti reprezentációs szűrések /329/ arra is rámutattak, hogy a nagyszámu szűrés ellenére még igen sok volt az inappercept beteg, elsősorban az 50 éven felüliek között /58.sz. ábra/.

58.sz. ábra

A REPREZENTÁCIÓS SZŰRÉSEL VALÓSZÍNŰSÍTHETŐ, A NYILVÁNTARTOTT ÉS AZ 1953-BAN FELKUTATOTT TBC-S BETEGEK KORSZERINTI MEGOSZLÁSA (1953.)



A felkutatás módszertani kérdéseivel számos hazai szerző foglalkozott. Voith /492/, Juhász /197/, Zöldy /509/, Jancsin /187,189/ a vidéki lakosságszűrések módszereit és eredményeit ismertették. Szungyi /464/ és Boros /47/ a környezet-vizsgálatok, Hajnal /159, 160/ pedig a fertőzőforrás-kutatás jelentőségére

mutattak rá. Az ismételt szűrések felesleges voltára Szigeti /458,459/ és Borbély /44/ hívták fel a figyelmet. Az ernyőszűrések kérdéseivel Szakkay /445,446/, Somi-Kovács /428,429,430,431/, Hegedüs /166/ és Németh /322/ foglalkoztak. Több tudományos értekezéslet és ankét is tárgyalta a felkutató tevékenység különböző kérdéseit. Ezek közül legfontosabb az 1958. októberében megtartott ankét volt /300/. Ezen határozni kellett a következő elvi kérdésekben:

1/ mely szűrési módszereket kell előtérbe állítani, vagyis, melyek azok a módszerek, amelyekkel a szűrések hatásfokát javítani lehet?

2/ milyen szerep illeti meg a panaszokkal jelentkezők tbc-gondozóintézeti vizsgálatát, illetőleg milyen legyen

annak aránya a szűrésekhez képest, a felkutató tevékenységen belül?

A felkutató tevékenység értékelése, a reprezentatív szűrővizsgálat tapasztalatai és a felkutatási ankét határozatai alapján a következő alapelvek érvényesítésére törekedtünk:

ad 1/ A felkutató tevékenység legfontosabb feladataként jelöltük meg az ernyőszűrések szaporítását, hogy a rendszeres, meghatározott időszakokban szervezett lakosságszűrések, nagyobb városokban stabil szűrőállomások, falun pedig mozgó ernyőszolgálatok segítségével legyenek kivitelezhetők. Rámutattunk az idősebb emberek, valamint falusi lakosság szűrésének a fontosságára. Célul tűztük ki az ernyőszűrő szolgálatok munkájának minőségi javítását: a megjelenési százalék növelését, a felvételnépszerűsítés és előhívó-tevékenység megjavítását, a kettős filmértékelés bevezetését, a járási gondozóintézetek fokozottabb bevonását a lakosságszűrések szervezésébe, szükség esetén a szűrések és a gondozóintézeti kivizsgálások kötelezővé tételét, utiköltség térítés biztosítását, stb. A gondozókban rtg. átvilágítással végzett szűrések legfontosabb területeinek a környezet /kontakt/ vizsgálatokat, valamint a pedagógus, illetőleg a gyermekintézményekben dolgozók ellenőrző vizsgálatát minősítettük. Az iskolások röntgen-szűrővizsgálatát indokolatlannak tartottuk, mert szűrővizsgálatuk célszerűbben elvégezhető a BCG-oltásokkal megelőző tuberkulin-vizsgálattal.

ad 2/ A panasszal jelentkezők vizsgálatát továbbra is fontos feladatként jelöltük meg. A magyar tbc-gondozó-intézetek ugyanis kezdettől fogva az ún. "nyitott ajtó" elve alapján működtek. Ami annyit jelent, hogy a gondozót minden lakos önként is felkeresheti vizsgálat céljából, nincs szükség előzetes orvosi javaslatra. A hazai tbc gondozóintézetek működési elve szerint, inkább végeznek loo felesleges átvilágítást, minthogy egy beteg későn kerüljön felfedezésre. E tevékenység a felkutatás szempontjából sok előnnyel járt, de ugyanakkor, amint azt az adatok is mutatják, nagy munkamegterhelést is jelentett a gondozóintézeteknek. A szovjet, bolgár, román és más külföldi tbc-gondozók a "zárt ajtó" rendszere szerint működnek, ami azt jelenti, hogy a gondozóba csak előzetes orvosi kivizsgálás /röntgen, bakteriológiai/ alapján kerülnek a betegek, ha a vizsgálat során tbc vagy annak komoly gyanuja merül fel. A zárt ajtó rendszerre való áttérést Magyarországon elsősorban az hátráltatja, hogy a rendelőintézeti hálózat kiépítése lassu ütemü /kb. 1970-re fejeződik be/. 1958-ban a felkutatási ankét időpontjában pl. csak a járási központok kb. 40 %-ában volt rendelőintézet. Ezért az egész országra kiterjedő tbc-gondozóintézeti hálózatnak kellett továbbra is a panaszosok kivizsgálásával kapcsolatos feladatokat vállalnia. Hozzávéve ehhez még azt a tényt is, hogy a mezőgazdaságban foglalkoztatottak nagy része ekkor még nem volt tsz. tag és így nem is volt ingyenes rendelőintézeti ellátásra jogosult. A "nyitott ajtó"-rend-

szerről a "zárt ajtó"-rendszerre való áttérés ezért csak fokozatosan, a rendelőintézeti hálózat kiépítése és a lakosságszűrések rendszeresítése után látszik megvalósíthatónak. A gondozók tehermentesítése érdekében azonban, az összes egyéni és csoportos szűrővizsgálókat, valamint a panaszosok kivizsgálásával kapcsolatos feladatok egy részét, a lehetőségekhez képest az ernyőszűrő állomásokkal tervezzük elvégeztetni.

A felkutatás fejlesztése érdekében végrehajtott intézkedéseink hatását egyrészt a felkutató tevékenység számszerű fejlődésén, másrészt a különböző felkutatási módszerek arányának a változásán, s végül e tevékenység során felfedezett új betegek számszerű alakulásán mérhetjük le.

A felkutató tevékenységünk számszerű fejlődését az 51.sz. tábla adatai mutatják. 1945 óta a felkutató tevékenység 18-szorosára növekedett. Ha a felkutató tevékenység évenkénti alakulását a lakosság számára vonatkoztatjuk, akkor 1945-ben 100 lakos közül 2.7, 1961-ben pedig már 49 jelent meg a gondozóintézetben vagy szűrőállomáson kivizsgálás, illetve szűrővizsgálat céljából. Ha e tevékenységhez hozzászámítjuk még a gondozóban részben kivizsgálás, részben azonban kezelés céljából megjelentek számát, akkor 1961-ben 100 lakosra számítva 70 vizsgálat történt.

51. A felkutató tevékenység alakulása 1945-1961 között

Év	Elsőizben jelent- kezettek		Szűrések		Összesen
	szám	%	szám	%	
1945	117471	43.3	154214	56.7	271685
1946	198106	38.4	318452	61.6	516558
1947	251068	32.6	519289	67.4	770357
1948	291391	25.5	848375	74.5	1139766
1949	321985	20.9	1218159	79.1	1540144
1950	415105	22.6	1421778	77.4	1836883
1951	544531	20.1	2160663	79.9	2705194
1952	502312	17.6	2346047	82.4	2848359
1953	486576	14.4	2899336	85.6	3385912
1954	489415	13.5	3147503	86.5	3636918
1955	438410	11.8	3276138	88.2	3714548
1956	409858	13.1	2724321	86.9	3134179
1957	433300	12.7	2980217	87.3	3413517
1958	498124	13.0	3346519	87.0	3844643
1959	502831	12.3	3587956	87.7	4090787
1960	485626	10.8	3989366	79.2	4474992
1961	437641	8.9	4509759	91.1	4947400

Az 51.sz.tábla szerint a felkutató tevékenység két legfontosabb csoportjának - a panaszosvizsgálatok és a szűrések - aránya jelentős eltolódást mutat. A panaszosvizsgálat felkutató tevékenységen belüli aránya az 1945-ben 43.3 %-ról 1961-ben 8.9 %-ra csökkent, a szűrővizsgálatok aránya pedig az 1945-ös 56.7 %-ról 91.1 %-ra nőtt.

Az 52.sz.tábla szerint a panasszal jelentkezők száma 1945 és 1951 között kb. ötszörösére nőtt, azóta nagyjából azonos szinten mozog /évi 4-500.000/, az utóbbi 3 évben azonban kifejezett csökkenés figyelhető meg. A panaszosvizsgálat révén felderített tbc-s betegek száma 1947-ben érte el a maximumot, azóta kb. 1/3-ára csökkent. A vizsgálatból tbc-s betegnek találtak aránya pedig még nagyobb mértékben, kb. 1/5-ére csökkent.

52. A panasszal jelentkezettek és ebből tbc-s
betegnek találtak száma és aránya 1945-1961
között

Év	Panasszal jelentkezettek száma	ebből a tbc-s betegek száma	%-a
1945	117471	14260	12.1
1946	198106	32063	16.2
1947	251068	47396	18.9
1948	291391	36424	12.5
1949	321985	31987	9.9
1950	415105	35134	8.5
1951	544531	34977	6.4
1952	502312	26998	5.4
1953	486576	29302	6.0
1954	489415	24045	4.9
1955	438410	22250	5.1
1956	409858	21385	5.2
1957	433300	19595	4.5
1958	498124	22925	4.6
1959	502831	20867	4.2
1960	485626	18790	3.9
1961	437641	15345	3.5

Az 53.sz.tábla a szűrési tevékenység fejlődését mutatja. A szűrések száma 1945-től 1961-ig 29-szeresére nőtt. 100 lakosból 1945-ben 1.6, 1961-ben pedig 45.1 jelent meg tüdőszűrésen. A szűrővizsgálatokon tbc-snek találtak aránya több, mint 1/10-ére csökkent, 1945-ben 2.7 %, 1961-ben 0.2 % volt.

53. A tüdőszűrésen megjelentek és ebből tbc-s betegnek találtak száma és aránya 1945-1961 között

Év	Összes tüdőszűrések száma	100 lakosból tüdőszűrésen megjelent	ebből a tbc-s betegek száma	%-a
1945	154214	1.6	4025	2.7
1946	318452	3.4	11249	3.7
1947	519289	5.5	16125	3.7
1948	848375	9.2	7506	1.1
1949	1218159	13.1	11570	1.1
1950	1421778	15.2	10633	0.9
1951	2160663	22.8	6147	0.4
1952	2346047	24.6	5041	0.3
1953	2899336	31.1	6181	0.3
1954	3147503	32.3	7207	0.2
1955	3276138	33.3	7950	0.2
1956	2724321	27.6	7847	0.3
1957	2980217	30.4	8345	0.3
1958	3346519	34.1	7661	0.2
1959	3587956	36.3	8524	0.2
1960	3989366	40.0	9302	0.2
1961	4509759	45.1	10629	0.2

A szűrővizsgálatok számának növekedését, valamint a szűrőtevékenység két legfontosabb csoportjának - a gondozói

átvilágításos szűrésnek

59.sz. ábra

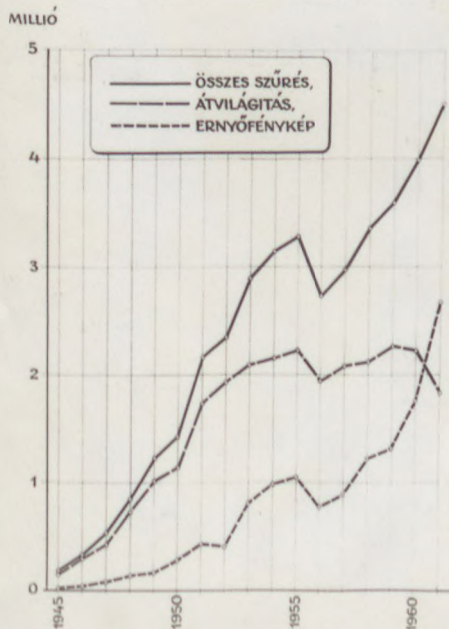
és az ernyőszűrésnek -

számszerű fejlődését és

arányát az 59.sz. ábra

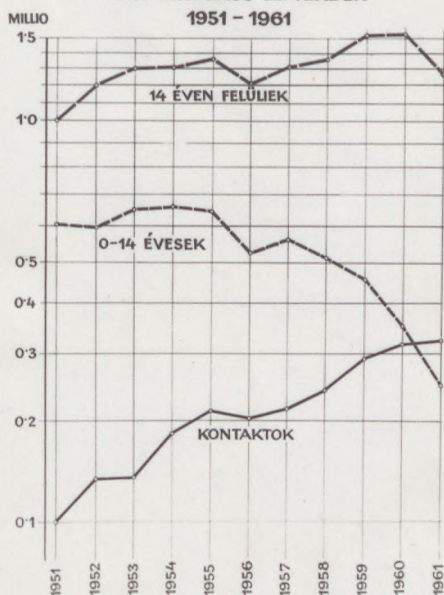
mutatja. Az átvilágításos szűrés görbéje 1955-ben érte el tetőpontját, majd némi csökkenés után ismét emelkedett, 1961-ben újból csökkent. Az ernyőszűrések száma az utóbbi években hirtelen növekedett, s a két görbe 1961-ben kereszteződött.

A TÜDŐSZŰRÉSEK SZÁMÁNAK ALAKULÁSA



60.sz.ábra

A RTG. ÁTVILÁGÍTÁSOS SZŰRÉSEK SZÁMA
SZŰRÉSI KATEGORIÁK SZERINT
LOGARITMIKUS LÉPTÉKBEN
1951 - 1961



Az átvilágításos szűrés különböző módszereinek fejlődését 1951-61 között a 60.sz.ábra mutatja. Az iskolások vizsgálatának száma 1955-ig növekedett, azóta csökken, 1959 óta több, mint felére. A 14 éven felüliek átvilágításos szűrése 1960-ig emelkedett, 1961-ben már csökkent. A tbc-s környezetvizsgálatok száma 1951 óta kb. háromszorosára nőtt.

Az 54.sz.tábla szerint a legnagyobb, s egyben leggyorsabb ütemű fejlődés a rtg. ernyőfényképszűrések számában, s az ily módon felkutatott betegek számában és arányában észlelhető, különösen 1958 óta. A szűrőtevékenységnek az ernyőszűrések irányába való eltolódására jellemző, hogy míg 1945-ben 100 szűrésből csak 4.6 volt ernyőszűrés, 1961-ben már 59.2, ami 100 lakosra számítva 1961-ben 26.7 ernyőfénykép szűrővizsgálatot jelent. Szemben az egyéb szűrési módszerekkel az ernyőszűrés által felfedezett betegek száma és aránya is fokozatos emelkedést mutat. Az ernyőszűrésen felfedezett tbc-s betegek száma 1954 és 1961 között a tízszeresére nőtt,

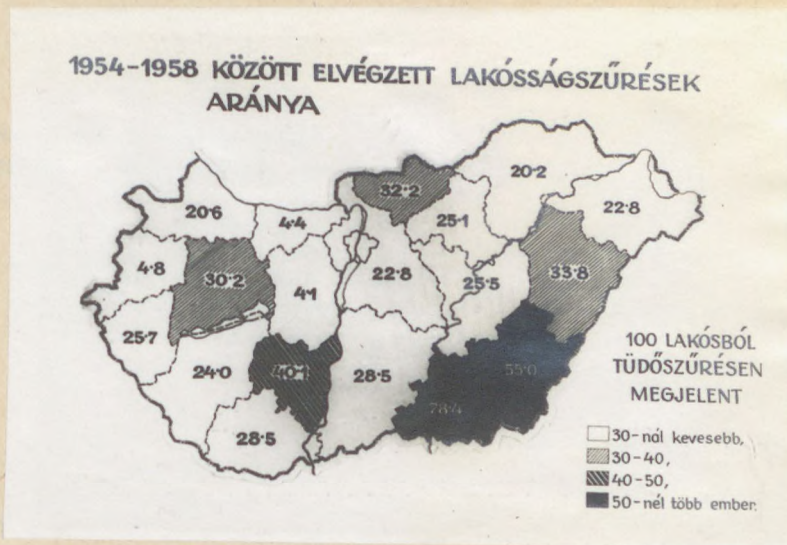
és az ernyőszűrő vizsgálatból tbc-s betegnek találtak aránya is 0.1-ről 0.25-re emelkedett. Ez a nagy eredmény az ernyőszűrések mennyiségi és minőségi fejlesztésének köszönhető. A minőségi fejlődés egyik példaként megemlítem, hogy a lakosságsszűréseken való megjelenési százalék 1954-ben 57 % volt, 1961-ben pedig már 91.5 %.

54. A röntgen-ernyőfénykép szűrésen megjelentek és a tbc-s betegnek találtak száma és aránya 1945-1961 között

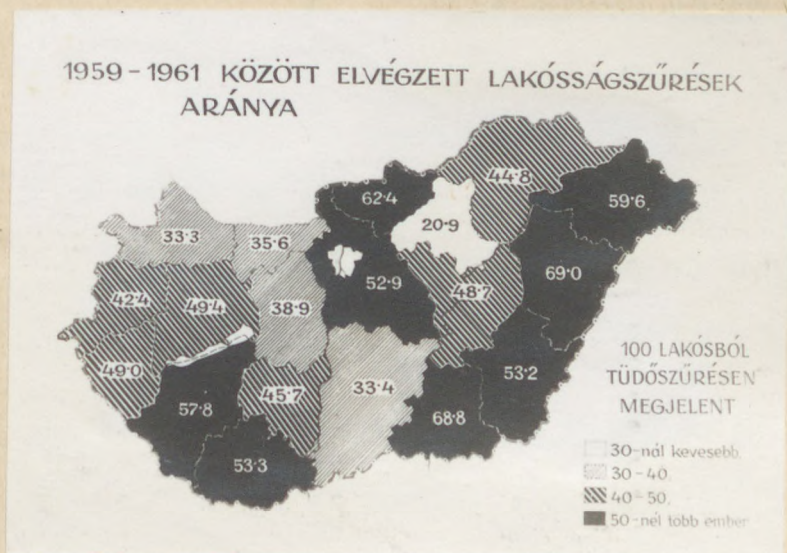
Év	Rtg.ernyő- fénykép szűrések száma	100 szűrésből ernyőfénykép- szűrés volt	100 lakosból ernyőfénykép- szűrésen meg- jelentek	ebből a tbc-s betegek száma	%-a
1945	7036	4.6	0.0		
1946	16948	5.3	0.2		
1947	87999	16.9	0.9		
1948	129505	15.3	1.4		
1949	155778	12.7	1.7		
1950	274321	19.3	2.9		
1951	431548	19.2	4.6		
1952	407781	17.3	4.3		
1953	800446	27.5	8.3		
1954	983494	31.2	10.1	646	0.10
1955	1048439	32.0	10.6	997	0.10
1956	775415	28.5	7.9	947	0.12
1957	893461	30.0	9.1	1062	0.12
1958	1221847	36.5	12.4	1864	0.15
1959	1319362	36.7	13.4	2703	0.21
1960	1766464	44.3	17.7	4392	0.25
1961	2670202	59.2	26.7	6638	0.25

A 61.62.sz.ábrák a vidéken végzett lakosságsszűrések alakulását mutatják. Míg az 1954-58 közötti időben végzett lakosságsszűrések után még sok a fehér folt a térképen, addig 1958-61 között végzett lakosságsszűrések után már csak kevés ilyen van.

61.sz. ábra

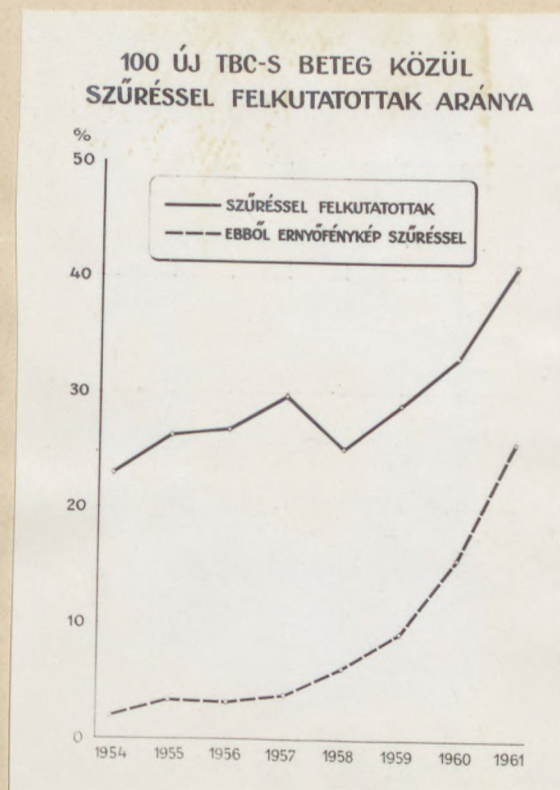


62.sz. ábra



A felkutató tevékenység eredményességét legjobban az e tevékenység révén felfedezett betegek arányának a növekedése szemlélteti. /55.sz.tábla és 63.sz. ábra/. A panaszokkal jelentkezők közül felfedezett betegek aránya 1951-ben volt a megmagasabb, 100 új tbc-s betegből 85, azóta 1961-re folyamatosan lecsökkent 59-re. A szűrések révén felfedezett betegek aránya ellenkező irányú fejlődést mutat, az 1951-es legalacsonyabb 15-ről, 1961-re 41-re nőtt. Vagyis az új betegek 41 %-át már szűréssel

63.sz. ábra



fedezzük fel. Ebből 1961-ben ernyőszűrés derítette fel az új betegeket 25.6 %-át. Tekintettel arra, hogy tüdőszűrővizsgálattal az extrapulmonális megbetegedések nem kórismézhetők, a szűrésekkel felfedezett betegek arányát az új tüdőmegbetegedésekhez kell viszonyítani. E szerint a szűrés útján felkutatottak aránya az új tüdőbetegeknek csaknem felét /47 %-át/ teszi ki, ernyőszűrések révén pedig az új tüdőbetegek 32 %-át fedezzük fel.

55. Az új tbc-s betegek aránya a felkutatás módja szerint 1945-1961 között

Év	100 új tbc-s betegből felkutatva panasszal jelentkezett	tüdő- szűréssel	ebből ernyő- fényképpel
1945	78.0	22.0	
1946	74.0	26.0	
1947	74.6	25.4	
1948	83.0	17.0	
1949	73.3	26.7	
1950	76.8	23.2	
1951	85.0	15.0	
1952	84.3	15.7	
1953	82.6	17.4	
1954	76.9	23.1	2.1
1955	73.7	26.3	3.3
1956	73.1	26.9	3.2
1957	70.2	29.8	3.8
1958	74.8	25.2	6.1
1959	71.0	29.0	9.2
1960	67.0	33.0	15.5
1961	59.0	41.0	25.6

Az ernyőszűrési adatainkat összehasonlítva a szocialista országok 1960-as adataival /56.sz.tábla/ megállapítható, hogy Magyarország a harmadik helyen állt. Azóta bár gépi ellátottságunk jelentősen gyengébb és készülékeink technikailag elmaradottabbak /kisméretűek/, a magyar ernyőfénykép hálózat jobb minőségi munkájának köszönhetően, gyors fejlődést sikerült elérnünk. Mig Csehszlovákiában egy készülékre átlagosan évi 20.000 felvétel jut, addig Magyarországon egy mozgó ernyőfénykép szolgálat átlagosan évi 80.000 felvételt készít, de számos olyan szolgálat van, ahol 100.000-nél is több vizsgálatot végeznek évente.

56. A rtg-ernyőfénykép szolgálatok száma és működési adatai 1960-ban a szocialista országokban

Ország	Népesség /millió/	Rtg.ernyf. szolgála- tok száma	Szűrésen megjelent 100 lakosból	Kiszűrt száma	tbc-sek 100 új tüdőbe- tegből
Bulgária	8	39	11.1	-	-
Csehszlovákia	13	180	26.0	4809	31.4
Lengyelország	28	150	10.0	-	-
NDK	18	150	56.2	9011	59.6
Magyarország	10	37	17.7	4392	19.0
Románia	17	99	-	-	-

A weimari konferencia anyagából kitűnően, 1961-ben már sikerült megelőznünk a második helyen álló Csehszlovákiát akár a 100 lakosból ernyőszűrésen megjelentek /28.7/, akár a 100 új tüdőtbcs betegből felfedezettek arányát /32.0/ nézzük. Ezen kívül jelentékeny röntgenátvilágításos szűrőtevékenységet is végzünk. E tevékenységünk

eredményeképpen az új tüdőbetegek közel felét aktív módon - szűréssel - fedezzük fel.

Felkutató tevékenységünket értékelve, joggal állapíthatjuk meg, hogy a tbc elleni küzdelem ezen fontos részterületén igen jelentős eredmények születtek. Felkutatásunk számszerű fejlődése is nagyarányú, de - különösen az utóbbi években - komoly minőségi javulásról is számot adhatunk. Csökkent a kevésbé eredményes panaszosvizsgálat aránya. E vizsgálat jelentősége még nem hanyagolható el, mert még mindig az új betegek többségét ilyen módon fedezzük fel. Bár a szűrések fejlesztésétől, a lakosság-szűrések fokozásától, a panasszal felfedezett betegek arányában további csökkenés várható, azonban a lakosság-szűrések évenkénti elvégzése esetén sem minősíthető feleslegesnek, mert a két szűrés közötti időben kialakuló új megbetegedések felfedezése csak a panaszosok vizsgálatával lehetséges. Szűrési tevékenységünk irányelvei helyesnek bizonyultak és ebben az irányban kell továbbhaladnunk, míg az évenkénti lakosság-szűrést el nem érjük.

c/ E g é s z s é g ü g y i f e l v i l á g o s í t á s

A tbc elleni küzdelemnek mindig egyik fontos eszköze volt az egészségügyi felvilágosítás. Módszerei és tartalma mindenkor a járványügyi helyzet, a hálózat, a diagnosztika és gyógykezelés fejlettségének függvénye volt. Ennek megfelelően az első világháborúig és az azt követő években

az egészségügyi felvilágosítás kénytelen volt megelégedni az általános higiénét szolgáló és a szervezet ellenállóerejét fokozó rendszabályok ismertetésével, a fertőzés utjainak magyarázatával és a fertőzéstől való óvakodást tartalmazó felhívásokkal. A betegség gyógyíthatósága fentiekhez képest még kis teret kapott. Magától értetődik, hogy ilyen körülmények között a betegek nevelésére nagy gondot fordítottak.

Később a gondozói és gyógyintézeti hálózat bővülése, valamint a kollapszus-kezelés bevezetése lehetővé tették, hogy a propagandában a tbc gyógyíthatósága is nagyobb sullyal szerepeljen. Az agitációban azonban továbbra is a fertőzéstől való félelemkeltés maradt az uralkodó irányelv. A tbc elleni küzdelemben az utóbbi másfél évtizedben beállott változások természetesen az egészségügyi felvilágosításban is tükröződnek. Ez nemcsak tartalmában mutatkozik meg, hanem módszereiben, nagyobb szervezettségében és fokozódott intenzitásában is.

Hazai szerzők közül elsősorban Katona /203/ foglalkozott a felvilágosító tevékenység tudományos és módszertani kérdéseinek vizsgálatával. A felvilágosítás tartalmát illetőleg, számba kellett venni a fertőző források megváltozott járványügyi jelentőségét /53/. Nyilvánvaló az is, hogy a BCG-oltások és a szűrések mind nagyobb számu kivitelezése is megfelelő, felvilágosító alátámasztást kíván. Ugyanakkor a kedvező gyógyeredmények is szükségessé tették a tbc gyógyíthatóságának nagyobb mérvű propagálását.

A megváltozott helyzetből azt a következtetést kellett levonnunk, hogy a tbc fertőző jellegének előtérbe állítása már nem indokolt, sőt káros, mert félelemkeltésével ébren tartja a betegek kiközösítését eredményező szemléletet, és ezáltal gátolja a gyógyultak visszatérését a társadalomba. Természetesen ez az álláspont nem vonatkozik a bovin-tbc elleni küzdelem során kifejtett propagandára, és nem vonatkozhat a betegek és családjuk körében végzett egészségügyi felvilágosításra sem. Utóbbi esetben azonban - az esetleges porfertőzést megakadályozó általános higiénés rendszabályok ismertetése mellett - a hangsúlyt a cseppfertőzés elhárítására kell helyezni.

Katona /203/ a tárgyak útján közvetített fertőzési módot, bizonyítást nem nyert hipotézisnek minősíti, és nem helyesli, hogy egy gyakorlatilag elő nem forduló fertőzési mód esetleges elméleti lehetősége miatt, a beteget és családtagjait terhes és kinos helyzeteknek teszik ki. Az egészségügyi felvilágosítás középpontjába ezért jelen időszakban a tbc gyógyíthatóságát kell állítani, mert ennek a ténynek az elfogadása nyilvánvalóvá teszi a nagyközönség előtt a szűrések jelentőségét, a gyógyulás érdekében hozott áldozatvállalás szükségességét és a gyógyult beteggel szembeni mindenféle előítélet indokolatlanságát /296/.

Az egészségügyi felvilágosítás határfokának felmérésével kevés közlemény foglalkozik. Feltehetően azért, mert módszere még eléggé kidolgozatlan. Nagy nehézséget jelent

ugyanis annak megállapítása, hogy a vizsgálatba bevont egyének egészségügyi ismeretének gyarapodása és magatartásbeli változása mennyiben írható egy adott felvilágosítási módszer javára. Mégis említésre méltó, hogy pl. Lesencei /266/ feldolgozása szerint az 1956 évi tbc-propaganda hetet követően, a Bács-Kiskun megye tbc gondozóinak összforgalma majdnem kétszeresére, az elsőízben jelentkezettek száma pedig több, mint kétszeresére emelkedett. Katona /201/ viszont azt mutatta ki, hogy a gyógyintézetek felvilágosító tevékenysége a betegek tudását a tbc-ről elmélyültebbé teszi.

A felvilágosító tevékenység módszertani kérdései közül csupán azzal kívánok foglalkozni, hogy milyen szerepet kell tulajdonítani a felvilágosítási kampányoknak a felvilágosítás területén belül. Majzik /276/ adatai szerint pl. az 1956-os tbc hét alatt több mint 1 millió hallgató vett részt eu. felvilágosító előadáson /680.000-en vettek részt a Vöröskereszt keretén belül megtartott 7200 előadáson, 400.000 iskolai tanuló az iskolai órák keretén belül hallgatott előadást, 100.000 iskolai tanuló irt dolgozatot/. 2 millió példányban jelent meg felvilágosító anyag /röpirat, plakát, stb./, 80 ujság 160 cikk, a Rádió pedig 26 előadással vett részt a felvilágosító tevékenységben. Az 1961-ben megrendezett Koch Róbert emlékév tapasztalatai - Nyárády közlésre nem került adatai szerint - is azt bizonyítják, hogy a meghatározott időben lefolytatott széles körű kampányokkal értékes eredmények érhetők el. A kampányok során elért eredmények

azonban nem teszik lehetővé, hogy azokat a rendszeresen folytatott mindennapos felvilágosító tevékenység elé helyezzük.

A fejlődés ezen a területen is nagy. A propaganda-anyag minősége jobb, mennyiségében több. Bizonyos szemléleti változásra, a felvilágosítási tevékenység fontosságának tudatosítására azért még szükség van, hogy valóban egészségügyi intézményeink mindennapos rutin tevékenységévé válják.

d/ K ö r n y e z e t v é d e l e m

A környezetvédelem egyike a tbc elleni küzdelem legfontosabb egyéni profilaktikus módszereinek. Következetes és rendszeres alkalmazásával megelőzhetjük a tbc-s betegek környezetében élő személyek fertőzését és megbetegedését, és ezzel gátat szabhatunk a fertőzés terjedésének. Jelentősége még fokozottabb azon országban, ahol a tbc-s betegek nagy száma és a tbc-ágyak alacsony volta miatt, a betegek többsége nem hospitalizálható tartósan. A legnagyobb fertőzési veszélynek az intradomiciális vagy intrafamiliaris érintkezők /kontaktok/, vagyis a tbc-s beteggel egy lakásban élők /családtagok/, ezek közül is elsősorban a csecsemők és kisgyermekek vannak kitéve. Veszélyeztetettségüket mutatja a kontakt gyermek-megbetegedések magas aránya is: míg a kontakt gyermekek az összes gyermekeknek csak 6 %-át teszik ki, addig az új gyermek-megbetegedések 41 %-a a fertőző környezetben

élők közül adódik. A tbc-s környezetben élő gyermekek 1961-ben kiszámított morbiditása 70 ‰ volt, míg az összes gyermek-morbiditás országosan 9 ‰ volt. Ez annyit jelent, hogy a kontakt gyermekek morbiditása nyolcszorosa az országos átlagnak. Sokkal kisebb a fertőzés veszélye - de természetesen ez sem elhanyagolható - a beteg környezetében élő felnőtteket, valamint munkahelyi érintkezőket tekintve.

A régebbi időkben a környezetvédelem érdekében kifejtett tevékenység, a tbc-s beteg és környezetében élők életmódjára és a köpet-higiénére vonatkozó tanácsokra, valamint a gondozottnak és családjának juttatott kisebb élelmi-szer és egyéb segélyekre korlátozódott. Az 1940-es években Petrányi /377/, Gárdi /140/, Gárdi és Vas /141/ és mások hangsúlyozták a fertőző környezetben élő gyermekek üdültetésének, napközi otthonban való elhelyezésének és egyéb diszpozíciós profilaktikus intézkedéseknek a jelentőségét. Ezekből a javaslatokból, az objektív lehetőségek hiánya miatt csak igen szórványos eredmények születtek.

A felszabadulást követő időszakban, a tbc-s betegek felkutatásával és gyógykezelésével kapcsolatos nagyszámu és sokrétű feladat elterelte a figyelmet a tbc megelőzésének e fontos módszeréről. E tevékenység feladatköre és módszertana is hosszú időn keresztül kidolgozatlan maradt. 1950-től kezdve azonban egyre inkább az érdeklődés

előterébe került. A környezetszűrések és családlátogatások mutatószámainak ismertetésével és jelentőségük hangsúlyozásával kíséreltük meg a tevékenység fejlesztését. Ezen időszakban a környezetvédelem fogalma alatt lényegében a fertőző környezetben élő érintkezők rtg-szűrését /átvilágítását/ értettük. Ezzel azonban a fertőző környezetben élők megbetegedése nem előzhető meg, legjobb esetben a korai felfedezést biztosíthatja. A környezet-vizsgálatok száma, amint azt a 60.sz. ábra adatai is mutatták, jelentősen /háromszorosára emelkedett,/ a családlátogatási tevékenység azonban számos tényező következtében nem fejlődött kielégítően.

Az elmúlt években a környezetvédelem fogalmának és feladatkörének meghatározásában, valamint módszereinek a kidolgozásában lényegeset léptünk előre. Hozzájárult ehhez a chemoprofilaxisnak, mint új megelőzési módszernek a külföldi eredmények alapján történt bevezetése is. A Calmette-védőnők beállításával, valamint a tbc-gondozói asszisztensnői létszám fejlesztésével a végrehajtásához szükséges személyi feltételek megteremtéséhez is hozzákezdünk. Az eredményes környezetvédelem alapfeltétele a fertőzőforrás /tbc-s beteg/ felkutatása, és azt követően a már kórismézett beteg intenzív és rendszeres kezelése, továbbá a kezelés eredményének tartóssá tétele. A környezetvédelem feladatkörét ezek szerint a következőkben jelölhetjük meg:

1. Az elkülönítés, melynek három formája létezik:

a/ A beteg gyógyintézeti elkülönítése. Ez a leghatásosabb módszer, mert a fertőző beteg meggyógyításával a fertőzés terjedése megakadályozható. A gyógyíthatatlan fertőző betegek intézeti elkülönítésére azonban a jelenlegi ágyviszonyok mellett csak korlátozottan és csak átmenetileg van lehetőség. A tbc-szociálisotthoni férőhelyeken kívül kb. az ápolási napok egyharmadát fordítjuk erre a célra.

b/ A veszélyeztetett egyén elkülönítése. Az állami gondozásbavétel, csecsemő- vagy gyermekotthonban való elhelyezés, férőhely hiányában, valamint családi és egyéb okok miatt csak indokolt esetben vihető keresztül, és legtöbbször átmeneti megoldásként. Egyszeri adatfelvétel alapján megállapítható volt, hogy 1961-ben közel 200 veszélyeztetett csecsemőt, illetve kisgyermeket sikerült elhelyezni megfelelő otthonokban.

c/ A házi elkülönítés szervezhető meg a legnehezebben, de ma, és még hosszú időn keresztül nélkülözhetetlen módszere az elkülönítésnek. A házi elkülönítés lényeges feltétele a beteg lakáskörülményeinek a rendezése, ami nem tartozik ma még a könnyen végrehajtható feladatok közé. A tbc elleni küzdelem továbbfejlesztését szolgáló kormányrendelet, valamint a lakásrendelet alapján erre is mind több esetben lesz mód. Egyes megyékben az újonnan épített lakások meghatá-

rozott hányadát, a tbc-gondozóintézetek javaslatát figyelembe véve, fertőző tbc-s betegek részére utalják ki. 1961-ben kb. 450 tbc-s beteg részesült ilyen lakáskiutalásban. A házi elkülönítés egyik fontos eleme a beteg és környezete kioktatása a fertőzés módjának elkerüléséről, a köpet-higiénéről, stb. Az elkülönítés legfontosabb a védtelen újszülötteknél és a kisdedeknél, a védőoltás hatékonyságának kialakulásáig. Idősebbkoru gyermek esetén az elkülönítés szükségessége kisebb.

2. Az aktiv specifikus védelem:

a/ a BCG-oltás. Ez a tbc-s beteg környezetében élő egyének, - elsősorban gyermekek - tuberkulin-negativitása esetében alkalmazandó. Kovács és Demény /246/ Csongrád-megyei tapasztalatai azt bizonyítják, hogy a 20 éven aluli kontaktok igen magas arányban /67 %/ részesíthetők BCG védelemben. A 3 év alatti kisdedek 96 %-át, a 4-6 év közötti gyermekek 89 %-át sikerült BCG-oltással védenie /57.sz.tábla/.

57. BCG-oltásban részesült kontakt gyermekek aránya korcsoportonként Csongrád megyében 1961 év végén

Korcsoport	Kontakt	ebből BCG védett szám	%
0- 3	520	496	96
4- 6	629	561	89
7-14	1731	1089	63
15-19	712	279	39
Együtt	3582	2390	67

A BCG-oltások hatásosságát, tbc-s környezetben élő-
kön több hazai szerző kimutatta, így Szungyi /463/,
Kovács /247/, Halász /161/, Lábady /264/. Kovács /247/
Csongrád megyére vonatkozó 1960-as adatai szerint, a
0-3 éves BCG-oltott kontaktok megbetegedési aránya
kb. 1/9-e, a 4-6 éveseké 1/6-a és a 7-14 éveseké 1/3-a
volt a hasonló koru nem oltott kontakt gyermekekének.
/58.sz.tábla/.

58. A gyermek-kontaktok közül nyilvántartott tbc-s
betégek száma és aránya Csongrád megyében 1960-ban

Részletezés	K o r c s o p o r t o k			
	0-3	4-6	7-14	Együtt
<u>3 éven belül BCG oltott</u>				
<u>kontaktok:</u>				
száma	475	537	571	1583
ebből tbc-s beteg lett				
szám	11	18	13	42
%	2.3	3.4	2.3	2.7
<u>Oltásban nem részesült</u>				
<u>kontaktok:</u>				
száma	35	133	1092	1260
ebből tbc-s beteg lett				
szám	7	29	81	117
%	20.0	21.8	7.4	9.3

A megbetegedés aránya az
oltottak és nem oltottak
között 1: 8.7 1: 6.4 1: 3.2 1: 3.4

b/ A gyógyszeres megelőzés, chemoprofilaxis gondolatát
Badiali /12/ vetette fel. Gümőkóros szarvasmarhák kö-
zött tartott borjak fertőződését sikerült INH adásá-
val elhárítania. Abból a gondolatból indult ki, hogy
meg kellene kísérelni a tuberkulózissal szemben is

egy olyan profilaktikus eljárás kidolgozását, amely - a maláriához hasonlóan - gyógyszer segítségével védi a veszélyeztetett egyént a betegségtől. Az utóbbi évtized Ferebee /117/, Palmer /345/, Mc.Dermott /88/ által ismerttetett nagyszámu állatkísérletei és Zorini /334/, Groth-Petersen és munkatársai /149/ járványtani megfigyelései számos érdekes, de ellentmondó megállapításhoz vezettek. Szerzők tulnyomó többsége a chemoprofilaxist, mint tömegesen alkalmazott megelőző eljárást /chemoprevenció/ elveti. Hasznosnak tartják viszont célzottan egyéni megelőzés céljából, elsősorban tbc-s beteg környezetében alkalmazva. Hazai tapasztalataink /országos chemoprofilaxis kísérlet/alapján, a gyógyszeres megelőzés legfontosabb indikációi a következőképpen alakultak:

- abszolút indikált bármely életkorban friss konverzió esetén,

- eredményesen alkalmazható a 0-3, illetve a 0-6 éves korcsoportu, oltásban nem részesült tuberkulin-pozitív, kontakt gyermekeken. Feltételezhető ugyanis, hogy a konverzió ezekben az esetekben sem következhetett be régen,

- a 6 évesnél idősebb tuberkulin-pozitív kontakt gyermekeken és fiatalokon csak akkor indokolt a gyógyszeres megelőzés, ha biológiai vagy egyéb tényezők miatt különleges védelem szükséges /serdülőkor, társbetegségek pl. diabetes, stb./,

- a BCG-oltással egyidejűleg adott INH-védelem indikációi még bizonytalanok. Nem tisztázott ugyanis, hogy a gyógyszer szedése milyen mértékben gátolja az immunitás kifejlődését. Canetti /70/ ezért INH-rezisztens BCG-oltóanyag előállítását javasolta. Ilyen oltóanyag létrehozása eddig még megbízható módon nem sikerült. Hazai szerzők /417/ tapasztalatai a mellett szólnak, hogy a chemoprofilaxis nem befolyásolja a már kialakult immunitást, sőt Mándi /284/ megfigyelései szerint az esetek jelentős részében a BCG-oltással egyidőben vagy 1-2 napon belül megkezdett gyógyszeres megelőzés sem gátolja az immunitás kialakulását. A BCG-oltással egyidejűleg adott INH-védelem akkor jöhet szóba, ha a fertőző környezetben élő tuberkulin-negatív gyermek elkülönítése nem oldható meg.

3. Az általános diszpozíciós megelőző intézkedések.

A környezetvédelem elengedhetetlen része a beteg és a környezetében élők egészségi állapotának gondos megfigyelése alapján célzottan végrehajtható, általános diszpozíciós megelőző intézkedések megtétele. Ezek közé tartozik az egészséges életmód elősegítése: testnevelés, üdültetés, testi vagy szellemi túlterhelés megakadályozása, az egészséges életmódra nevelés, gyermekek esetében az egyéb fertőző megbetegedések megelőzését szolgáló oltások, stb. Erre aktív specifikus védelem

esetén is szükség van, attól elválaszthatatlan. Egyedüli módszerként akkor alkalmazzuk, ha a speciális intézkedések megtételére nincs mód, vagy nincs rájuk szükség, pl. fertőzésen átesett idősebb gyermekek és a felnőtt kontaktok tulnyomó többsége. Ilyen esetben pontosan meghatározott időszakonként elvégzett vizsgálatokkal /ismételt tuberkulin-próba, klinikai- és indokolt esetben röntgenvizsgálat/ arra kell törekedni, hogy a beteg és kontaktja egészségi állapotában beállott legkisebb változás minél előbb felismerhető legyen, és a gyógyszeres megelőzés időben alkalmazásra kerülhessen.

A betegek egészségi állapotának gondos megfigyelése és a szakszerű kezelés jelentőségére Nemes és Kovács /318/ adatai mutatnak rá. 150 fibrokavernás beteg 218 kontaktjának morbiditását elemezték szerint, hogy a fertőzőforrás kezelése kielégítő vagy elégtelen volt-e /59.sz. tábla/.

Kiderült, hogy huszszoros különbség mutatkozott a szakszerűen kezelt betegek környezetében élő kontaktok jávára. A fertőző környezetben élő felnőttek veszélyeztetettsége természetesen kisebb, mert többségükben már tuberkulin-pozitívak. Védelmük aktív specifikus eljárásokat nem igényel. Hasonló a helyzet a munkahelyi érintkezőkkel is /elsősorban a fiatalabb ipari tanulók veszélyeztetettsége érdemel figyelmet/. A közösségben dolgozó fertőző betegek száma egyre kevesebb, az intra-

scolaris érintkezés jelentősége pedig már gyakorlatilag kizárt. Aktiv tudófolymattal senki sem tanithat, dolgozhat vagy tanulhat gyermek-közösségben. Ezért csak új megbetegedés esetén kell a beteg tágabb környezetét meghatározott ideig fokozottan ellenőrizni.

59. 150 fibrokavernás fertőzőforrás kontaktjainak tbc morbiditása Csongrád megyében 1960-ban

Korcsoport	A fertőző forrás kezelése			
	adequat		nem adequat	
	a k o n t a k t o k			
	száma	ebből tbc-s beteg lett	száma	ebből tbc-s beteg lett
- 1	5	-	-	-
1- 3	25	1	10	-
4- 6	23	-	19	1
7-10	46	-	25	4
11-14	37	-	28	6
együtt szám	136	1	82	11
%		0.7		13.4

A gondozók környezetvédelmi tevékenységét - adatszolgáltatás híján - országosan felmérni sajnos nem tudjuk.

Egyszeri adatfelvétel szerint, 1961-ben a tbc-s betegek környezetében élő gyermekek 80-85 %-a rendszeres megfigyelés alatt állott. 10 %-ékuk kapott 1961-ben BCG-oltást és kb. ugyanannyian részesültek legalább 3 hónapos chemoprofilaxisban. Néhány megyéből azonban, ahol e kérdéssel már évek óta rendszeresen és alaposan foglalkoznak és megbízható adatok is rendelkezésre állnak.

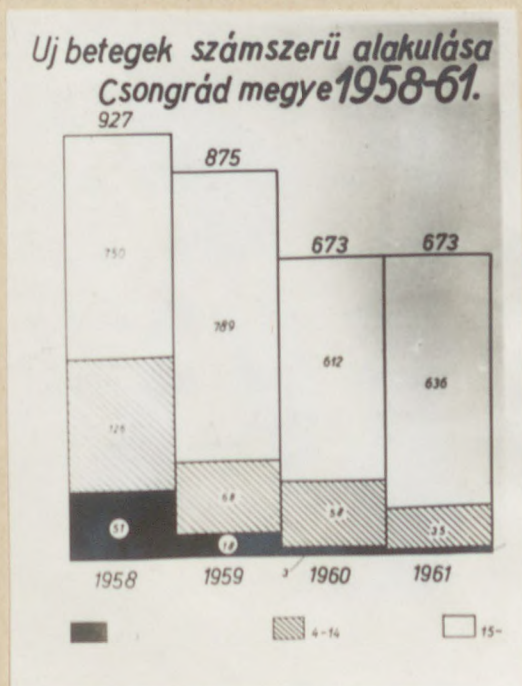
A 60.sz.tábla Baranya és Komárom megye környezetvédelmi tevékenységét tünteti fel korcsoportok szerint 20 éves korig /Puskás és Telekyné feldolgozása/.

60. Tbc-s környezetben élő gyermekek aktív védelme
/BCG, BCG+INH, INH/ Baranya és Komárom megyében
1961-ben

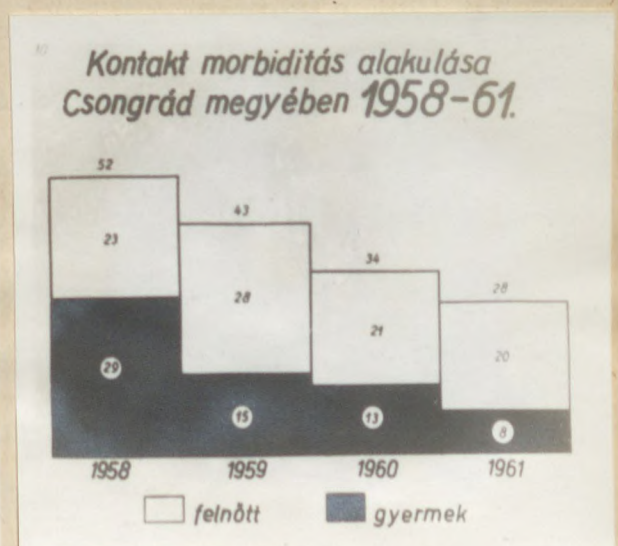
Korcsoport	Baranya megye			Komárom megye		
	kontaktok száma	ebből védett szám	aktív védett %	kontaktok száma	ebből védett szám	aktív védett %
0- 3 éves	524	412	79	454	385	85
4- 6 "	729	361	50	755	401	53
7-14 "	1783	777	44	1486	660	44
15-19 "	892	258	29	1104	265	24
Összesen	3928	1808	46	3799	1711	45

Még jobb eredményt értek el Csongrád megyében Nemes és Kovács /319/ A Csongrád megyében végzett környezetvédelmi tevékenység eredményei a kontakt morbiditás adatain is lemérhetők. /61.sz.tábla/. 1958-61 között a kontakt-megbetegedések száma 52-ről 28-ra, a gyermek kontakt-megbetegedések száma pedig 29-ről 8-ra csökkent. A kontakt-morbiditás csökkenésének jelentős szerepe van abban is, hogy a megye gyermek tbc morbiditása országos viszonylatban a legalacsonyabb volt /64.65.sz.ábrák/.

64.sz.ábra



65.sz.ábra



61. A tbc-s környezetben élő gyermekek aktív védelme
Csongrád megyében 1961-ben

Részletezés		K o r c s o p o r t				Együtt
		0-3	4-6	7-14	15-19	
Kontaktok száma összesen:		510	629	1731	712	3582
e b b ő l:						
BCG-oltott	szám	413	478	923	253	2062
	%	81	76	53	36	58
BCG+INH védett	szám	83	83	166	26	328
	%	16	13	10	4	9
INH védett	szám	3	58	127	52	240
	%	1	9	7	7	7
Aktivan védett együtt	szám	499	619	1216	331	2630
	%	98	98	70	47	74
Obszerváltak	szám	14	10	521	381	952
	%	2	2	30	53	26

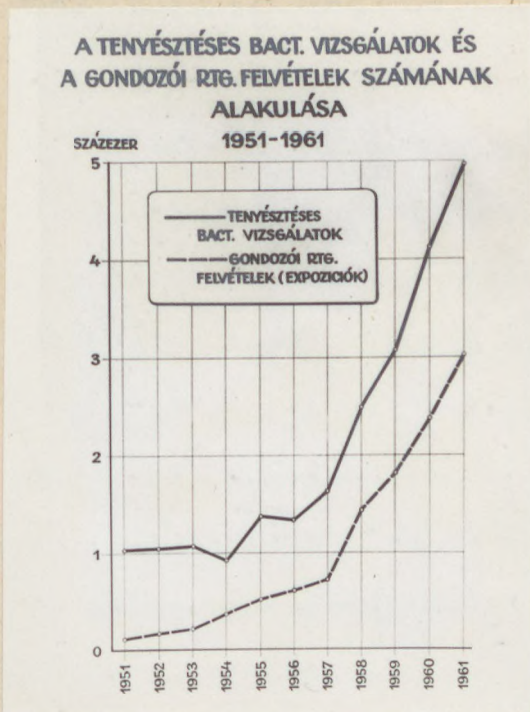
Veszélyeztetett csecsemők védelmében kifejtett eredményes tevékenységről adott számot Szacsuri /443/. A viszonylag elhanyagolt egészségügyi viszonyokkal rendelkező tiszalöki járás területén /Szabolcs megye/ 1955. július 1-től 1961. június 30-ig, 68 gondozásban levő tbc-s beteg környezetében összesen 81 csecsemő született. Ebből 29 szülés aktuálisan fertőző beteg családjában történt. Öt beteg családjában kétszer, egy beteg családjában háromszor volt szülés. A 29 fertőző környezetbe született csecsemő közül mindössze 1 betegedett meg tbc-ben. Az 52 aktuálisan nem fertőző tbc-s beteg környezetében született csecsemők közül pedig egy sem. Halálozás 6 év alatt nem fordult elő.

A környezetvédelem szerteágazó, nehéz feladat. Megkívánja, hogy a tbc-gondozó a járóbeteg-rendelésen felül, a beteg családja körében és munkahelyén, az iskolákban és egyéb közösségekben is széleskörű tevékenységet fejtsen ki. E feladatot a tbc-gondozóintézet részben saját dolgozói /orvos, asszisztensnő, védőnő/, részben más egészségügyi szervek és intézmények dolgozói /körzeti-üzemi- és iskolaorvosok, védőnők, körzeti- és üzemi ápolónők, stb./ útján végzi. Ezért a különböző egészségügyi intézmények és a gondozó szoros együttműködése elengedhetetlen. Ennek keretében a tbc-gondozóintézet tanácsadás, továbbképzés és ellenőrzés útján szakmai és módszertani segítséget nyújt, ^{az} említett szervek környezetvédelmi tevékenységéhez. A környezetvédelem tehát sokirányú, nagy fáradságot, aktív szervező tevékenységet, sok munkaidőt igénylő összetett tevékenység. További javítása a jövő egyik fontos feladata.

e/ D i a g n o s z t i k a

A korai diagnózis megszervezése és feltételeinek biztosítása a megelőzés és a gyógykezelés eredményessége szempontjából is elengedhetetlen. A felkutatás nem fejeződik be ugyanis a szűrés elvégzésével, azt követnie kell a kiszűrtek gyors és alapos kivizsgálásának. A gyógykezelés eredményessége is nagymértékben függvénye annak, hogy milyen korai állapotban kerülnek a betegek gyógykezelésre.

66.sz. ábra



Epidemiológiai szempontból a korai diagnosztika két legfontosabb eljárásának a rtg-réteg kivizsgálás és a bakteriológiai tenyésztéses vizsgálatok tekinthetők. A III/3. fejezetben már ismerttettem azt a fejlődést, amelyet e vizsgálatok elvégzéséhez szükséges szervezeti és gépi feltételek biztosításában elértünk. A 66.sz. ábrán látható, hogy 1951-1961 között a gondozókban készített rtg felvételek száma 30-szorosára, a bakteriológiai tenyésztéses vizsgálatok száma országosan 5-szörösére emelkedett.

A tüdő röntgen-anatómiájáról szóló ismeretek elterjesztésében értékes kezdeményező szerepe volt ifj. Kováts /245/ tudományos munkásságának, Barabás és munkatársai /16,17/ tudományos és továbbképző tevékenységükkel segítették a rtg-diagnosztikai ismeretek elsajátítását.

A bakteriológiai tenyésztéses vizsgálatok jelentősége a dániai és csehszlovákiai tapasztalatok /292/ alapján került előtérbe, egyben megvalósításra is 1949-ben az Országos Diagnosztikai Laboratórium megszervezésével.

A bakteriológiai kivizsgálás Böszörményi /49/, Bárász /22/, Szigeti /458/, Malatinszky /277/, Szabó /439,440/, Berencsi /28/ vizsgálatai alapján a legmegbízhatóbb eljárás, a tüdőfolyamat "aktivitásának" megítélésében. Egyes esetekben még az ismételt röntgen vizsgálattal kimutatható elváltozások dinamikájának megfigyelésénél is többet nyújt. Ezért a korai diagnosztikában is alapvető jelentősége van. A bakteriológiai vizsgálatnak ma már nemcsak a felkutatásban és a diagnosztikában tulajdonítunk lényeges szerepet, hanem a gyógykezelés eredményességének a megítélésében, figyelemmel kísérésében és irányának meghatározásában is. Ezen belül a gyógyszer-rezisztencia szerepére elsősorban Seri és Czanik /421/ mutatnak rá.

E két alapvető diagnosztikai eljáráson kívül, természetesen nagy súlyt helyeztünk az egyéb korszerű vizsgálati eljárások /Bronchologia, légzésfunkció, endoszkopia, hisztologia, citologia, stb./ személyi és tárgyi feltételeinek fokozatos biztosítására is.

A személyi és tárgyi feltételek biztosításával párhuzamosan széleskörű és rendszeres továbbképzési tevékenységet folytattunk, hogy a hálózatban dolgozó orvosok a korszerű diagnosztikai ismereteket és szemléletet elsajátíthassák. Amint azt a 62.sz.tábla adatai mutatják a tbc hálózat orvosai 1950 óta rendszeresen továbbképző tanfolyamokon vettek részt. A legutóbbi évben már 180 orvos továbbképzését biztosítjuk. A szervezett tovább-

képző tanfolyamokon kívül az egyéni továbbképzést is lehetővé tettük. Az orvosokon kívül a röntgen és bakteriológiai vizsgálatokat végző asszisztensnők intézményes továbbképzésére is súlyt helyeztünk.

62. A tbc szakorvosi továbbképző tanfolyamok és a
hallgatók száma 1950-1962 között

Év	Tanfolyamok száma	Résztvett orvosok száma
1950	1	27
1951	4	102
1957	6	115
1962	7	180

f/ T h e r á p i a

A gümőkór gyógyításának szervezése az utolsó évtizedekben a tbc elleni küzdelem egyre jelentősebb részévé vált. Ennek okai a következők voltak:

1/ Az utolsó két évtizedben a gyógyeredményekben igen mélyreható kedvező változások következtek be, melyeket nagyrészt a tbc-baktériumokra hatásos gyógyszerek felfedezésének köszönhetünk. A változás lényege röviden úgy fogalmazható meg, hogy a gümőkór gyógyítható betegség lett. Sikerült elérni, hogy a nem tulságosan későn kórismézett betegek tulnyomó többségét korszerű gyógykezeléssel betegségükből teljesen meg lehet gyógyítani. Az újabb statisztikák pl. Bernard /34/, Böszörményi /50/, Szungyi /465/ azt bizonyítják, hogy a következetesen keresztülvitt

gyógykezelést követő években a betegek több, mint 90 %-án nem került sor újabb fellobbanásra. E vizsgálatok eredményei alapján nem lehet kétséges, hogy a gümőkór gyógykezelése a megelőzés egyik legfontosabb módszerévé vált, és így az a vita, hogy a megelőzés vagy a gyógyítás jelenti-e a tbc elleni küzdelem fontosabb részét, korszerűtlen.

2/ A gümőkór gyógykezelésének szervezése nemcsak eredményessége miatt vált igen jelentős elméleti és gyakorlati problémává. A gyógykezelés eredményessége mellett ugyanis nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a tbc elleni küzdelem e tényezője rendkívül magas költségeket igényel és a tbc-s betegek nagy száma miatt, az egész egészségügyi hálózat számára jelentékeny feladatokat ad. Rendkívüli fontosságot nyert tehát azon módszerek kidolgozása, melyek a gyógykezelés eredményességét viszonylag a legracionálisabban biztosítják.

3/ A gümőkóros betegek gyógyításának helyes megszervezése egyben igen felelősségteljes feladatot is jelent. A therápia eredményességét ugyanis lényegesen csökkenti, ha a beteg gyógykezelése a felismerést követő első 6-8 hónapban nem egészen korszerű. A helytelenül kezelt betegek még ma is gyakran gyógyíthatatlanná válnak, és ezáltal a gyógykezelés célszerűtlen szervezése^a tbc elleni küzdelem számára hatalmas csőd-tömeget eredményezhet.

A gyógykezelés fejlődése hazánkban részben spontán, a hálózatban résztvevő orvosok önálló tevékenysége, részben tudatos irányítás útján ment végbe. A spontán fejlődés jellemzője, hogy a külföldön felfedezett új gyógyszereket, új gyógyító eljárásokat a magyar orvosok is igyekeztek minél előbb átvenni, sőt azokon helyenként javítani.

A gyógykezelés tudatos formálása és szervezése sokirányú tevékenységet igényelt. Ebben a fejezetben elsősorban e tevékenységgel kívánok foglalkozni, és ezzel kapcsolatban három kérdésre kívánok kitérni:

- 1/ Ágygazdálkodás.
- 2/ Az ambuláns kezelés irányelvei.
- 3/ A korszerű intézeti therápia kialakítása.

ad 1/ Az ágygazdálkodás racionális biztosítására irányuló törekvések szoros kapcsolatban állanak a gümőkór intézeti kezeléséről kialakult korszerű felfogással. Ismeretes, hogy a gátlószerek felfedezése előtt, a hosszú ideig tartó gyógyintézeti kezelés jelentette a gümőkór gyógyításának jóformán egyetlen hatásos módját. Az intézeti kezelés a collapsus-therápia bevezetése után sem veszített jelentőségéből, részben azért, mert a collapsus-therápia alkalmazásának legalkalmasabb helye is a gyógyintézet volt.

A gátlószerek felfedezése, különösen a prolongált gyógyszeres kezelés elterjedése óta azonban a gyógyintézeti kezelés abszolút szükségessége vitatottá vált. Bebizonyosodott, hogy a betegek egy része tisztán ambuláns gyógykezeléssel is meggyógyítható, sőt egyes, nagy gondal véghez vitt kontrollcsoportos vizsgálatok arra az eredményre jutottak, hogy ez ugyanolyan gyakran bekövetkezik, mint intézeti kezelés esetén /477,478/. Ugyanakkor számos megfigyelés és tudományos vizsgálat azt is bizonyította, hogy a gyógyeredmények rosszabbak azokon a betegeken, akik előzetes ambuláns kezelés után kerülnek intézetbe, mint azokon, akiket a felismerés után azonnal intézetbe utalnak /112,343,489/. A Dakarban lefolytatott vizsgálatok /404/ is az ambuláns kezelés hátrányos voltát bizonyították.

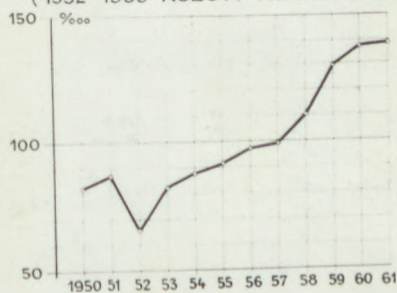
A számos ellentmondó véleményből az kristályosodott ki, hogy gátlószeres kezeléssel, nagy hatásossága következtében, tisztán ambuláns kezeléssel is jelentős eredmények érhetők el, másrészt azonban a kivizsgálás és a gyógykezelés intenzitásának és rendszerességének lehetősége az intézetben sokkal jobb. A betegekkel való pszichés foglalkozás nagyobb lehetősége az intézetben szintén egyik lényeges tényezője annak, hogy az intézeti kezelés eredményei általában felülmulják a tisztán ambuláns gyógyszeres kezelését. Miután az intézeti gyógykezelés előnyeinek a mellőzése elsősorban a frissen felfedezett betegeken járhat súlyos következményekkel, in-

dokoltnak látszik az a célkitűzés, hogy minden új beteg kezelését intézetben kezdjük meg.

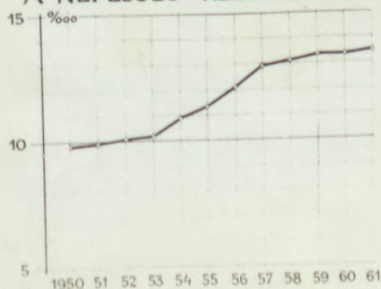
Az intézeti gyógykezelés értékének reális elemzése tehát ahhoz a felismeréshez vezetett, hogy nem indokolt minden gümős folyamat gyógyintézeti kezelése a betegség minden fázisában. Az intézeti gyógykezelésnek határozott indikációi vannak. Minden gümőkóros beteg racionális gyógykezelése csak úgy biztosítható, ha az indikációknak megfelelően, mindegyik beteg csak akkor és annyi ideig részesül gyógyintézeti kezelésben, amikor és ameddig attól haszon várható.

67.sz. ábra

A NYILVANTARTOTT TBC-S BETEGEK
ARÁNYA A NÉPESSÉG TÍEZRELEKÉBEN
(1952-1959 KÖZÖTT KORRIGÁLTAN)



A TBC. ÁGYAK ARÁNYA
A NÉPESSÉG TÍEZRELEKÉBEN



Ágygazdálkodási elveink kialakításakor az objektív adottságokból kellett kiindulnunk. A III/2. fejezetben már rámutattam, hogy ágyfejlesztésünk aránya és üteme nem tudott lépést tartani a szükséglettel, az ágyigény fejlődésével. A gyógykezelés eredményesebbé válása, a növekvő felkutató tevékenység az ágyszükségletet is állandóan fokozta. Jól szemléltethető ez a 67.sz.

ábrán, amely az ágyfejlesztést és a nyilvántartott betegek számának növekedését állítja párhuzamba. Láthat-

juk, hogy az ágylétszám kb. 40 %-os emelkedése alig csökkentette az ágyigényt, mert ugyanakkor a nyilvántartott betegek száma kétszeresére emelkedett /52/. Nagy jelentőséget kellett ezért tulajdonítanunk a racionalis ágygazdálkodási elvek kidolgozásának és azok végrehajtásának. Lényegében két lehetőség között választhattunk. Az egyik az lett volna, hogy a gyógyintézeti ágyakat elsősorban izolálás céljára használjuk fel, vagyis a beutalásra kerülő betegek kiválasztásában és az ápolási idő meghatározásában az epidemiológiai szempontokat tekintjük döntő tényezőnek. Ezt a lehetőséget el kellett vetni. Az ágyak, már említett viszonylag alacsony száma egyrészt nem is tette volna lehetővé, hogy összes Koch-pozitív betegeink akárcsak nagyobb részét állandóan izoláljuk. De ettől függetlenül, az izolálás ilyen formája komoly társadalmi nehézségekkel is járt volna. A legfontosabb érv azonban ezen eljárással szemben, az a már említett tapasztalat volt, hogy ha a gyógyítható betegek nem kerülnek intézetbe vagy az ápolási idejük megrövidül, akkor előbb-utóbb gyógyíthatatlanokká válnak. Ezért azt a lehetőséget kellett választanunk, hogy gyógyintézeti hálózatunkat elsősorban a gyógyítható betegek meggyógyítására állítsuk be. Magyarország ágyellátottságának és epidemiológiai viszonyainak megfelelően a legcélravezetőbb ágygazdálkodási elveknek jelenleg a következőket tartjuk:

a/ Indokolt minden újonnan felfedezett beteg rövid ideig tartó intézeti elhelyezése, ha a gondozói kivizs-

gálás során nehézségek merülnek fel az aktivitás megítélésében. Az ilyen beutalás elsősorban a kivizsgálást, az aktivitás eldöntését célozza. Ilyen esetben már 2-3 heti ápolási időtartam elégséges lehet. Ez idő alatt elvégezhető a diagnózis felállításához szükséges vizsgálatok /röntgenvizsgálatok, tenyésztések levétele, bronchoskópia, stb./.

b/ Az intézeti gyógykezelés legfontosabb feladatának a gyógyítható - Böszörményi és Nyárády /55/ fogalmazása szerint - "megoldható folyamatu" betegek kezelését tartjuk. Megoldható folyamathoz nevezve azokat a kavernás, vagy nagyobb sajtos, gócos infiltratív elemekből álló, feltétlenül aktív elváltozásokat, amelyek előreláthatólag gyógyszeres kezeléssel vagy aktív beavatkozással meggyógyíthatók. Ilyen esetekben az ápolási időtartam a megoldásig szükséges ideig tartson. Megoldáson azt értjük, hogy a betegség olyan fázisba került, amikor a klinikai gyógyulás már további ambuláns gyógyszeres kezeléstől várható. Kavernás betegeken a megoldás egyet jelent a kaverna zárásával, mely tényt azonban rétegfelvétellel és tenyésztésekkel kell igazolni. Nagyfokú regresszió esetén, - Sirály /425/, Katona /202/ vizsgálatai alapján - meghatározott körülmények között, megfelelő ellenőrzés és ambuláns kezelés biztosítása mellett a beteg korábban is kibocsátható.

c/ A megoldhatatlan folyamatu betegek intézeti gyógykezelését, vagyis azokét, akiknek a betegsége gyógy-

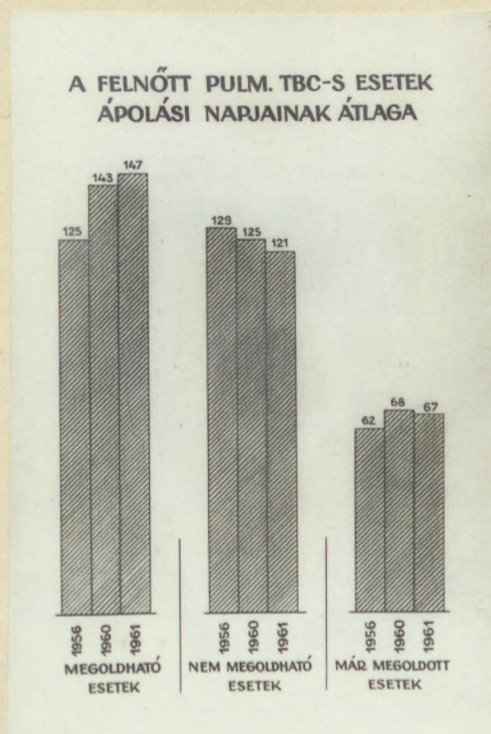
szerrel már nem gyógyítható, és koruk vagy egyéb okok miatt műtét nem végezhető, tehát előreláthatólag életük végéig Koch-pozitívak maradnak, csak bizonyos körülmények között tartjuk szükségesnek. Elsősorban olyankor, amikor az idült, gyógyíthatatlan betegség heveny rosszabbodáson megy keresztül, vagy a beteg átmenetileg, epidemiológiai szempontból a megszokott mértéknél veszélyeztetőbbé válik /környezetébe csecsemő vagy kisgyermek kerül/. Ilyen indikáció esetén az ápolási időtartam 3 hónapnál lehetőleg ne legyen több, mert ez az idő rendszerint elegendő tüneti eredmény eléréséhez. Ez természetesen nem vonatkozik a szociálisan ellátatlan, és egyben megoldhatatlan folyamatu betegekre, akiknek életük végéig szociális otthoni elhelyezésre van szükségük /56/.

d/ Speciális körülmények esetén indokolt a már megoldott folyamatu betegek intézeti gyógykezelése is, meghatározott időre /graviditás, nagyobb mérvű leromlás, stb./. Az ápolás időtartama ilyenkor 1 hó - 6 hét legyen, a beutalási célnak megfelelően.

A beutalási elvek ily módon való meghatározása azt célozza, hogy fekvőbetegintézeteinket elsősorban az újonnan felfedezett és meggyógyítható betegek kezelésére használjuk fel. Fő célkitűzéseink értelmében ezzel megakadályozhatjuk az újonnan felfedezett betegek folyamatának idültté, megoldhatatlanná válását. Az izolálással kapcsolatos feladatok ellátására csak ennek biztosítása

után fennmaradó ágykapacitás használható fel. Ismételten hangsúlyozni szeretném, hogy a gyógyíthatatlan betegek ápolásában tett megszorítások jelenlegi ágyellátottságunk szoros függvénye. Nyilvánvaló, hogy tuberkulózis elleni küzdelmünk következő szakaszában, a morbiditás várható erőteljes csökkenésének arányában, ágynk mind nagyobb hányadát fordíthatjuk majd gyógyíthatatlan betegek izolálására.

68.sz.ábra



Az ágygazdálkodás fenti elveinek érvényesítésében elért kezdeti eredményeket a 68.sz.ábra mutatja. Láthatjuk, hogyha szerény mértékben is, a megoldható folyamatu betegek ápolási időtartama nőtt, a megoldhatatlanoké meg csökkent.

Hasonló irányu fejlődés állapítható meg akkor is, ha a fekvőbetegintézetekből eltávozott betegeket aszerint vesszük számba, hogy először vagy ismételten kerültek-e ápolásra /63.sz.tábla/.

63. A felnőtt tüdőbelágyakról kiírt pulmonális tbc-s
esetek első és ismételt ápolás szerinti megosz-
lása /1960 és 1961/

Év		Első ízben á p o l t a k	Ismételten
1960	szám	10445	13362
	%	44.0	56.0
1961	szám	11336	13772
	%	45.2	54.8

Még kedvezőbb a fejlődés, ha az újonnan felfedezett tü-
dőbetegekre vonatkoztatjuk ezt az arányt /64.sz.tábla/.

64. Az újonnan felfedezett felnőtt tüdő tbc-s betegek
közül a gyógyintézetbe utaltak száma és aránya
/1960 és 1961/

Év	Új felnőtt tüdő tbc-s betegek száma	ebből elsőízben gyógy- intézetbe beutaltak száma	%-a
1960	21063	10445	49.6
1961	20537	11336	55.2

Az ágygazdálkodási elvek érvényesítése azonban nem tar-
tozik a könnyen megvalósítható feladatok közé. Ezt mu-
tatja a 65.sz.tábla adata, amely szerint az intézetek-
ből 1956, 1960 és 1961-ben távozott, megoldható folya-
matu betegek aránya, a nem megoldhatókkal szemben csök-
kent, és ez az arány, ha kismértékben is, de 1961-ben
is tovább romlott.

65. A felnőtt tüdőbelégyszakról kiirt pulmonalis tbc-s
esetek megoszlása /1956, 1960 és 1961/

A folyamat jellege	A betegek %-os megoszlása			Az ápolási napok %-os megoszlása		
	1956	1960	1961	1956	1960	1961
Megoldható	64.9	52.3	48.3	69.5	58.8	56.5
Nem megoldható	21.9	34.7	36.5	23.9	34.1	35.4
Már megoldott	13.2	13.0	15.2	6.6	7.1	8.1
Összesen	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

A racionális ágygazdálkodás egyik fontos feladata volt továbbá a női és férfi betegek részére biztosított ágyak arányának, a járványügyi viszonyoknak megfelelő kialakítása, ill. megváltoztatása. A 66.sz.tábla mutatja az e téren végrehajtott intézkedéseink hatását.

66. A felnőtt tüdő belégyszak nemenkénti arányának
alakulása 1953-1961 között

Év	Férfi	Női
1953	56.9	43.1
1954	57.7	42.3
1955	58.0	42.0
1956	58.7	41.3
1957	60.3	39.7
1958	60.9	39.1
1960	66.7	33.3
1961	67.9	32.1

Az ágygazdálkodás kérdéséhez tartozik a felnőtt és gyermek-ágyak arányának helyes meghatározása is. A felszabadulás utáni időszak egyik alapvető követelménye volt a gyermektbc elleni küzdelem fokozása. Ezért ezen időszakban nagy gondot fordítottunk a gyermek ágyak növelésére. A gyermekek morbiditásában 1958 óta megfigyelhető csökkenés azonban lehetővé, illetve már szükségessé tette a gyermek-ágyak egy részének felnőtt-ágygá való átszervezését /67.sz.tábla/.

67. Gyermektbc ágyak száma 1947-1962 között

Év	Ágyak száma
1947	478
1950	1345
1959	1978
1960	1968
1961	1788
1962	1567

Fenti adatokból kitűnik, hogy az ágygazdálkodás kérdésével a következő években is tervszerűen és céltudatosan kell foglalkoznunk.

ad 2/ Az ambuláns kezelés irányelvei. E fejezet bevezetőjében már rámutattam arra, hogy - a tbc korszerű kezelési elveinek megfelelően - a gyógyintézeti kezelést csak a beteggyógyítás egyik szakaszaként értékelhetjük. Az ambuláns kezelés elveinek meghatározásánál természetesen az ágy-adottságokból következő objektív lehetőségeket is mindenkor figyelembe kellett vennünk. Az első időszakban, amikor az ágyak száma még igen alacsony volt, széleskörű ambuláns kezelési lehetőséget kellett biztosítani. Ez elsősorban abban nyilvánult meg, hogy a gondozók csaknem korlátlan mennyiségben rendelkeztek elsőrendű antituberkulotikumokkal. Az ágy-helyzet javulásával párhuzamosan azonban az ambuláns kezelés indikációit is szűkebbre lehetett, és kellett is szabni.

Jelen epidemiológiai- és ágy-helyzetünkben az újonnan felfedezett beteg gyógykezelésének ambuláns megkezdé-

sét, az előbbieken kifejtett nemzetközi és hazai tapasztalatok alapján, helytelennek kell minősíteni. Ezért a legutóbbi évek tudományos és továbbképző tevékenységünk egyik legfontosabb irányelve az volt, hogy az újonnan felfedezett beteget, ambuláns előkezelés nélkül, minél előbb intézetbe kell utalni. Fenti elv természetesen nem jelenti azt, hogy egyes kivételes esetekben, amikor a beteg számára pszichés vagy gazdasági okokból az intézeti kezelés nagy megpróbáltatást jelentene, kivételképpen ne lehetne módot adni ambuláns kezelésre is.

Az ambuláns therápiás tevékenység legfontosabb indikációs területeként, az intézetből megoldott folyamattal kibocsájtott beteg utókezelését jelöltük meg. Természetesen a gondozó feladata maradt továbbra is az otthon ápolt megoldhatatlan folyamatu betegek tüneti kezelése. Az ambuláns kezelés fentiekben megfogalmazott indikációs elveit a gyakorlatban igen nehéz érvényre juttatni. Egyes gondozók ma is előszeretettel foglalkoznak az újonnan felfedezett beteg kezelésével. Ebben több körülmény játszik szerepet:

a/ A viszonylag szerény ágylétszám éveken át megnehezítette a friss folyamatu betegek intézeti elhelyezését, különösen addig, amig az intézeti kezelés indikációinak szabályozása nem történt meg.

- b/ A friss folyamatu betegek gyógyszeres kezelése, az esetek egy részében, ambulánsan is eredménnyel járhat. Ez természetesen a gondozókat arra ösztönözte, hogy gyógykezelésükkel sikert érjenek el.
- c/ Az intézeti kezeléssel együtt járó gazdasági és pszichés hátrányok a betegek egy részét intézeti elhelyezésük megtagadására bírta, főleg addig, amíg az említett okok ellen nem vettük még fel a küzdelmet.
- d/ Egyes esetekben a gondozó orvosok nem kívánatos anyagi érdekeltsége is szerepet játszott abban, hogy betegeiket ambulánsan kezeljék.

E visszasságok kiküszöbölése és az ambuláns kezelésben kialakított álláspont érvényesítése, az ágyak számának növekedésével párhuzamosan, az elkövetkező évek egyik alapvető feladata lesz.

ad 3/ A korszerű intézeti therápia kialakítása. A szocialista egészségügy egyik jelentős előnye, hogy lehetővé teszi a gyógykezelési elvek központi kialakítását, és ezen elveknek a gyakorlatban való érvényesítését. Ehhez hozzá kell még tenni, hogy a szocialista egészségügyi intézményekben nagyjából hasonló színvonalu legyen a betegellátás, mert különben a területi betegellátás elve, az egészségügyi szempontból kedvezőtlenből ellátott lakosságot hátrányosan érintené.

A tbc elleni küzdelem vonatkozásában, Magyarországon már igen korán találkozunk azzal a törekvéssel, hogy az intézeti gyógykezelés helyes elvei közös munka eredményeként alakuljanak ki, és a bevált módszereket minden intézetben elsajátítsák. Már a korszerű tuberkulózis therápia kialakulásának kezdetén, 1949-ben összehívott hegyfalui konferencia is azt a célt tűzte maga elé, hogy a gyógyszeres kezelés és a sebészi therápia minden intézetben követendő alapelveit kidolgozza.

A gyógykezelési elvek központi irányításának módszereit azonban csak az Országos Korányi Tbc Intézet megszervezése után alakíthattuk ki az Intézet kollektívája és más vezető szakorvosok segítségével. Ahhoz, hogy az intézeti gyógykezelést tervszerűen irányíthassuk, megfelelő statisztikai adatokkal kellett rendelkezünk az egyes intézetek gyógyító tevékenységéről. Hangsúlyozni szeretném, hogy bár - mint erre később kitérek - ez irányu tevékenységünk komoly sikerrel járt, törekvéseink semmi esetre sem tekinthetők lezártaknak.

A gyógygyermények statisztikai értékelése csak korlátozott mértékben lehetséges, mert azt nagyon nehéz számokban kifejezni. A gyógygyermények statisztikai adatszolgáltatásának sok buktatója van. Valamely intézet munkájáról összeállított számszerű adatok ugyanis, a körülményektől függően, jó és rossz munkát egyaránt takarhatnak. Pl. az, hogy mennyi a műtétek száma, nem lehet értékmérője az intézet működésének, a műtéti ered-

mények ismerete nélkül. De a műtéti eredmények azonos-sága is különböző minőségű munkának felelhet meg, ha nem azonos a beteganyag. A beteganyag pedig szintén nehezen jellemezhető számokkal, mert a kórformák szerinti megoszlás értékelése megmutatta, hogy egy kórformán belül is különböző betegcsoportok találhatók. Olyan tényezőknek továbbá, mint a beteg életkora, a folyamat kiterjedése, stb. szintén nagy szerepük van a gyógyeredmények alakulásában.

A nemzetközi és hazai irodalomban kevés olyan munka található, amely a gyógyintézetek gyógyeredményeivel foglalkozik, és még kevesebb az olyan, amely több intézet, illetőleg egy ország valamennyi fekvőbetegintézetének gyógyeredményeit hasonlítja össze és értékeli. A magyarországi fekvőbetegintézetek munkáját elsősorban az 1951/52-ben végzett brigádvizsgálatok tapasztalatai alapján értékeltük /295/, ekkor még statisztikai adatok nélkül. A fekvőbetegintézetek statisztikai adatszolgáltatása 1953-ban nyert bevezetést, s ennek alapján Nyárády, Sirály és Németh /330/ értékelte is hazánk összes felnőtt tüdőbetegeket kezelő osztályainak /intézeteinek/ szanációs tevékenységét. Megállapították, hogy a kavernával felvett betegeken, távozásukig, csak 40 %-ban sikerült kavernazáródást elérni. A Koch-pozitívan felvett betegek közül pedig 53.2 % vált Koch-negatívvá. A régebben használatos nomenklátura szerint nagyfokban javultak és javultak aránya pedig 57.4 % volt. 1955-ben Sirály és Németh /426/ igyekez-

tek összképet adni a magyar gyógyintézetek szanációs tevékenységéről. A közölt eredmények a megelőző év adataitól nem sokban tértek el. Ezek az értékelések azonban még nem adtak lehetőséget arra, hogy az egyes intézetek tevékenységét összehasonlíthassuk és értékelhessük, mert egyrészt a statisztikai adatszolgáltatás nem volt tekintettel az intézetek különböző beteganyagára, másrészt a szanáció megítélésében a szubjektíven értékelhető gyógyult és javult fogalmakat használták. E viszonylag kevés sikerrel járó próbálkozás után, 1956-ban új statisztikai elvek kidolgozására került sor. Az Országos Korányi Tbc Intézet metodikai osztálya, 15 orvos közreműködésével feldolgozta az 1956-os év első 9 hónapjában elbocsájtott 13802 beteg adatait, az intézeti zárójelentések alapján.

A beteganyagot megoldható, nem megoldható és már megoldott folyamatu kategóriákba osztották, s ebből csak a megoldható folyamatu betegek adatait dolgozták fel részletesebben. E vizsgálat eredményét Böszörményi és Nyárády /55/ foglalták össze. Megállapították, hogy a megoldható folyamatu 8952 beteg közül 41 % /3661/ távozott megoldott folyamattal, 59 % pedig a megoldást nem várta meg. Az 5520 kavernás betegből 31.6 % távozott kaverna nélkül és 32 % Koch-negatívan. A megoldatlan folyamattal távozók fele önkényesen vagy fegyelmi úton hagyta el az intézeteket, a másik fele pedig orvosi beleegyezéssel. E feldolgozás nagy elő-

nye volt, hogy a gyógyeredményt azonos beteganyagon vizsgálták.

Fenti felmérés alapján, új statisztikai adatszolgáltatási rendszert dolgoztunk ki, mely minden osztály vezetője részére lehetővé tette saját tevékenységének értékelését, vagyis, hogy a saját maga által megoldhatónak ítélt betegek közül hány esetben sikerült megfelelő eredményt elérnie, milyen arányu volt a sikertelenség és mi volt annak oka?

A statisztikai felméréseken kívül, számos értékes adatot szereztünk gyógyintézeteink tevékenységéről személyes tapasztalat útján is, a szakszervezet, majd később az Egészségügyi Minisztérium által szervezett tapasztalatcserék, illetve brigádellenőrzések során. E tapasztalatok igen hasznosnak bizonyultak, ezért szükségesnek látszott rendszeressé és szervezetté tételük. Az Országos Korányi Tbc Intézet methodikai osztályának vezetésével 1952-ben ún. területi munkatársi hálózatot szerveztünk. A területi munkatársak a helyszínen segítettek és ellenőrizték a hozzájuk tartozó megyében vagy intézetben a központilag kialakított terápiás, profilaktikus és szervezési elvek megvalósítását /360/. A területi munkatársi hálózatban működő szakorvosok száma 1961-ig 60-ra emelkedett. Egyes megyékben a nagyobb intézetek orvosait is bevontuk e területi munkába /Miskolc, Debrecen, Mátraháza, stb./, másutt fiatalabb orvosokat adtunk segítségképpen a területi munkatársak mellé.

A központilag kialakított elvek gyakorlati érvényesítését szolgálták a már említett, az Országos Korányi Tbc Intézet által kiadott módszertani levelek is.

A statisztikai adatszolgáltatások elemzéséből és a személyes tapasztalatokból az intézeti kezelés megjavításának három alapvető iránya alakult ki:

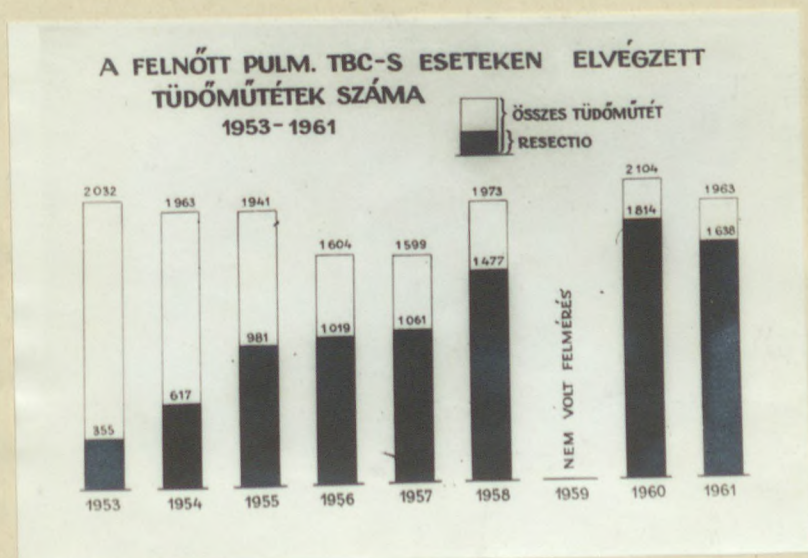
- a/ A gátlószeres kezelés feltételeinek biztosítása és a gyógyszeres kezelés helyes módszereinek a gyakorlatba való átvitele.
- b/ A korszerű sebészi kezelés kiépítése.
- c/ Az intézeti ápolás pszichés és gazdasági nehézségeinek megszüntetése.

ad a/ A gyógyszeres kezelés feltételeinek biztosítása komoly anyagi áldozatot kíván. Az antituberkulotikumok felfedezése előtt a betegek gyógyszeres kezelése nem jelentett anyagi megterhelést, viszont az újabb /másodrendű/ gátlószeres felfedezése a gyógyszeres kezelés kiadásait annyira megnövelte, hogy az az ápolási önköltségnek már csaknem 20 %-át teszi ki. A gyógyszer-költségek biztosításán kívül, az antituberkulotikumok hazai gyártása jelentett még komoly megoldandó feladatot. Ezzel gyógyszergyáraink többé-kevésbé megbirkóztak. Hazai gyógyszer-ellátásunk azonban még jelen pillanatban sem mondható teljesen kielégítőnek, mert az elsőrendű antituberkulotikumokon kívül, az idült

beteg kezelésében nélkülözhetetlen újabb gátlószerek csak import útján biztosíthatók, ami az anyagi kihatáson túlmenően azt is eredményezi, hogy a felmerülő igényeket megfelelő mértékben kielégíteni nem tudjuk. A gátlószerek felfedezése a tüdőgyógyászokat természetesen felkészületlenül érte. A külföldi irodalmi tapasztalatok ellenére is komoly nehézséget jelentett a gyógyszeres kezelés indikációinak megállapítása, és azok betartása. Az 1945-ös évet követően, a streptomycinnek helyes indikációk alapján történő alkalmazása érdekében kórházainkban bizottságokat hoztunk létre. A továbbiakban a gyógyszerelés helyes elveinek kialakítása már nagyrészt a kutatás és továbbképzés feladata lett.

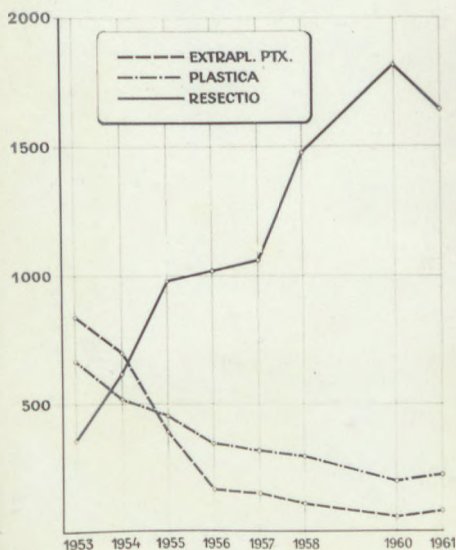
ad b/ Az aktív beavatkozások alakulását a 69.sz. ábra adatai mutatják.

69.sz. ábra



70.sz. ábra

A FELNŐTT PULM. TBC-S ESETEKEN
ELVÉGZETT SEBÉSZETI BEAVATKOZÁSOK SZÁMA
1953-1961

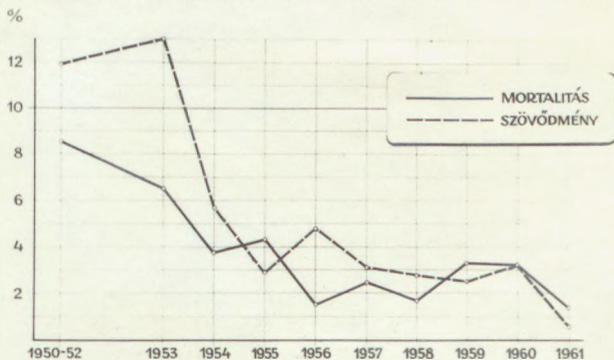


Magyarországon 1953 óta a leggyakrabban végzett tüdőműtét, tuberkulózis esetén a tüdőrezekció /70.sz. ábra/. Az indikációk kezdettől fogva józan elvekre alapultak. A műtéti indikációk tulnyomó többsége azon esetek közül került ki, amikor gyógyszeres kezeléssel a kavernát megszüntetni nem sikerült. Kavernazáródás után

viisszamaradó kicsiny, Koch-negatív reziduális gócok eltávolítását a magyar tüdőgyógyászok sohasem tartották indokoltnak. Különböző vizsgálatok Krüger, Vance /256/, Brouet, Marion /63/, azt bizonyították ugyanis, hogy az említett gócok eltávolítása sem csökkenti a recidiva lehetőségét. Másrészt Magyarországon, a kavernás betegek rossz prognózisa miatt, már a tüdőrezekciók elterjedése előtt is intenzíven foglalkoztak a hátaresetek műtéti megoldásával /483/. Ez azzal az eredménnyel járt, hogy egyes sebészeti osztályokon viszonylag hamar sikerült nagy műtéti számra szert tenni és alacsony mortalitást és szövődményszámot elérni /71.sz. ábra/. Az utóbbi években a végzett műtétek száma kissé mértékben csökkent, ami részben a gyógyszeres kezelés korszerű módszereinek általánosabb elsajátításával, részben a kavernás betegek relative jobb prognózisa

71.sz.ábra

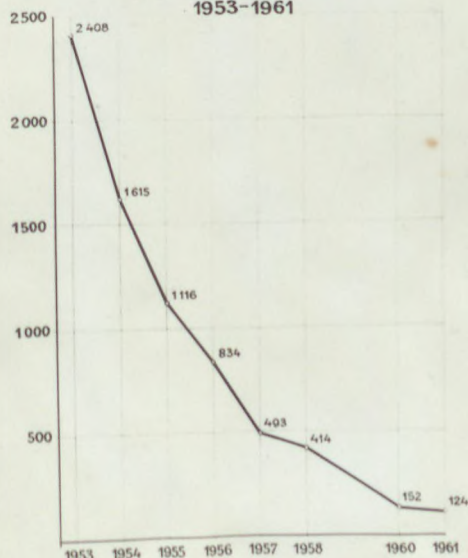
A MŰTÉTI MORTALITÁS ÉS SZÖVŐDMÉNY %-OS
ALAKULÁSA AZ ORSZÁGOS KORÁNYI TBC. INTÉZETBEN



van összefüggésben. A sebészi collapsus-therápia hát-
térbe szorult /70.sz.ábra/. Erre a beavatkozásra, ha-
zai felfogás szerint elsősorban akkor van szükség, ha
a tüdőrezekció ellenjavalt. A légmellkezelt betegek
száma - az eredményes gyógyszeres kezelés elterjedése
folytán - nálunk is nagy mértékben csökkent. A 72.sz.
ábrán látható, hogy pl. ezt az eljárást 1961-ben mind-
össze a betegek 0.6 %-án alkalmazták /51/.

72.sz.ábra

A FELNÖTT PULM. TBC-S ESETEKEN A
GYÓGYINTÉZETEKBE BEVEZETETT PTX.
KEZELÉSEK SZÁMA
1953-1961



ad c/ Említettük, hogy az intézeti gyógyeredmények értékelése feltárta, hogy a gyógyítható betegek elég jelentős része folyamatának megoldása előtt hagyja el az intézetet. Miután ebben a betegek anyagi körülményei, valamint az a tény is szerepet játszott, hogy intézetekben fekvő betegekkel való törődés nem volt megfelelő, széleskörű gazdasági intézkedéseket valósítottunk meg és igyekeztünk a betegek önkényes távozásra ösztönző egyéb okokat is megszüntetni. A legfontosabb gazdasági intézkedések a következők: az ápolás ingyenessé tétele, az intézeti kezelésben részesülő biztosított betegek táppénzkiegészítése, illetőleg rendkívüli gazdasági segélye, az intézetek felszerelésének és létszámellátottságának javítása. A szervezeti intézkedések közül nagy jelentőséggel bír a szociális és kulturális szolgálat, a foglalkoztatásos therápia, a gyógytorna és fizikótherápia fejlesztése. Új intézeti típusok is kialakultak /nappali szanatórium, kivizsgáló osztály, alkoholelvonó osztály/ és végül megteremtettük a kötelező intézeti kezelés lehetőségét.

A továbbképző tanfolyamokon is nagy szerephez jutottak a szanáció megjavítása érdekében szükségesnek tartott szakmai és szervezési feladatok, hiszen a siker mindenkor a gyógykezelést végző orvosok megfelelő szemléletének kialakításától függ /307/. Az intézetek szanációs tevékenységének megjavítása érdekében tett intézkedések hatásosságát az alábbi adatok szemléltetik. A megoldható folyamatu esetek gyógyeredményeit a 68.sz.tábla mutatja /328/.

68. A megoldható folyamatu pulmonalis tbc-s esetek
gyógyeredménye

100 megoldható eset közül	1956-ban	1960-ban	1961-ben
Megoldott	40.9	59.9	66.1
Nem megoldott	59.1	40.1	33.9

Hasonlóképpen kedvezően alakult a kavernás betegek szanációja is /69.sz.tábla/.

69. A kavernás tbc-s betegek gyógyintézeti szanációja

100 megoldható kavernás folyamat közül	1956-ban	1960-ban	1961-ben
Megoldott:			
konzervatív kezeléssel	15.6	29.7	37.6
műtéttel	16.0	19.6	19.0
együtt	31.6	49.3	56.6
Nem megoldott	68.4	50.7	43.4

Kedvező jelenség a fegyelmi uton és önkényesen távozók számának a csökkenése /70.sz.tábla/.

70. A nem megoldott pulmonalis tbc-s esetek távozá-
sának oka az összes megoldható eset %-ában

A kiírás /távozás/ oka	1956-ban	1960-ban	1961-ben
Orvosi hozzájárulással	30.3	25.9	24.4
Fegyelmi okból	4.4	3.4	2.4
Önkényesen	24.0	10.6	6.6
Meghalt	0.4	0.4	0.5
Együtt	59.1	40.1	33.9

Míg 1956-ban az önkényesen és fegyelmi uton távozott betegek aránya 28.4 % volt, 1961-ben ezek aránya 9 %-ra csökkent.

Fentiekben csak fő vonalakban adhattam számot arról a tevékenységről, amelyet a gyógyeredmények javítása, és tudatos irányítása érdekében kifejtettünk. A korszerű és eredményes gyógykezelés tömeges alkalmazásának megszervezése igen nehéz egészségügyi, szervezési feladatot jelent. E tevékenység során ugyanis számos, a kezelő orvos és a beteg részéről megnyilvánuló szubjektív szempontot /bizalom, etika, stb./ is tekintetbe kell venni. Az ágygazdálkodásra, a beutalásra, az ambuláns kezelésre vonatkozó elvek érvényesítése, valamint az intézeti kezelés további javítását célzó tevékenységünk eredményeinek tudományos értékelése szabja meg az elkövetkezendő évek feladatait is.

g/ R e h a b i l i t á c i ó

Rehabilitáción részben orvos-egészségügyi, részben azon egyéb jellegű intézkedések összességét értjük, amelyek célja a gyógyult vagy csökkent munkaképességű betegeket fokozatosan visszavezetni a társadalomba, mégpedig élet- és munkakörülményeiknek olyirányu befolyásolásával, hogy az elért gyógyeredmény tartóssá váljék. A rehabilitációnak tehát megelőző jelentősége is van, mert a betegek visszaesésének megakadályozásával megelőzzük az újabb megbetegedések létrejöttét.

Magyarországon intézményes rehabilitációs tevékenység tulajdonképpen csak a felszabadulás után kezdődött.

Az azt megelőző időből az iskolaszanatóriumok érdemének említést, amelyek szűk körre terjedően biztosították az iskolás korú tbc-s gyermekek továbbtanulását kezelésük időtartama alatt is. Néhány intézetben - elsősorban az I. világháború alatt működő, katonákat ápoló intézményekben - próbálkoztak Bence /24/, Pekanovich /363/, Szarvas /447/, Barát /18/, Genersich /146/, Gárdi és Vas /141/ az intézeten belüli munkatherápia meghonosításával. E kísérletek azonban rövid idő után abbamaradtak.

Ezért szinte teljesen új feladatkörként jelentkezett a tbc-s betegek rehabilitációjának megszervezése. A rehabilitáció magyar irodalmát Vas /485/ foglalta össze monográfiájában. Ezen kívül Aradszky /4/, Rózsa /403/, Korányi /234, 235/, Kiss /215/ és Leitner /265/ ismertették egy-egy rehabilitációs intézményünk tevékenységét. Az eddig elért eredményeket az alábbiakban foglalhatjuk össze.

A Népgazdasági Tanács 1951-ben megjelent határozata 557 munkakört sorol fel, amelyekben lehetőleg csökkent munkaképességű dolgozókat kell foglalkoztatni. E rendelkezés - bár végrehajtása nem volt kötelező jellegű, és nem is ellenőrizték azt - jelentős kezdeti lépés volt a csökkent munkaképességűek foglalkoztatását illetőleg, s ezen belül a csökkent munkaképességű tbc-s betegek rehabilitációja tekintetében is. A tbc-s betegek rehabilitációjának érdekében több különböző típusú rehabilitációs intézményt hoztunk létre.

I. Iskolai tanulók rehabilitációja:

Az iskolaszanatóriumi hálózat bővítése lehetővé tette, hogy valamennyi tbc-s általános-, és középiskolai tanuló folytathassa tanulmányait. A tbc-s főiskolai hallgatók részére pedig a Művelődésügyi Minisztérium tart fenn éjjeli szanatóriumot Budapesten, hogy szakorvosi felügyelet mellett, szanatóriumi környezetben végezhessek egyetemi tanulmányaikat.

II. Bentlakásos átképző intézetek:

Az első új típusú rehabilitációs intézményt a budakeszi Fodor József Tbc Szanatóriumban szerveztük meg 1951-ben. A szakképesítéssel nem rendelkező, vagy eredeti foglalkozásukat folytatni nem tudó betegek kiképzése, illetve átképzése céljából műszerészképző ipari-tanuló-intézetet létesítettünk. A tanfolyam időtartama kezdetben 10 hónap volt, később 2 évre emeltük fel, hogy a hallgatók magasabb szakképzettséget szerezhessenek. A hallgatók életkora 18-30 év között váltakozott. A munkaidő kezdetben 8, később 6 óra lett. A hallgatók ingyenes kollégiumi elhelyezésben, orvosi ellenőrzésben, szükség szerint gyógykezelésben részesülnek. Élelmezésüket csak részben térítik meg, s havonta 500-700 forintig terjedő bért kapnak. A tanfolyam öneállató, bevétele meghaladja az állami támogatás összegét. A tanfolyam hallgatóinak száma jelenleg 45 fő. Eddig 11 tanfolyamon összesen 313 rehabilitált beteg nyert műszerész szakképesítést. Papp és

munkatársai /349/ 159 rehabilitált műszerész későbbi sorsát vizsgálva megállapították, hogy 10 év után csak 7 nem dolgozott a szakmában, 3 recidivált, 1 pedig cor pulmonáléban meghalt.

1957 és 1958-ban 2 újabb kiképzést, ill. átképzést szolgáló rehabilitációs intézetet szerveztünk. A 80 ágyas mórakalmi intézetben lakatos, esztergályos, asztalos, mázoló, fényező, cipész, cipész-felsőrész készítő és női szabó szakmák sajátíthatók el. A miképcsii intézetben lakatos, szabó és cipész szakmákban szerezhető szakmai képesítés. A munkaidő ezekben az intézetekben 6 óra /4 óra a gyakorlati és 2 óra az elméleti kiképzés/. Egy-egy tanfolyam időtartama 2-3 év, a választott szakmától függően. A hallgatók havi 140.- forint zsebpénzt kapnak.

A bentlakásos átképző intézmény előnye, hogy:

- a/ a beteg egészségi állapotának megfelelő életmód és az állandó orvosi ellenőrzés ily módon biztosítható legjobban,
- b/ a megterhelés az egészségi állapothoz igazítható, és fokozatosan emelhető.

Hátránya viszont, hogy:

- a/ az ágykeret adta korlátok miatt, csak viszonylag kevés beteg részére nyújt rehabilitációs lehetőséget,

b/ a hosszú intézeti gyógykezelés után még további 2-3 évre elszakítja a beteget családjától és a társadalomtól. Továbbá, a betegek egy része - megszokva az intézeti életmódot s a róluk való gondoskodást - munkába állításuk után nehezen küzd meg akár az élet egyszerű problémáival is.

III. Intézeti gyógykezeléssel egyidejű átképzés:

Az első, nem rehabilitációs intézetben megszervezett átképző tanfolyam, az Országos Korányi Tbc Intézetben indult be, a Központi Statisztikai Hivatal közreműködésével, 1952-ben. Az összesen 5 iparstatistikusi szaktanfolyamon 301 kezelés alatt álló beteg vett részt. A tanfolyamot azonban csak 117-en végezték el. A nagyarányú lemorzsolódást nem a tananyag nehézsége vagy az esetleg közben fellépő egészségügyi ártalom okozta, hanem a betegek gyógykezelésének a megszakadása /távozás vidékre, műtéti beavatkozás, stb./. A tanfolyamot végzett betegek 60-70 %-a statisztikai munkakörben helyezkedett el.

IV. Munkaviszony melletti átképző-tanfolyamok:

Az ápolónőképző iskolák korlátolt felvevőképessége szükségessé tette munka melletti ápolónőképző tanfolyamok szervezését. A gyógyult tbc-s nőbetegek rehabilitációjának elősegítése és egyben az épülő tbc-intézetek megfelelő ápolónő ellátását biztosítandó, 1958-ban, kísérletképpen, az Országos Korányi Tbc Intézetben munka melletti ápolónőképző iskolát szer-

veztünk. A tanfolyam időtartama kezdetben 2 év volt, majd később 3 év lett. Az iskola hallgatói kezdettől fogva részt vesznek a gyakorlati munkában. Beosztásuk olyan, hogy munkaidejük egy részét tanulással tölthetik. Az ápolónőjelöltek tanfolyamos ápolónői fizetést kapnak /800-900 Ft-ot + 30 % veszélyességi pótlékot/. Többségük részére szálláslehetőség is biztosítva lett /nővérszálláson/.

Az első tanfolyam jó tapasztalataitól vezérelve /jó szaktudás, magasfoku hivatástudat, kisarányu lemorzsolódást, stb./ számos vidéki intézetben is szerveztünk hasonló tanfolyamokat. A tanfolyamok adatait a 71.sz. tábla tartalmazza. A kísérlet bevált, ezért a tbc-intézetek nővérszükségletét a jövőben is munka melletti rehabilitációs ápolónőképző-iskolák útján kívánjuk biztosítani.

A tbc-s nőbetegek igen jól rehabilitálhatók a tbc-gondozóintézeti asszisztensi munkakörben is. Erre az új állások betöltésénél tekintettel voltunk. A szakképesítést szintén munka melletti tanfolyam keretében szerzik meg.

71. A rehabilitációs ápolónőképző tanfolyamok
hallgatóinak száma 1958-1962 között

A tanfolyam ideje és helye	A felvett hallgatók száma	Kimaradtak recidiva egyéb ok miatt	Végzettek száma	
<u>1958-60:</u>				
Korányi Intézet	45	2	3	40
<u>1959-61:</u>				
Korányi Intézet	42	-	6	36
Tüdő Klinika	15	-	-	15
Csákvár	20	1	4	15
Debrecen	21	-	2	19
Gyula	24	1	5	18
Hódmezővásárhely-	20	-	5	15
Deszk-Makó	21	2	-	19
Miskolc	22	3	2	17
Szolnok-Ujszász	20	3	4	13
Szombathely	205	10	28	167
Együtt				
<u>1961-64:</u>				
Csákvár	22	-	-	
Szekszárd	18	-	1	
Szombathely	20	-	4	
Együtt	60	-	5	
<u>1962-65:</u>				
Korányi Intézet	31	-	2	
Szolnok	20	-	-	
Kocsord	20	-	-	
Szombathely	20	-	-	
Kaposvár	20	-	-	
Miskolc	20	-	-	
Együtt	131	-	2	
Összesen	441	12	38	-

Munka melletti átképzésre az iparban is van lehetőség. A szakmunkáshiány pótlására számos gyár munka melletti egy éves szakmunkásképző tanfolyamot indít. A hallgatók már képzésük időtartama alatt is segédmunkás-fizetést kapnak,

amely az elvégzett munka arányában még ki is egészülhet. E tanfolyamok többféle, jó keresetet biztosító szakmát adnak a gyógyult tbc-s betegek kezébe. Ilyen például a szerszámgépiparban az '5 kg-on aluli munkadarabokon végzett esztergályos munka. E lehetőséggel élve, a Csepeli Vasmű Szerszámgépgyárában, 22 fővel megindítottuk, 1961-ben az első esztergályos tanfolyamot tbc-rehabilitáltak részére. Átlagkeresetük eléri a havi 1350 forintot. A tanfolyamról 5 fő különböző, nem egészségügyi okokból kimaradt, 17-en azonban eredményesen tanulnak. Recidiva nem fordult elő. A tanfolyam időtartama alatt a munkaidő-kiesés /betegség, baleset miatt/ a szokásosnál nem nagyobb. A közben lefolytatott elméleti vizsgákon 14 hallgató megfelelt, hármat pedig pótvizsgára utasítottak. A vállalat vezetése részéről mutatkozó kezdeti ellenállás - félelem a volt betegektől -, a tanfolyam eredményessége láttán megszűnt. Ez évben újabb tanfolyam indult.

Sokáig a mezőgazdaságban dolgozók átképzése megoldhatatlan feladatnak látszott. A kisárutermelő mezőgazdaságban, a munka idényjellege miatt, a gyógyult tbc-s betegnek is naponta 12-14 órát kellett dolgoznia, kitéve az időjárás viszonyosságainak. A szocialista tulajdonviszonyok a mezőgazdaságban is megteremtették a csökkent munkaképességű dolgozók megfelelő munkalehetőségeit. A mezőgazdaságban is megkezdődött a nagyarányú szakmunkásképzés. A tanfolyamokon 32 év a korhatár. A VIII. általános osztállyal nem rendelkezők közben az általános iskolát is

elvégezik. A tanfolyamok hallgatói általában 8 hónapot dolgoznak abban az állami gazdaságban vagy termelőszövetkezetben, amellyel szerződést kötöttek. Állami gazdaságban a szakmunkásbér 60-80 %-át elérő fizetést, tsz-ben pedig a teljesített munkaegység értékét kapják. Évenként 3 hónapon keresztül elméleti tanfolyamon vesznek részt. Ez idő alatt ösztöndíjban részesülnek. Egy hónap fizetett szabadságot is kapnak. Három év után szakmunkás vizsgát tehetnek. A mezőgazdasági szakmunkáshiány lehetőségét adott arra, hogy gyógyult tbc-s betegek is felvételt nyerjenek a tanfolyamokra, a tbc-s betegek részére megengedhető foglalkozási ágakban /kertészet különböző ágai, faiskolakezelés, disznóvénytermelés, kertépítés, kisállattenyésztés, stb./. A hallgatók a tanfolyam elvégzése után, mint szakképzett munkaerők brigádvezető vagy más irányító munkakörben, jól jövedelmező tevékenységben foglalkoztathatók. Az első ilyen mezőgazdasági rehabilitációs tanfolyamot 1962-ben indítottuk be 15 fővel. A tanfolyamra felvett 15 hallgató közül 9 zöldségtermelő és hajtató, 4 gyümölcs- és faiskolakezelő, 2 disznóvénytermelő és kertépítő szakot tanul. A három hónapos elméleti képzés alatt gyógyintézetben nyernek elhelyezést, és ezzel a megfelelő orvosi ellenőrzésük és esetleges szükséges utókezelésük biztosított. Az első tanfolyam a szentgotthárdi iskola-szanatóriumban volt és jó eredménnyel zárult /286/.

A munka melletti átképzés mind a betegek, mind a népgazdaság érdekében való és előnyös, mert:

- a/ a betegek széles rétegei számára biztosítja a rehabilitáció lehetőségét,
- b/ lehetővé teszi a gyógyult tbc-s betegek képzését lakhelyükön, eredeti foglalkozási körükben,
- c/ az átképzés ideje alatt a betegeknek rendszeres keresetük van,
- d/ nem igényel költséges átképző-intézeteket.

Hátránya a munkaviszony melletti rehabilitációs tanfolyamoknak viszont, hogy:

- a/ a betegek munkaterhelése kevésbé irányítható,
- b/ egészségi állapotuk rendszeres ellenőrzése csak gondozói felügyelet formájában biztosítható.

V. Rokkant betegek foglalkoztatása:

A véglegesen csökkent munkaképességű, rokkant tbc-s betegek rehabilitációja terén is rendelkezünk szerény kezdeti tapasztalatokkal. A fővárosi tanácshoz tartozó Vasipari Tröszt vállalatoként, 1953-ban, Műszerkészítő és Javító Vállalat létesült tbc-s rokkantak részére. A kezdő létszám 56 fő volt. A Vállalat 1955-ben és 1957-ben egy-egy új teleppel bővült, és létszáma 1958-ra 300 fölé emelkedett. Az idők során, a tbc-s betegek foglalkoztatására alkalmatlan szifonfej és fémtömegcikk készítése helyett különböző elektromos cikkek /őr-lőmalom és kismotor tekercselés/ gyártására tértek át.

A Vállalat 1962-ben tovább bővült, egy új, 100 munkást
hygiénés munkakörülmények között foglalkoztatni tudó
műhelyrészleggel. A Vállalat jelenlegi létszáma 510
fő, akik 75 %-a bérkiegészítésben részesülő rehabili-
tált, 25 %-a pedig egészséges.

Kedvezően alakult a betegség miatti munkakiesések ará-
nya is. 1958-ban ez még sokszorososa volt az egészséges
dolgozókat foglalkoztató üzemekének, 1961-ben már csak
néhány %-al haladta ezt meg /átlagban a munkanapok 5-6
%-át teszi ki/.

A Vállalat termelési értéke az 1954-ben elért 100.000
Ft-ról, 1962-ig 20 millió Ft-ra emelkedett. Gazdálkodá-
sa javult, de még mindig veszteségesen működik. Emiatt
az állam veszteségtérítésben részesíti, melynek össze-
ge évente több millió forintot tesz ki.

A feladat újszerűsége a vállalatvezetést különböző ne-
hézségek elé állította. Ezek között meg kell említeni a
tervkötelezettséget, a munkanormák szerinti bérezést,
a megfelelő termelési profilok biztosítását és ezek
egyeztetését a rehabilitáltak érdekeivel. Nem tisztá-
zott még többek között az sem, hogyan történjen a fel-
vételre kerülők kiválasztása, esetleges elbocsájtása,
vagy más üzembe történő áthelyezése, az egészségi ál-
lapot változásától függően. Vitatott még az is, hogy
a tbc-s rokkantakat önálló vállalat keretében foglal-
koztassák-e avagy más, nem ilyen merev formában. A re-

habilitációnak ez a formája tehát még mindig nem jutott túl a kísérleti szakaszon.

Szolnokon is létesült 1960-ban egy kizárólag tbc-s rehabilitáltakat foglalkoztató kisebb helyi vállalat, a Megyei Tanács kezelésében. Ebben 22 tbc-s rokkant művirág-koszorukat állít elő. A koszorukészítés könnyen elsajátítható, nem igényel szakképzettséget és otthon is végezhető. Átlagosan kb. 1000 forint havi jövedelemmel jár.

A csökkent munkaképességűek foglalkoztatásában jól beváltak Magyarországon az ún. szociális foglalkoztatók. Ezek tanácsi költségvetésben dolgozó intézmények. Céljuk, hogy a rokkantjáradékosok, munkaképességükhöz mért munkával jövedelemkiegészítéshez jussanak. Bér-munka jellegű tevékenységet folytatnak /fonalmentés, sorjázás, válogatás, sorszámozás, különféle javító tevékenység, stb./, többségükben bedolgozó rendszerrel. Ezzel átlagosan havi 500-1000 Ft jövedelemhez jutnak. A szociális foglalkoztatók működési elveit a 94.740/1960 Eü.M. sz. utasítás szabályozza. A tbc-s rokkantak foglalkoztatása ilyen típusu intézményekben célszerűnek látszik. Szélesebbkörű elterjedése hasznos volna.

Fentiek alapján a rehabilitálásra szoruló betegeket elvileg két főcsoportba oszthatjuk:

A/ a munkaképességüket teljesen visszanyerő, megoldható folyamatu betegekre,

B/ a gyógykezelés után véglegesen csökkent munkaképességű rokkantakra.

ad A/ E betegek rehabilitációja jelenlegi lehetőségeink és szervezeti felkészültségünk mellett elvileg könnyebben megoldható. A munka vagy foglalkoztatásos therápiát is tartalmazó intézeti kezelés után a gyógyult betegek tulnyomó többsége - kb. 95 %-a - már nem szorul rehabilitációra, megtalálja az életbe való visszatérésének útját egyedül is. Folytatja eredeti foglalkozását vagy csak kisebb támogatást igényel. Az Országos Korányi Tbc Intézetnek a betegség jellegét figyelmen kívül hagyó adatfelvétele szerint, az intézetben fekvő betegek kb. 6-8 %-a szorul a szociális szolgálat segítségére. Azokat a tbc-s betegeket ugyanis, akik jó szakmunkások vagy speciális szakismeretük van, akik jól megállták helyüket munkakörükben, a közösség visszavárja, és segíti átmenetileg könnyebb munkabeosztással is. Mégis célszerű volna, hogy a kezelés után esetleg meghatározott időre szükségessé váló csökkent munkaidejű foglalkoztatást rendelet biztosítsa.

A tbc-gyógyintézetekből megoldott folyamattal távozott betegek közül rehabilitációra szorulnak:

1. azok, a többségükben fiatalokorú betegek, akiknek nincs szakmájuk, vagy még nem fejezték be iskolai tanulmányaikat,
2. azok a fiatal-okorú betegek, akik alacsony jövedelemmel járó, szakismeretet nem igénylő munkakörben dolgoznak,
3. azok a betegek, akik az eredményes gyógykezelés ellenére sem folytathatják foglalkozásukat, mert eredeti munkakörük ellátása a munka jellegéből adódóan visszaeséshez vezethet, vagy esetleges visszaesésük nagyfoku epidemiológiai veszélyeztetést jelentene /gyermekkel foglalkozók/.

E három csoportba tartozó 30-35 éven aluli betegek rehabilitációjának legjobb módszere az átképzés vagy kiképzés, majd a szakképzettség elnyerése után megfelelő munkakörben való elhelyezés. Ennek legjobban bevált szervezeti formája - hazai tapasztalatok szerint - a munka melletti átképzés, illetve kiképzés. Bentrakásos intézetekre csak a szociálisan ellátatlan, vagy a kiképzéshez megkivánt általános iskolai előképzettséggel nem rendelkező és a labilis egészségi állapotú betegeknek van szükségük, és azoknak is csak átmeneti időtartamra /maximálisan 1 évre/, utána tanulmányukat munka melletti tanfolyam keretében folytathatják.

A munkamelletti átképzést már a fekvőbeteg-intézeteknek elő kell készíteniök /foglalkoztatásos therápia,

indikáció felállítása, stb./. Ezért célszerű volna a feltehetően átképzésre szoruló fiatal betegeket már eleve olyan intézetbe utalni, ahol a gyógykezelésük ideje alatt megszerezhetik a szükséges általános iskolai előképzettséget, és új foglalkozásukra gyakorlatilag is felkészülhetnek.

Sokkal nehezebben megoldható feladat az e csoportba tartozó időskorúak rehabilitációja. Átképzésük éppen koruk miatt már nem jöhet szóba. Ezért más, könnyebb, egészségi állapotuknak megfelelő munkakörben való elhelyezésük az egyedül járható út. Ehhez legtöbb esetben bérkiegészítésre lenne szükség, amelynek meg kellene haladni a táppénz, illetve a rokkantsági járadék szintjét, hogy a beteg ne kerüljön azáltal, hogy dolgozik rosszabb helyzetbe.

ad B/ A véglegesen csökkent munkaképességű tbc-s rokkantak rehabilitációjával kapcsolatos tapasztalataink kevésbé jók. Rehabilitációjuk alapmódszere a rokkantositás és a segélyezés, illetőleg elhelyezésük a csökkent munkaképességűek részére fentartott állásokban /éjjeliőr, portás, stb./. Különösen nehéz probléma a mezőgazdasági dolgozók rehabilitációja. E betegek foglalkoztatásának fő célja rokkantjáradékuk némi kiegészítése, de nem hanyagolható el a munka kedvező pszichés hatása, a hasznosság tudata sem. Eddigi tapasztalataink a vállalati formáról kedvezőtlenek. Eredményesebbnek tekinthető a szociális foglalkoztatók rendszere, a napi 2-3 órai elfoglaltság biztosítása.

A tbc-s betegek rehabilitációjában elért eredményeinket értékelve megállapíthatjuk, hogy e feladatkör Magyarországon ma már nem nagyszabásu rendezést óhajtvó vágyálom, hanem olyan mindennapos orvosi, egészségügyi-szervezési tevékenység, amely - ha még sok akadályt kell is leküzdenie - a betegek százainak és ezreinek kenyeret és öntudatot tud adni. Átfogó rendelkezések nélkül is - amelyek kidolgozása egyébként folyamatban van - alkalmazhatók a rehabilitáció különböző jól bevált módszerei. Ehhez azonban az is szükséges, hogy a gondozóintézeti és fekvőbetegintézeti hálózat minden dolgozója a rehabilitációs tevékenységet rendszeres feladatának tekintse. Minden újonnan felfedezett, újonnan nyilvántartásba és gondozásba vett tbc-s beteg esetében, a diagnosztikai és therápiás tervvel párhuzamosan rehabilitációs tervet is kellene készíteni, mely alapján, a meglévő lehetőségek kihasználásával, valamint új módszerek és szervezési formák teremtésével, gondoskodni lehetne mind több beteg megfelelő rehabilitációjáról. A rehabilitáció szervezésének alsóbb osztályait kijártuk. A felsőbb osztályba lépés azt jelenti, hogy erőfeszítéseinket a nagyobb tömegeket érintő, rendszeres, intézményes rehabilitáció megszervezésére kell irányítanunk.

6. A tbc járványügyi helyzet alakulása

A következőkben néhány, Magyarország járványügyi helyzetének alakulását legjobban jellemző mutatója alapján ismertetem azokat a változásokat, amelyek a felszabadu-

lás óta a társadalmi rendszer fejlődése és az egészségügyi hálózat ismertetett tevékenységének hatására bekövetkeztek.

A tbc elleni küzdelem tervszerű irányítása csak részletes és alapos epidemiológiai elemzés alapján történhet, ezért nagy súlyt helyeztünk az egységes statisztikai adatszolgáltatási rendszer megteremtésére. A járványügyi helyzet alakulására ma már nemcsak a halálozási adatok alapján következtethetünk, mert egyre megbízhatóbb adatokkal rendelkezünk az évenkénti tbc-morbiditás és a nyilvántartott tbc-s betegállomány alakulásáról is. Természetesen a tbc-halálozási adatok értékelése - a hibaforrásokat is beszámítva - még mindig, mind a nemzetközi összehasonlítás, mind a hazai járványügyi helyzet megítélése és értékelése szempontjából alapvetőek.

a/ T b c - m o r t a l i t á s

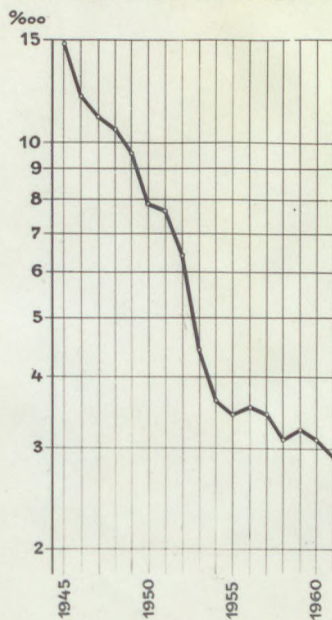
A 73.sz.ábrán és 72.sz.táblán szembetűnő, hogy a tbc-halálozás görbéje a II. világháború után azonnal csökkenni kezdett, szemben az I. világháborút követő évekkel, amikor a görbe folyamatos csökkenése csak több év után, 1925-ben kezdődött el. A tbc-halálozás görbéje 1951-ig meredeken csökken, majd rövid stagnálás után, ami nagyrészt az INH bevezetésének és tömeges alkalmazásának köszönhető, a csökkenés ismét meredekké válik. 1954 óta azonban a csökkenés üteme ismét lelassubbodott.

72. Magyarország tbc-mortalitása 1945-1961 között

Év	Tbc-ben meghaltak száma	10.000 lakósból
1945	13389	14.8
1946	12050	13.4
1947	10689	11.8
1948	9972	10.9
1949	8887	9.6
1950	7400	7.9
1951	7210	7.7
1952	6109	6.4
1953	4243	4.4
1954	3511	3.6
1955	3330	3.4
1956	3441	3.5
1958	3089	3.1
1959	3198	3.2
1960	3097	3.1
1961	2910	2.9

73.sz.ábra

MAGYARORSZÁG TBC MORTALITÁSA
1945 - 1961
LOGARITMIKUS LÉPTÉKBEN



A tbc halálozás saecularis görbéjéből /74.sz.ábra/ és a 73.sz.tábla adataiból látható, hogy hazánk tbc mortalitása az első periódus 25 éve alatt /1894-1919/ 27 %-al, a második periódusban /1920-1944/ 57 %-al, a harmadik periódusban /1947-1960/ vagyis az elmúlt 15 évben 78 %-al csökkent.

74.sz.ábra



73. A tbc mortalitás csökkenésének üteme

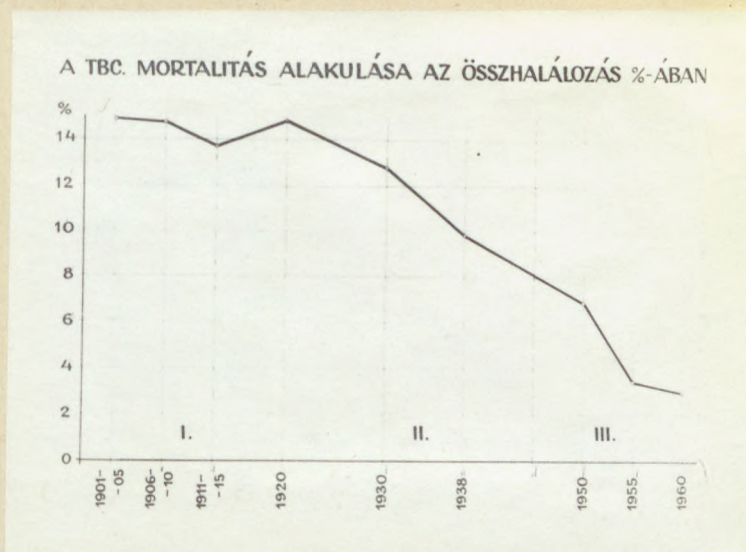
		Legmagasabb év	% ₀₀	Legalacsonyabb év	% ₀₀	A csökke- nés %-a
I. periódusban		1900	38.1	1914	29.4	27
II.	"	1920	31.5	1939	13.6	57
III.	"	1946	13.4	1961	2.9	78

A tbc halálozásnak az általános halálozáson belüli %-os aránya 1901 és 1905 között több mint 14 %-ot tett ki, 1960-ban ez 3.2 %-ra csökkent. A tbc halálozás csökkenésének üteme 1945 után messze túlhaladja az általános halálozás csökkenésének ütemét /75. és 76.sz.ábrák/.

75.sz. ábra



76.sz. ábra



A vezető halálokok között /77.sz. ábra és a 74.sz. tábla/ a tuberkulózis 1932-ig az első helyen állt, 1932-ben már a második helyre került a szív és érrendszer megbetegedések mögé, 1938-ban a harmadik helyen van, 1947-ben már a rák halálozása is megelőzi és 1960-ban a halálokok között már a hatodik /281,305/.

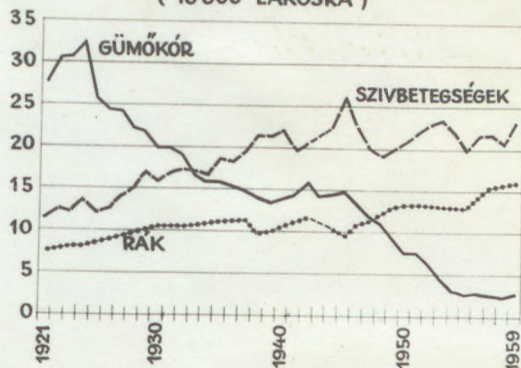
74. A legfőbb halálokok sorrendiségének alakulása Magyarországon

1910-11-ben	1938-ban	1960-ban
1. <u>Tbc.</u>	1. Szívbetegségek	1. Szívbetegségek
2. Tüdőgyulladás	2. Tüdőgyulladás	2. Rák
3. Szívbetegségek	3. <u>Tbc.</u>	3. Központi idegrendszer /endogen/ érsérülései
4. Központi idegrendszer /endogen/ érsérülései	4. Rák	4. Tüdőgyulladás
5. Vörheny	5. Központi idegrendszer /endogen/ érsérülései	5. Baleset
6. Rák	6. Vesegyulladás	6. <u>Tbc.</u>

A tbc halálozás kedvező alakulását, a számszerű csökkenésnél is jobban mutatja a korcsoportok szerinti megoszlásban észlelhető változás. A tbc halálozás korcsoport-

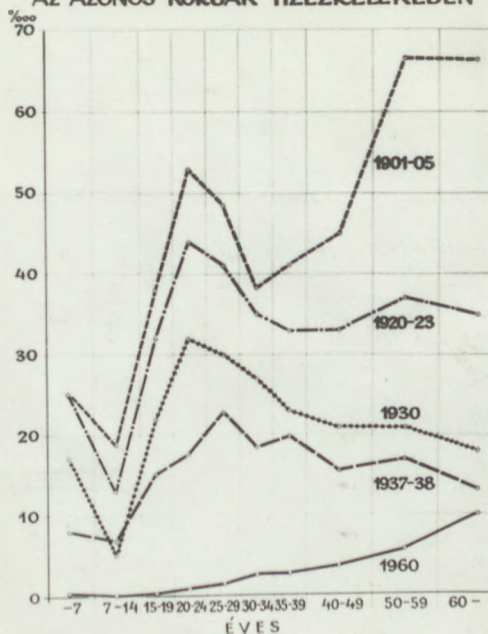
77.sz. ábra

**GÜMŐKÓR-RÁK- ÉS SZIVBETEGSÉGBEN
ELHALTAK SZÁMA
(10 000 LAKOSRA)**



78.sz. ábra

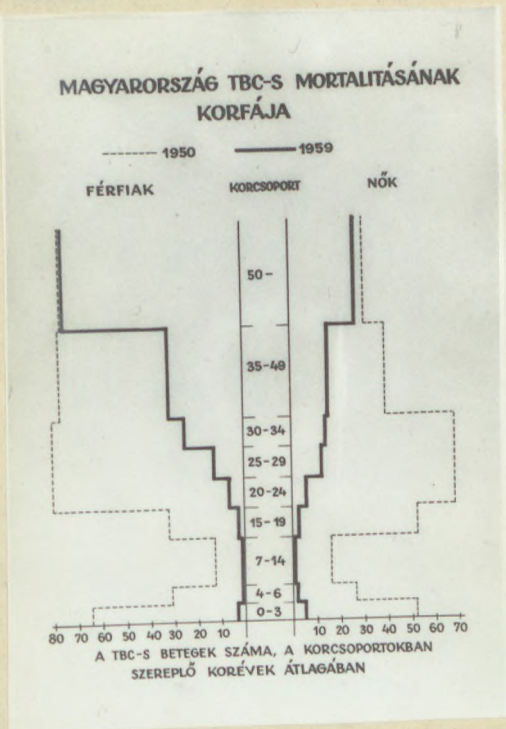
**A TBC MORTALITÁS ALAKULÁSA
KORCSOPORTONKÉNT
AZ AZONOS KORUAK TIZEZRELEKÉBEN**



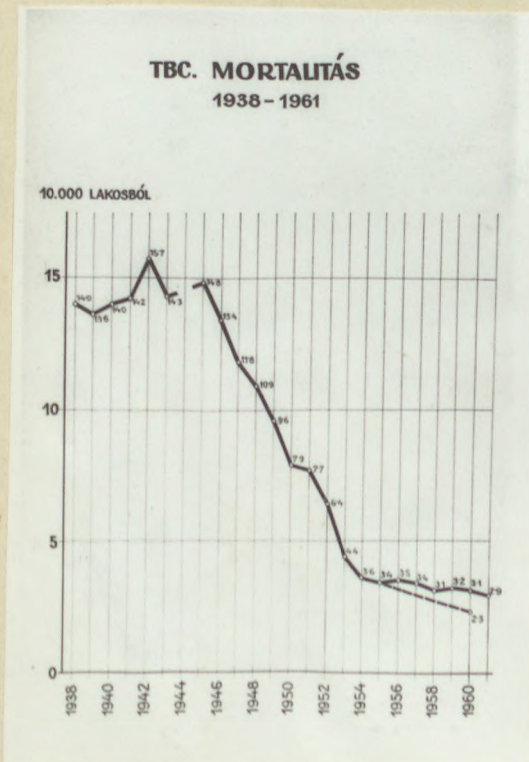
tonkénti alakulását egyes jellemző évekre megadva a 78.sz. ábra mutatja. Megfigyelhető a görbén a tbc halálozás szintjének fokozatos csökkenése mellett a fiatal, produktív korosztályok kiugró arányának elapadosása is. Az 1960-as görbe az 1937-38-as görbével szemben már kiugrást egyáltalán nem mutat és az idősebb korcsoportok felé lassan emelkedő irányu.

A tbc halálozásnak az idősebb korcsoportok felé való eltolódását mutatja a Nyárády /327/ által összeállított korfa is /79.sz. ábra/. A fehérén maradt részek

79.sz. ábra



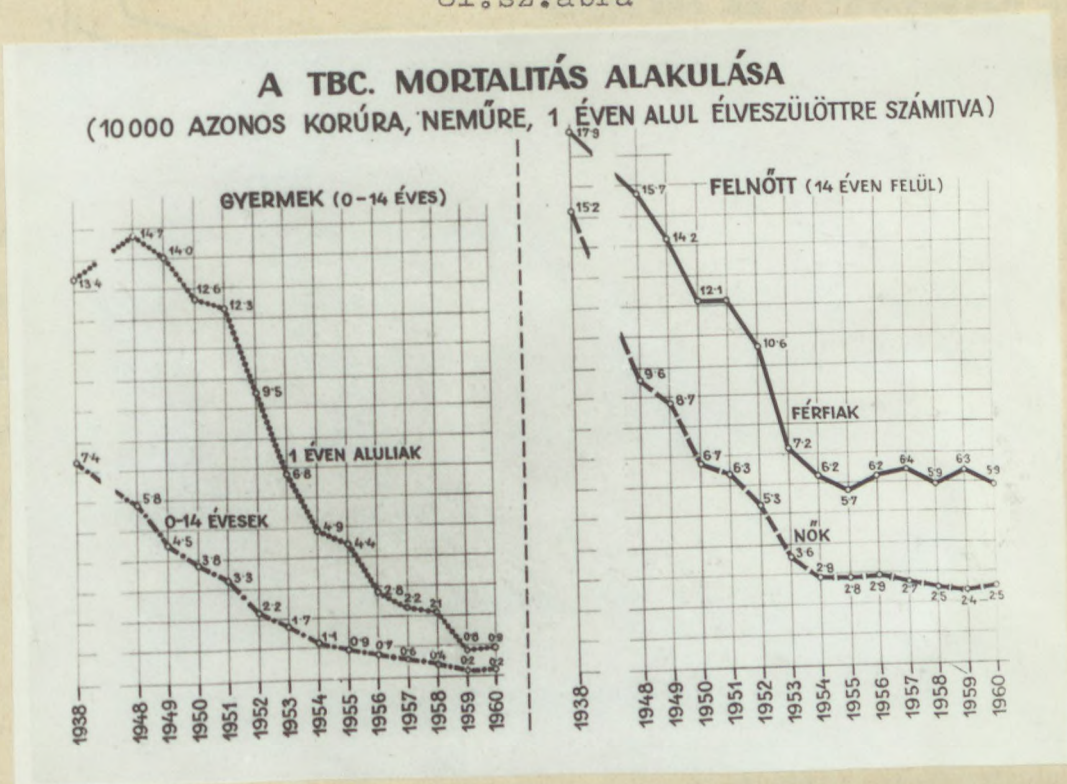
80.sz. ábra



az 50 év alatti korosztályokban meggyőzően mutatják a tbc halálozás csökkenését. A tbc halálozásnak az idősebb kor felé történő eltolódását mutatja az is, hogy 1938-ban a tbc-s halottak 19.1 %-a, 1960-ban már 67.9 %-a volt 50 éven felüli. A tbc-ben meghaltak átlagos életkora férfiaknál 56.5-re, nőknél 49.4-re emelkedett. A tbc halálozásoknak az idős kor felé történő eltolódása azzal a következménnyel járt, hogy mind nagyobb arányban kerülnek a tbc-ben meghaltak közé olyanok, akiknél a halál oka tulajdonképpen nem tbc, hanem más, az idős korral együttjáró, nem specifikus megbetegedés. Az 1960-ban elhalt tbc-s vagy nem tbc-s betegek halotti lapjainak utólagos revíziója megállapította, hogy a nem tbc-s eredetű halálokok aránya 27.2 % volt. Ez annyit jelent, hogy 1960-ban a tbc halálozás tu-

lajdonképpen nem 3.1 ‰, hanem kb. 2.3 ‰ volt /80.sz. ábra/. A tbc-s betegek átlagos életkorának növekedése indokoltá teszi, hogy egyes külföldi országokhoz hasonlóan /NDK, Csehszlovákia/, a tbc-s halálokokat a tbc-gon-
dozóintézetek utólagos környezettanulmánnyal, kórházi /boncjegyzőkönyvi/ leletek alapján, revízió alá vegyék és szükség esetén a bejegyzett téves halálokokat módosítsák, hogy megtudjuk a valóságnak megfelelő halálozási arányt.

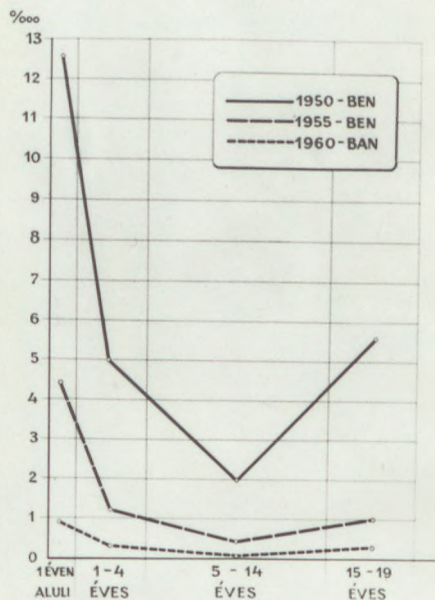
81.sz. ábra



A halálozás legnagyobb csökkenése természetesen a gyermekkorban figyelhető meg. Míg az össztbc-mortalitás 1938-hoz viszonyítva 1960-ig 78 %-al, addig a 0-1 éves csecsemők halálozása 93 %-al, a 0-14 éves gyermekek tbc halálozása pedig 97 %-al csökkent /81.sz. ábra/. A 20 év alatti korcsoportok tbc-mortalitása az utolsó 10 év

82.sz.ábra

GYERMEK TBC. MORTALITÁS KORCSOPORTONKÉNT
10 000 AZONOSKORÚ GYERMEKRE SZÁMITVA

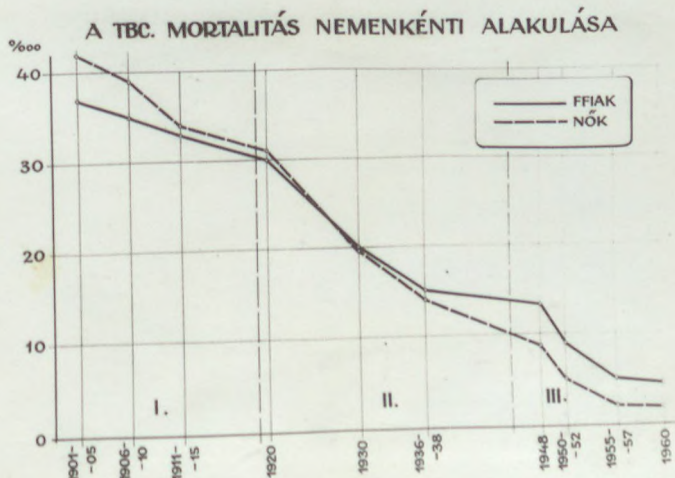


alatt 1/20-ára csökkent

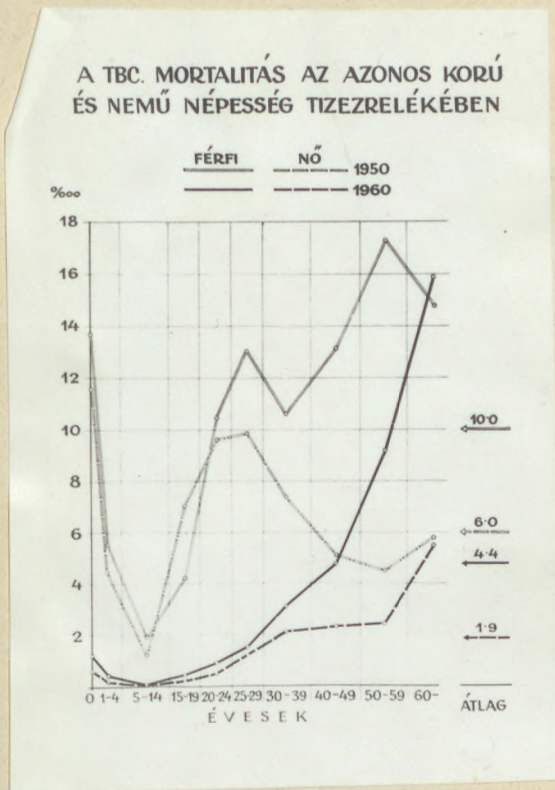
/82.sz.ábra/. 1960-ban az egész országban már csak 39 gyermek halt meg tbc-s megbetegedés következtében, ezek közül 1 évnél fiatalabb 13 volt. Területi elosztás szerint: öt megyében egy tbc-s eredetű gyermek halálozás sem fordult elő, tíz megyében és a fővárosban pedig nem volt tbc-s csecsemő-halálozás.

A tbc halálozás nemek szerinti aránya 1920 és 1930 között felcserélődött és azóta a férfiak vannak túlsúlyban. A 14 éven felüli férfi és női népesség tizezrelékében a férfiak halálozási aránya több, mint kétszerese a nőkének /83.sz.ábra/.

83.sz.ábra

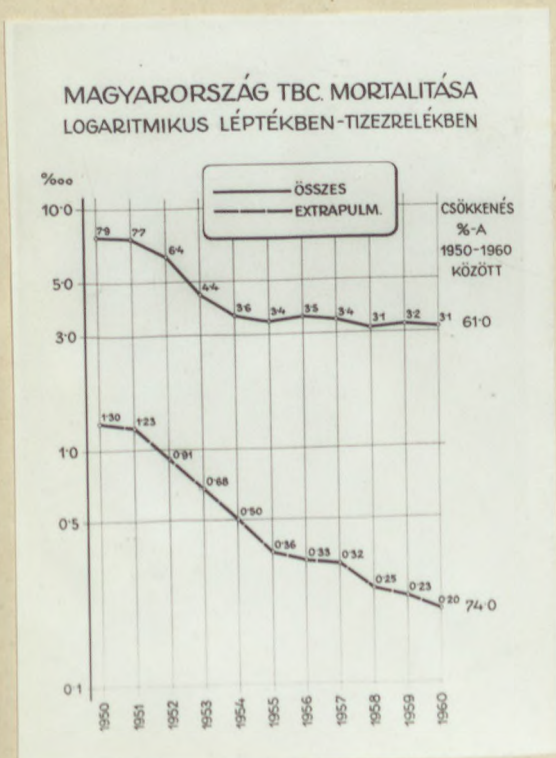


84.sz. ábra



A tbc mortalitás nemek és korcsoportok szerinti grafikonja /84.sz. ábra/ 1950-ben még a 15-19 év közötti nők jelentős túlsúlyát és a 25-29 éves férfiak kiugró arányát /13 ‰/ mutatja. 1960-ban a férfiak és nők görbéje alacsony szinten párhuzamosan halad és csak a 40 év felett tér el egymástól, majd 60 év felett a férfiak aránya még az 1950-es év arányát is meghaladja.

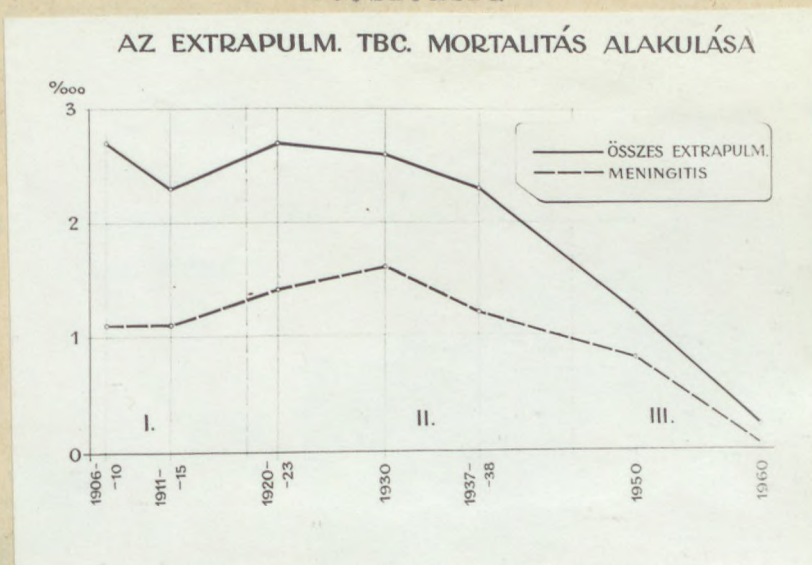
85.sz. ábra



Az extrapulmonális eredetű tbc mortalitás aránya /85.sz. ábra/ 1950 és 1960 között 74 %-al, tehát nagyobb mértékben csökkent, mint az össztbc-halálozás /61 %/. Ezen belül a meningitis tbc okozta halálozás, az 1930-as években megfigyelhető maximuma után még meredekebben csökkent /86.sz. ábra/. Különösen nagy arányú a gyermekek meningitis tbc halálozásának a visszaszorulása 1956-60 között

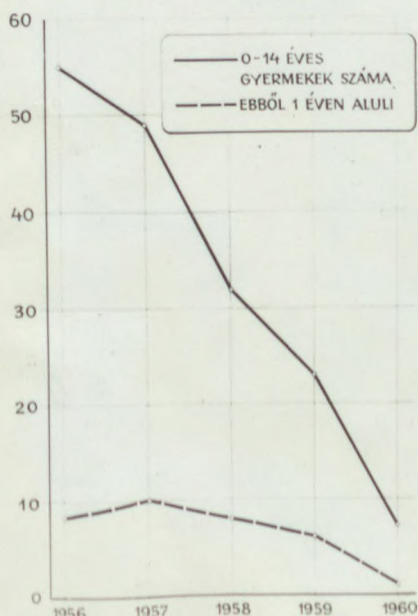
/87.sz.ábra/. Az extrapulmonális tbc halálokai között
/88.sz.ábra/ 1950-ben még a meningitis tbc volt az első helyen, 1960-ban az első helyet a csont-izületi tbc foglalja el, és a meningitis, kb. az urogenitalis tbc-s halálózásokkal egy szinten a második helyre került. A többi szervek okozta tbc-halálokok számszerűségüket tekintve kisebb jelentőséggel bírnak /327/.

86.sz.ábra



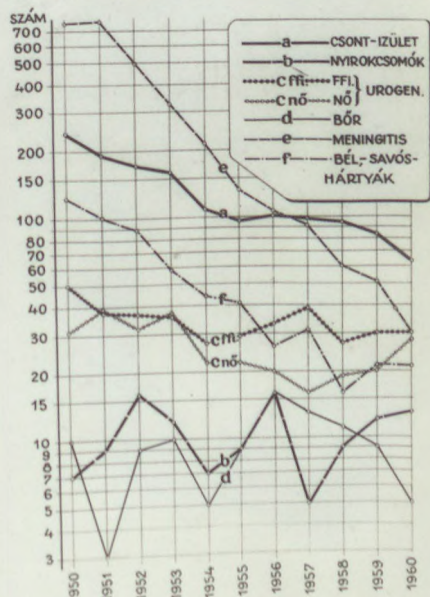
87.sz.ábra

**MENINGITIS TBC. MORTALITÁS
1956 - 1960**



88.sz.ábra

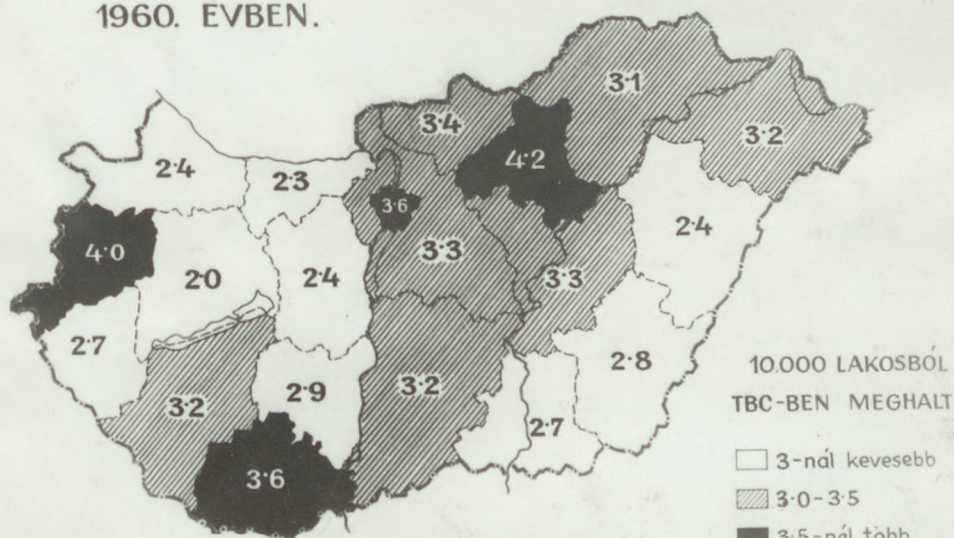
**AZ EXTRAPULM. TBC. MORTALITÁS
KÓRFORMÁNKÉNT
LOGARITMIKUS LÉPTÉKBEN - ABSZOLUT SZÁMOKBAN**



Az 1960-as évi tbc halálozás megyénkénti alakulását kartogrammon láthatjuk /89.sz.ábra/. A Dunántul - Baranya és Somogy megyék kivételével - mutatja a legkedvezőbb arányokat /a Vas megye magasabb mortalitási arányát az Ivánc-i tbc-otthonban elhaltak nagy száma okozza/. Legkedvezőtlenebb a helyzet a Duna-Tisza Közén és az északi megyékben a halálozási arány 4.2 ‰-el Heves megyében volt a legmagasabb.

89.sz.ábra

MAGYARORSZÁG TBC. MORTALITÁSA 10.000 LAKOSBÓL
1960. ÉVBEN.



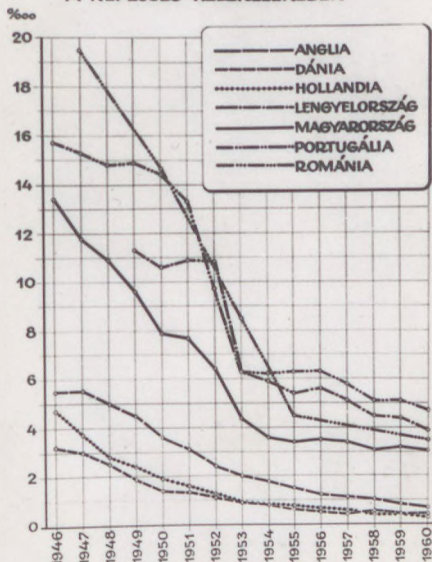
A 90.sz.ábra és 75,76.sz.táblákon tüntettük fel, az 1946-60 közötti időről, a tbc-halálozás alakulását a statisztikai adatokat közlő egyes európai és tengerentuli országokban. A tbc halálozás mindegyik országban jelentősen csökkent. Legalacsonyabb a halálozás az Európai országok közül Hollandiában, Izlandban és Dá-

75. A tbc mortalitás egyes európai országokban 1946-1960 között
a népesség o/ooo-ben /72,255,391,476/

	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960
Anglia	5.5	5.5	5.0	4.5	3.6	3.1	2.4	2.0	1.8	1.5	1.2	1.1	1.0	0.8	0.7
Ausztria		9.3	8.8	7.2	5.4	5.3	4.6	3.4	3.4	3.1	2.9	2.7	2.5	2.4	2.3
Belgium	6.6	6.3	5.5	4.9	4.3	3.8	2.7	2.8	2.6	2.5	2.3	2.1	1.9	1.7	1.6
Bulgária	16.3	15.8	15.4	13.1	10.1	11.0	9.0	4.5	3.2	2.1	2.2	2.0	2.0	2.1	2.1
Csehszlovákia	12.2	10.0	9.6	9.2	7.8	7.3	6.4	5.5	4.9	4.4	4.0	3.7	3.4	3.0	2.6
Dánia	3.2	3.0	2.5	1.9	1.4	1.3	1.1	0.9	0.8	0.6	0.5	0.4	0.5	0.4	0.4
Finnország	17.8	16.7	15.6	12.9	9.4	8.4	5.8	4.5	4.0	4.2	3.8	3.8	3.3	2.9	2.2
Franciaország	8.4	7.8	7.4	6.6	6.8	6.1	4.4	3.7	3.2	3.1	2.9	2.7	2.4	2.3	2.2
Görögország															
Hollandia	4.7	3.7	2.8	2.4	1.9	1.6	1.2	0.9	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.4	0.3
Irország		12.5	10.4	8.9	8.0	7.3	5.3	4.0	3.4	3.1	2.4	2.4	2.0	1.8	1.6
Izland		5.3	5.4	2.6	2.0	2.1	1.3	0.9	0.6	0.3	0.8	0.4	0.4	0.5	0.3
Jugoszlávia							7.5	4.9	6.8	5.6	5.4	5.1	4.5	4.2	4.0
Lengyelország							10.8	6.3	5.9	5.4	5.6	4.4	3.1	3.8	3.9
Magyarország	13.4	11.8	10.9	11.3	10.6	10.9	6.4	4.4	3.6	3.4	3.5	3.4	3.1	3.2	3.1
NDK	-	16.3	14.3	10.4	7.9	7.4	4.3	2.9	2.7	2.5	2.3	2.2	2.0	1.8	1.7
NSZK	8.3	7.4	6.6	5.0	3.9	3.7	2.7	2.2	2.1	2.0	1.9	1.8	1.7	1.6	1.6
Norvégia	6.5	5.6	5.1	3.8	2.9	2.4	2.0	1.6	1.5	1.3	1.0	0.9	0.8	0.6	0.6
Olaszország	8.4	7.7	6.2	4.9	4.3	4.3	2.8	2.4	2.3	2.3	2.2	2.1	1.9	1.8	1.6
Portugália	15.7	15.3	14.8	14.9	14.4	13.3	9.7	6.3	6.2	6.3	6.3	5.8	5.1	5.1	4.7
Románia		19.5			14.6	13.3		8.5		4.5					
Skócia		8.0	7.5	6.8	5.4	4.3	3.2	2.6	2.2	1.9	1.6	1.4	1.3	1.1	1.0
Spanyolország	11.9	12.4	11.4	11.4	10.5	9.3	5.6	4.0	3.8	3.5	3.3	3.2	2.7	2.6	
Svájc	7.6	6.8	5.3	4.2	3.5	3.6	2.5	2.3	2.2	2.1	1.9	1.8	1.5	1.6	
Svédország	5.5	5.2	4.2	2.8	2.2	2.3	1.7	1.4	1.3	1.1	1.0	0.8	0.8	0.7	0.8
Törökország			22.5	22.2	19.5	20.0	18.6	13.9	13.8	10.0	10.6				

90.sz. ábra

EGYES EURÓPAI ORSZÁGOK
TBC MORTALITÁSA 1946-1960 KÖZÖTT
A NÉPESSÉG TIZEZRELEKÉBEN



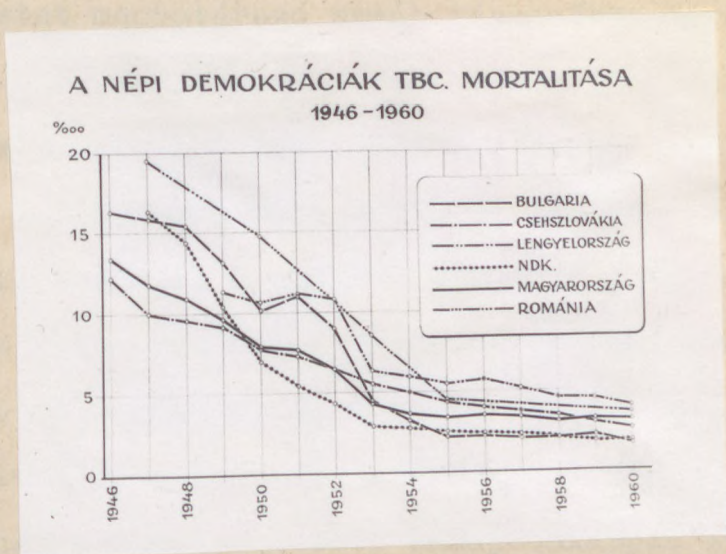
niában, a legmagasabb Portu-
gáliában és Jugoszláviában.

A népi demokratikus országok
közül /91.sz. ábra/ a tbc ha-
lálozás aránya, 1960-ban, Bul-
gáriában /1.6 ‰/, az NDK-ban
/1.7 ‰/ és Csehszlovákiában
/2.6 ‰/ volt a legkedvezőbb.
Legrosszabb a helyzet Lengyel-
országban /3.9 ‰/ és Romá-
niában /3.5 ‰/. Magyaror-
szág a középső helyet foglal-
ja el /3.1 ‰/.

76. Egyes tengerentúli országok tbc mortalitása a
népesség ‰-ben /391/

Ország	1947-49	1957	1958	1959	1960
Délafrikai Unio fehér lakossága	2.9	0.7	0.7	0.8	0.7
Canada	3.7	0.7	0.6	0.6	0.5
Chile	21.0	5.8	5.2	5.5	5.3
USA fehérek	2.4	0.7	0.6	0.6	0.5
feketék	8.0	1.8	1.7	1.4	1.2
együtt	3.0	0.8	0.7	0.7	0.6
Japán	17.8	4.7	3.9	3.6	3.4
Ausztrália	2.8	0.6	0.6	0.6	0.5
Uj Zeland	2.8	0.9	0.7	0.5	0.4
Maori nélkül					
Maori	27.7	4.9	4.2	2.5	1.9

91.sz. ábra



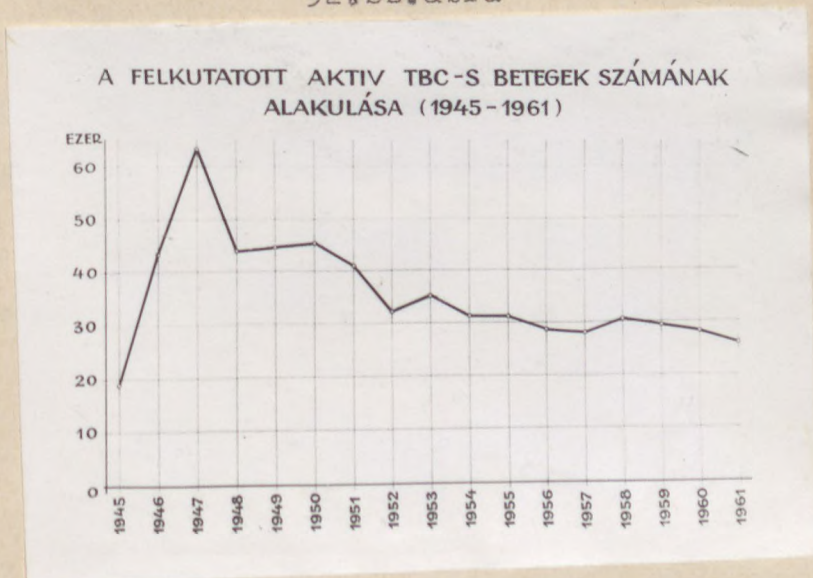
b/ T b c - m o r b i d i t á s

1945 előttől morbiditási adataink nincsenek. 1945 után a tbc hálózat kiépítésével és a felkutató tevékenység fejlesztésével párhuzamosan egyre inkább a valóságot megközelítő képet alkothattunk a tbc-morbiditás alakulásáról is. A tbc idült jellege és egyéb sajátosságai miatt a morbiditás alakulására legjobban a következő járványtani mutatók alapján következtethetünk:

- 1/ az évente újonnan felfedezett és nyilvántartásba vett betegek aránya /incidencia, annualis morbiditás/,
- 2/ egy adott időpontban a tbc-gondozóintézetben nyilvántartott betegek aránya /betegséggyakoriság, prevalencia, permanens morbiditás/,
- 3/ fertőzési arányszám /meghatározott idő alatt tuberkulin-pozitívvá válók aránya/.

Az évenkénti tbc-s megbetegedések száma a járványügyi helyzetet meghatározó egyéb tényezőkön kívül, függ az adott ország társadalmi rendszerétől és fejlettségétől, egészségügyi ellátottságától, a felkutató- és diagnosztikai tevékenység mértékétől és minőségétől, az egészségügyi dolgozók diagnosztikai és therápiás szemléletétől az aktivitás értelmezésétől, a nomenklaturától, stb. /324/. Az egyes országok adatai ezért csak e tényezők figyelembevételével, és csak igen óvatosan értékelhetők, vagy hasonlíthatók össze. Tulajdonképpen a valóságnak megfelelő tbc morbiditásról csak akkor kaphatunk megbízható képet, ha minden lakos évenként legalább egyszer vizsgálatra kerül, és ily módon az inappercept, tünetekkel még nem rendelkező betegeket is felfedeztük. Magyarországon ma még nem tartunk itt, de azért a rendelkezésre álló adatokból és több lényeges megállapítást tehetünk /323/.

92.sz.ábra



Az újonnan nyilvántartásba vett betegek száma /92.sz.ábra/ 1947-ben volt a legmagasabb /62.000/. Ez a szám azonban

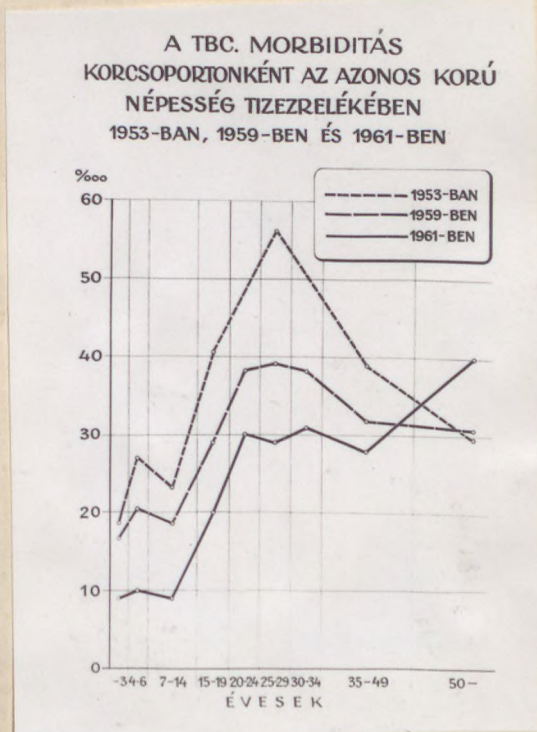
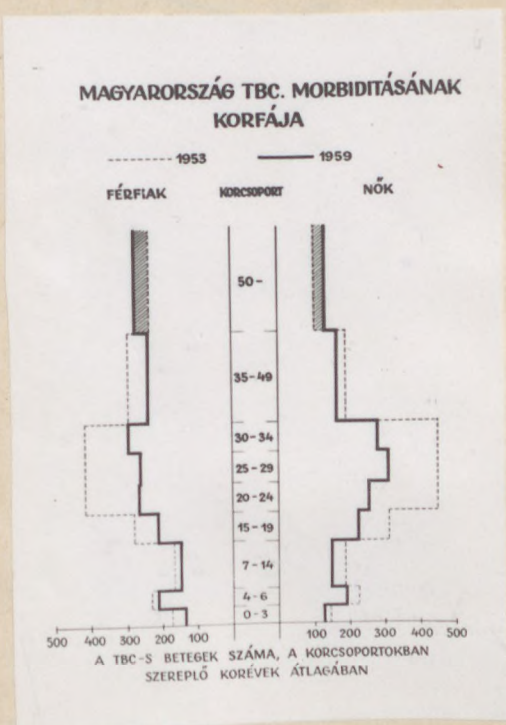
nem tekinthető reálisnak, mert egyrészt a felszabadulás után a tbc hálózat gyorsütemű és nagyarányú kiépítése folytán egyszerre sok beteg került a gondozók nyilvántartásába, másrészt ekkor még az iskolai szűrések során a meszes, gyógyult elváltozásokat is új megbetegedésnek vették. Ez utóbbit példázza az is, hogy 1947-ben a gyermekek szűrővizsgálatán a tbc-s betegnek találtak aránya 15.4 %, 1948-ban pedig már csak 0.58 % volt. Ezért reálisabb képet kapunk, ha az újonnan nyilvántartásba vett betegek számának csökkenését az 1948-as adatokhoz viszonyítjuk. Az újonnan nyilvántartásba vett betegek száma 1948-tól 1961-ig 31 %-al csökkent, kismértékű emelkedés csak 1953-ban és 1958-ban következett be, de ezek is összefüggésbe hozhatók az általánosan végrehajtott kórlapreviziókkal. A tbc morbiditás csökkenésére utal az a körülmény is, hogy az újonnan nyilvántartásba vett betegek száma, a tbc hálózat és a felkutató tevékenység igen széleskörű és párhuzamos fejlődésével ellentétes irányban alakult. A tbc morbiditás csökkenésére következtethetünk továbbá még abból is, hogy mind a panasszal jelentkezők vizsgálatán, mind pedig a gondozókban átvilágítással végzett szűréseken a felfedezett új tbc-s betegek aránya fokozatos és jelentős csökkenést mutat /77.sz.tábla/.

77. A tbc-gondozókban 10.000 megjelentből tbc-s beteg volt

Év	Elsőízben jelentkeztetkezőkből	Rtg.átvilágításos szűrésen megjelentek 14 éven aluliból	14 éven tbc-s kör- együttesből	14 éven tbc-s kör- együttesből	14 éven tbc-s kör- együttesből
1945	1210				270
1951	640	34	32	84	40
1961	350	9	13	58	20

93.sz. ábra

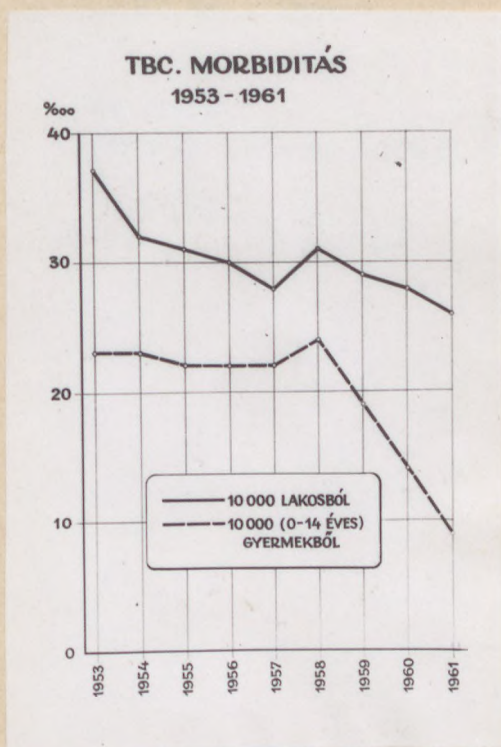
94.sz. ábra



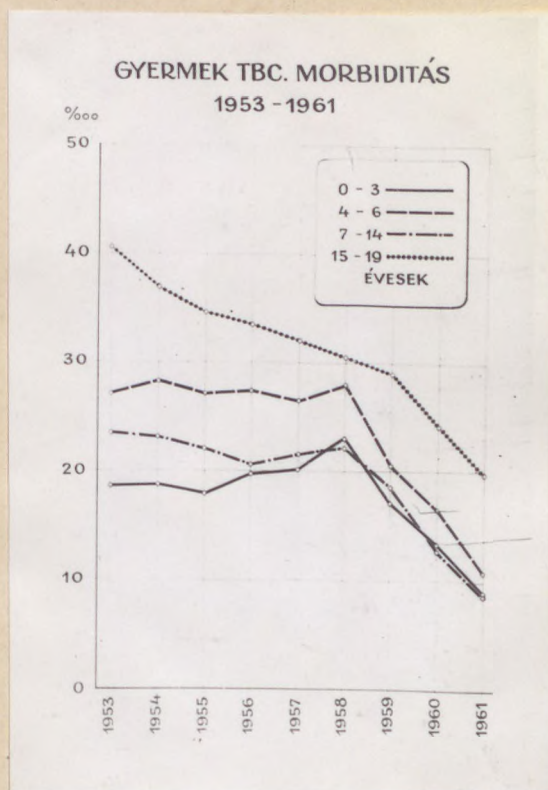
A tbc morbiditás kedvező alakulását jelzi az ujonnan nyilvántartásba vett betegek korcsoport szerinti megoszlása is. Az 1953-ban és 1959-ben nyilvántartásba vett betegek korfáján /93.sz. ábra/, az 50 év feletti kivételével, minden korosztályban nagyarányú csökkenés látható, különösen érvényes ez a 35 év alatti korosztályokra. Ennek megfelelően az 50 éven felüliek aránya az 1953-as 19.3 %-ról, 1961-ben 40 %-ra emelkedett /327/.

Hasonló eltolódás észlelhető a tbc morbiditás korcsoport görbéjén is /94.sz.ábra/. A tbc morbiditás csökkenésének kb. a fele a gyermekek tbc-s megbetegedések csökkenéséből adódik.

95.sz.ábra



96.sz.ábra

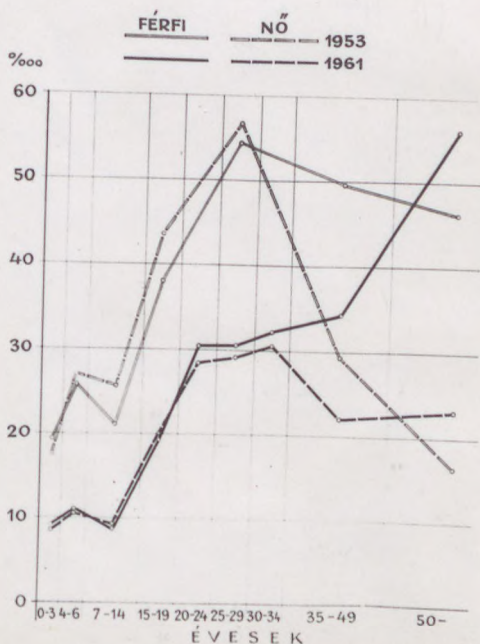


1958-61 között a gyermekek tbc-s megbetegedésének az aránya 61 %-al csökkent /95.sz.ábra/. Korcsoport megoszlása szerint /96.sz.ábra/ a 15-19 évesek megbetegedési aránya a legmagasabb, bár a csökkenés itt is jelentős, a legalacsonyabb a 7-14, illetve a 0-3 éves korcsoportoké. A gyermek tbc-morbiditás kedvező alakulására következtethetünk abból is, hogy 1961-ben a 0-3 korcsoportban a legenyhébb, az A-O-ás kórformák, vagyis tüdőelváltozást nem mutató, fertőzőes allergiások aránya 1958-hoz viszonyítva a kétszeresére nőtt /33 %-ról 67 %-ra/. A gyermek tbc morbiditás vonatkozásában a legjobb eredményt Szeged

és Debrecen városok érték el, a megyék között pedig Csongrád és Szolnok megye. 1961-ben 6 év alatti gyermekek között Szegeden mindössze 1, Csongrád megyében pedig 18 tbc-s megbetegedés fordult elő.

97.sz. ábra

A TBC. MORBIDITÁS AZ AZONOS KORÚ ÉS NEMŰ NÉPESSÉG TIZEZRELEKÉBEN



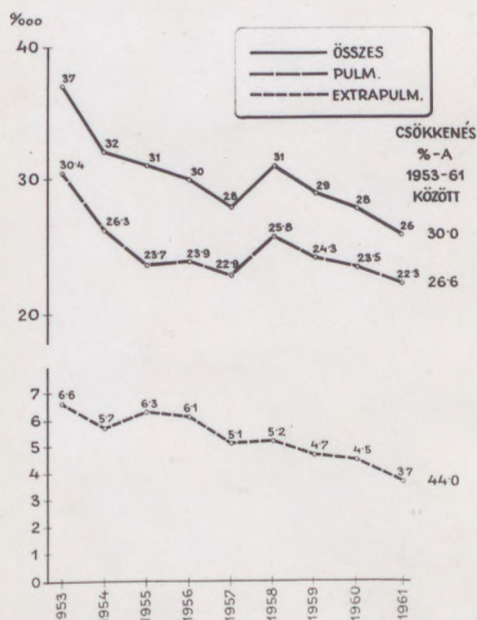
Az új megbetegedések nem és korcsoport szerinti megoszlása /97.sz.bára/ 1953-ban a 30 év alatti korosztályokban még a nők magasabb arányát mutatta. 1961-ben azonban 20 évtől kezdve egyre inkább a férfiak túlsúlya figyelhető meg, és 50 év felett arányuk már közel a háromszorosa a nőkének.

Az extrapulmonális kórformájú tbc-s megbetegedések csökkenése - 1953-61 között - nagyobb volt /44 %/, mint a pulmonálisaké /26.6 %/, /98.sz.ábra/. A nők extrapulmonális megbetegedési aránya állandóan a férfiaké felett van /99.sz.ábra/ és a csökkenés aránya is a nőknél a legkisebb /39 %/, a férfiaknál 45 % és a legnagyobb a gyermekekénél /60 %/. A nők túlsúlya az 1953-as és 1961-es évek adatait tartalmazó korcsoportok szerint összeállított görbén is megfigyelhető /100.sz.ábra/ A különbség a 20-34 évesek között a legfeltűnőbb.

Ami a kórformák szerinti megoszlást illeti /101.sz.ábra/ a csont-izületi és a nyirokcsomó megbetegedések nagyarányu csökkenése figyelhető meg, és mivel az urogenitalis tbc-ben megbetegedettek száma nem változott, ez a kórforma került az első helyre /326,331/.

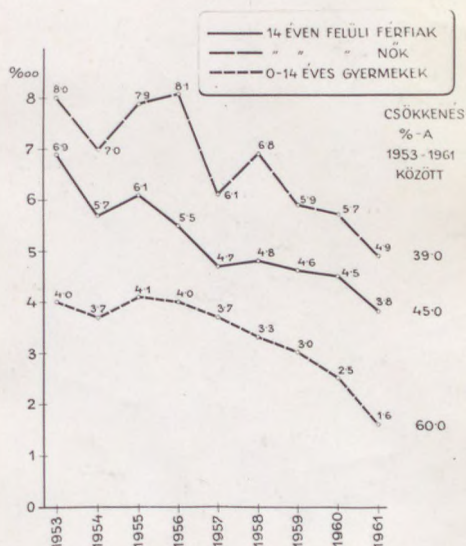
98.sz.ábra

MAGYARORSZÁG TBC. MORBIDITÁSA
TIZEZRELEKÉBEN



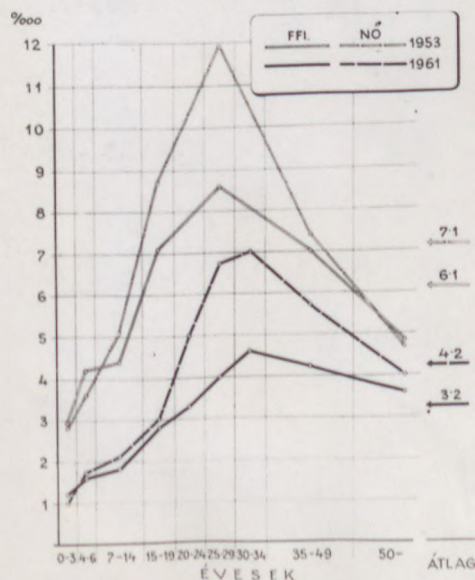
99.sz.ábra

AZ EXTRAPULM. TBC. MORBIDITÁS
10.000 AZONOS KORÚRA ÉS NEMŰRE SZÁMITVA



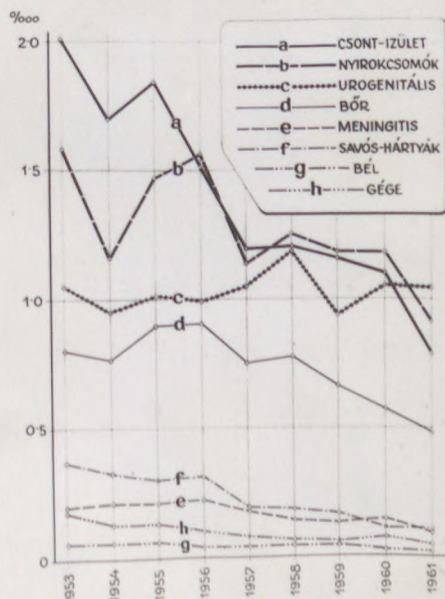
100.sz.ábra

AZ EXTRAPULM. TBC. MORBIDITÁS
10.000 AZONOS KORÚ ÉS NEMŰ
NÉPESÉGRE SZÁMITVA



101.sz.ábra

AZ EXTRAPULM. TBC. MORBIDITÁS
KÓRFORMÁNKÉNT - TIZEZRELEKÉBEN

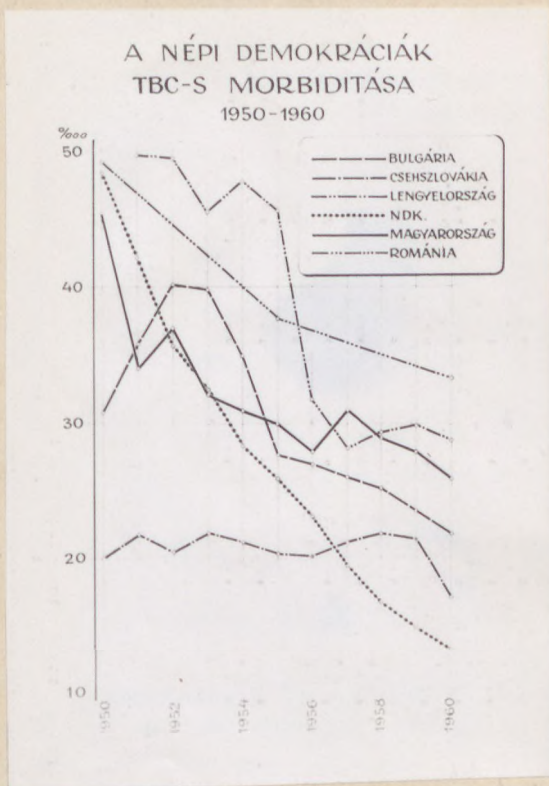


78. A tbc morbiditás egyes európai országokban 1947-1960 között
a népesség o/ooo-ben /72,255,267,391,475,476/

	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960
Anglia x/	12.9	12.9	12.6	11.3	11.9	11.5	11.1	9.9	8.9	8.2	7.2	6.6	6.0	5.2
Ausztria	15.0	15.0	22.1	12.0	11.9	12.0	11.0	10.0	9.3	8.8	8.1	7.3	6.8	6.5
Belgium			30.0	22.2							16.7	17.2		
Bulgária				30.8	35.9	40.2	39.8	35.0	27.7	27.0	26.0	25.2	23.5	21.8
Csehszlovákia	8.5	8.0	6.9	20.0	21.7	20.4	21.8	21.1	20.3	20.1	21.1	21.8	21.4	17.1
Dánia				5.9	5.6	4.8	4.5	4.0	3.2	2.9	2.7	2.6		
Finnország	24.0	18.8	18.0	14.8	27.5	28.6	27.3	22.6	20.7	18.9	21.8	9.8		
Franciaország	16.7	16.6	15.2	14.9	14.9	14.2	14.1	12.8	12.0	7.9	10.0	9.8		5.9
Hollandia				15.5	14.0	13.0	12.0	10.0	8.6	9.4	6.8	6.5		
Irország	11.3	21.2	18.9	15.7	14.9	13.2	12.0	12.1	9.8		8.3			
Izland	27.5	20.4	18.5	16.4	17.2	14.1	7.0	6.8						
Jugoszlávia x/					49.7	49.5	45.6	26.0	27.0	30.0	28.0	29.4	29.9	28.8
Lengyelország	68.0	48.0	48.0	49.0	45.0	34.0	37.0	47.8	45.6	32.8	28.2	31.0	29.0	28.0
Magyarország			53.7	48.3	42.2	35.7	32.5	32.2	31.0	30.0	28.0	16.7	14.8	13.1
NDK			31.2	25.8	24.3	22.9	22.0	28.4	25.9	23.1	19.4			
NSZK	11.8	40.0	10.8	9.6	9.1	7.7	6.4	19.4	18.2	12.2	15.7	4.0	3.5	
Norvégia				18.7	18.4	16.1	14.7	6.4	6.2	5.0	4.1			
Olaszország			8.2	9.9	9.4	12.9		15.1	15.7		15.0			
Portugália														
Románia			19.9	18.7	18.0	17.0	17.3	16.0	37.7	13.2	16.6	11.4	8.3	33.3
Skócia				49.2					14.9					7.5
Spanyolország x/														
Svájc				17.5		17.0	15.0	15.0	14.0	13.0	11.5	11.0	9.9	9.7
Svédország	20.2	18.6	16.9	15.0	14.3	12.0	10.8	10.1	8.8	8.2	7.8	6.4	6.1	

x/ Számított adat WHO. abszolút számai alapján

102.sz. ábra



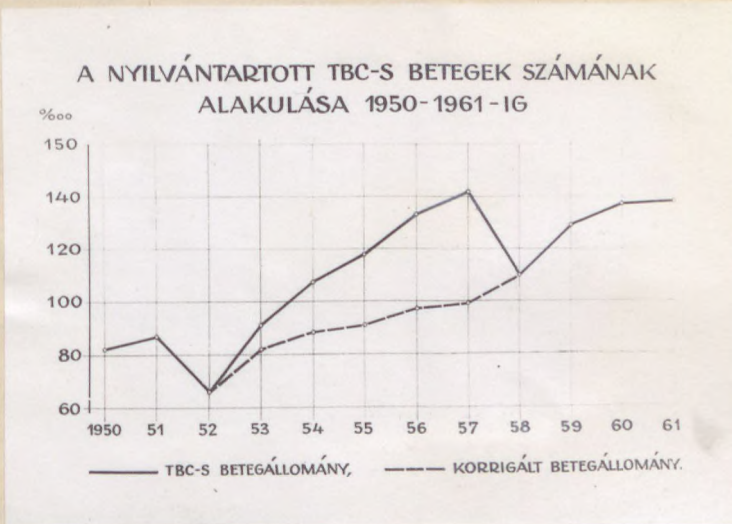
A nemzetközi morbiditási adatok összehasonlító értékelésénél - mint már fentebb említettem - óvatosan kell eljárunk. /78.sz.tábla/. A népi demokratikus országok között, mint ahogy a 102.sz. ábra mutatja, 1960-ban Magyarország /28.0 ‰/ - Lengyelországgal /28.8 ‰/ és Bulgáriával /21.8 ‰/ - a középső helyet foglalta el, legalacsonyabb a morbiditás az NDK-ban /13.1 ‰/ és

Csehszlovákiában /13.3 ‰/, legmagasabb Romániában /33.3 ‰/.

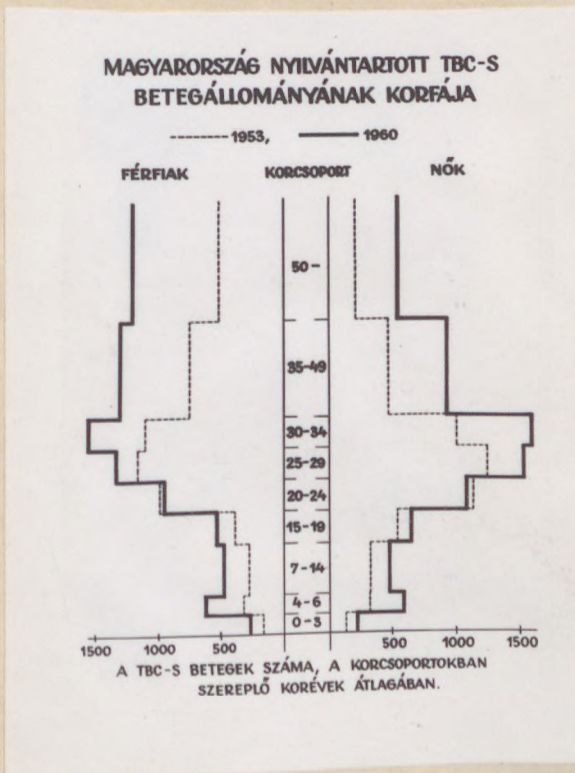
c/ T b c - s b e t e g á l l o m á n y

A nyilvántartott tbc-s betegek aránya /103.sz. ábra/, 1950 és 1961 között, a felkutató tevékenység növekedésével párhuzamosan emelkedett. A görbén 1952 és 1958-ban megfigyelhető törés, az ebben az időszakban általánosan lebonyolított kórlaprevíziók során végrehajtott nagyszámú kijelentésnek tulajdonítható. 1961-ben már nem növekedett a nyilvántartottak száma, ami egyrészt a mind kevesebb inappercept betegnek, másrészt a folyamatosabb kórlaprevízióknak tudható be.

103.sz. ábra



104.sz. ábra



A tbc-s betegállomány összetételét nem és korcsoport szerint csak 1953-ban és 1960-ban mértük fel. A korfán /104.sz. ábra/ látható, hogy a nyilvántartott betegek száma, a 20-24 évesek kivételével, minden korcsoportban emelkedett. Az emelkedés 63 %-os volt/327/. A nyilvántartottak 50 %-a férfi, 40 %-a nő és 10 %-a gyermek. A férfiak 33 %-a,

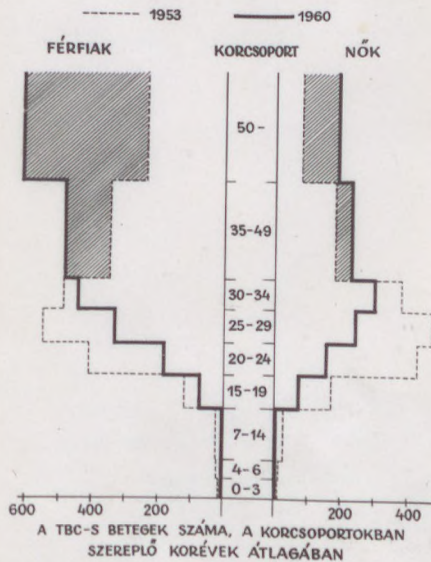
a nők 20 %-a és az összes betegek 27 %-a 50 éven felüli, tehát utóbbiak aránya a betegállományban is növekedett, mert 1953-ban az még csak 18 %-ot tett ki.

A pulmonalis folyamattal nyilvántartott Koch-pozitív vagy kavernás betegek korfájáról /105.sz. ábra/ leolvas-

ható, hogy 34 éveseknél fiatalabb korcsoportokban kevesebb a fertőző források száma, mint 1953-ban. Ugyanakkor 34 évesnél, de különösen az 50 évesnél idősebbek között megnövekedett a fertőző betegek száma. A fertőző betegek, és ezen belül a gyógyíthatatlanok arányát a 106,107.sz.ábrákon tüntettük fel.

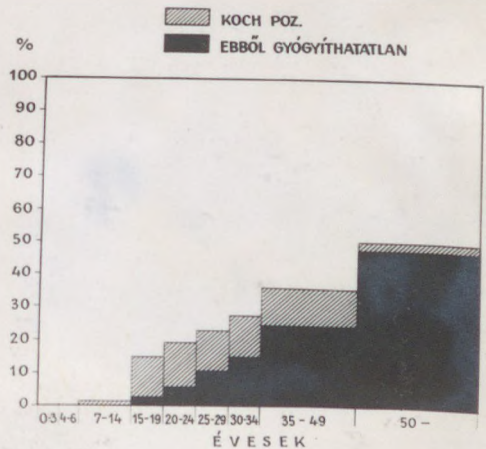
105.sz.ábra

A PULM. FOLYAMATTAL NYILVÁNTARTOTT
TBC-S BETEGÁLLOMÁNYBÓL A KOCH POZ.
VAGY KAVERNÁS ESETEK KORFÁJA



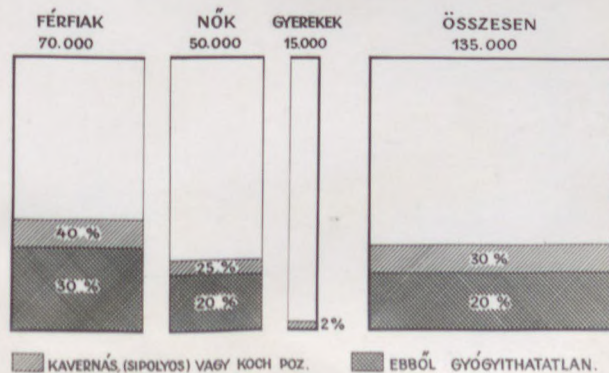
106.sz.ábra

A PULM. FOLYAMATTAL NYILVÁNTARTOTT
TBC-S BETEGÁLLOMÁNYBÓL A KOCH POZ.
VAGY KAVERNÁS, VALAMINT
A GYÓGYÍTHATLAN ESETEK ARÁNYA
KORCSPORTONKÉNT 1960-BAN



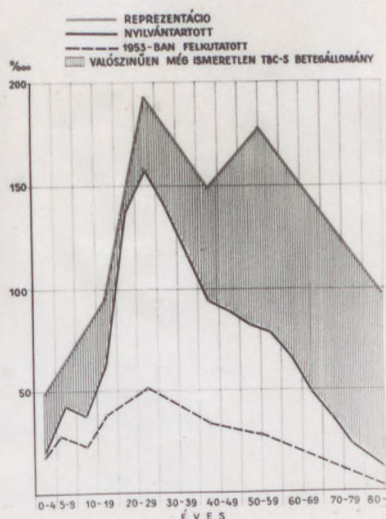
107.sz.ábra

MAGYARORSZÁG NYILVÁNTARTOTT TBC-S BETEGÁLLOMÁNYÁNAK
ÖSSZETÉTELE 1960



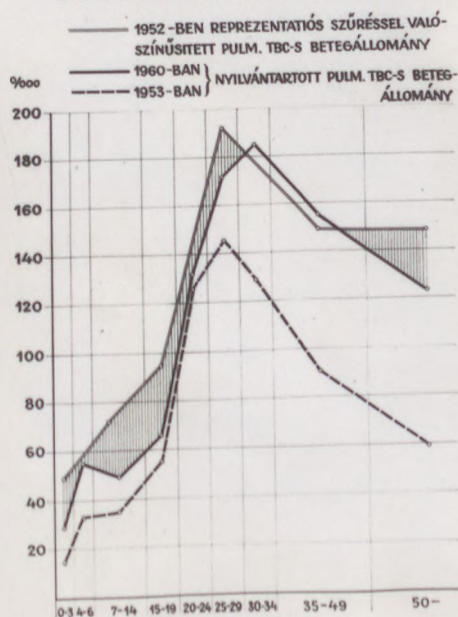
108.sz. ábra

A REPREZENTÁCIÓS SZŰRÉSEL VALÓSZÍNŰSÍTETHŐ, A NYILVÁNTARTOTT ÉS AZ 1953-BAN FELKUTATOTT TBC-S BETEGEK KORSZERINTI MEGOSZLÁSA (1953.)



109.sz. ábra

A PULM. TBC-S BETEGÁLLOMÁNY KORCSOPORTOK SZERINTI ALAKULÁSA

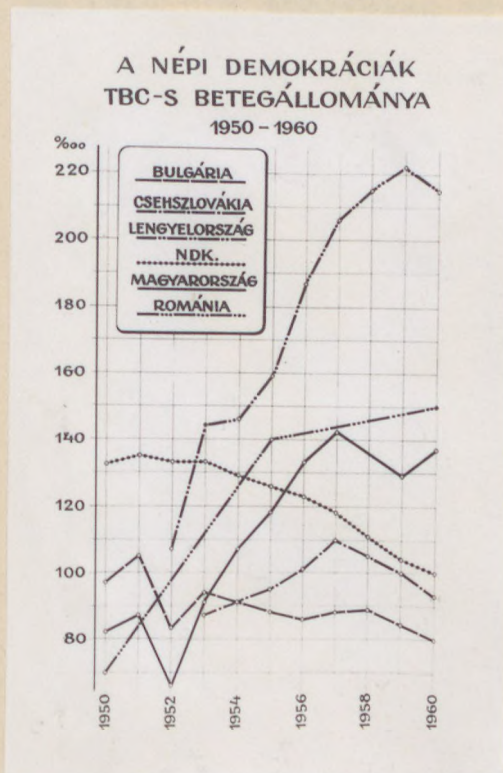


A felkutató tevékenység növekedésével párhuzamosan csökkent az inappercept betegek száma. Az 1953-ban elvégzett reprezentációs szűrések korcsoport-görbéje, összehasonlítva abban az időben nyilvántartottak görbéjével /108.sz. ábra/, csaknem minden korcsoportban nagyszámu inappercept betegre utal /grafikon sraffozott része/. Ha az 1953-as görbe fölé az 1960-ban nyilvántartottakat is felrajzoljuk /109.sz. ábra/, akkor kitűnik, hogy nagyobb számu inappercept beteget már csak az 50 éven felüli korcsoportokban feltételezhetünk /327/.

A nyilvántartott tbc-s betegállománynak, 12 %-a extrapulmonalis folyamatu /a 14 éven felüli férfiak 9 %-a, a nők 16 %-a, a gyermekek

12 %-a/. Az extrapulmonalis tbc-s betegek kb 6 %-a nyílt, sipolyos. A nyilvántartott extrapulmonalis tbc-s betegek 60 %-a nő és 40 %-a férfi, az arány tehát a pulmonális folyamatokhoz viszonyítva fordított /331/.

110.sz.ábra



A népi demokratikus országok tbc-s betegállományának alakulását a 110.sz.ábra szemlélteti. Kiugróan magas Lengyelországé /215 ‰/, ezt követi Románia /150 ‰/. Magyarország 137 ‰-el ebben is középén foglal helyet. Kedvező az NDK, Csehszlovákia és Bulgária már évek óta csökkenő tbc-s betegállománya.

d/ Á t v é s z e l t s é g / f e r t ő z ő t t s é g /

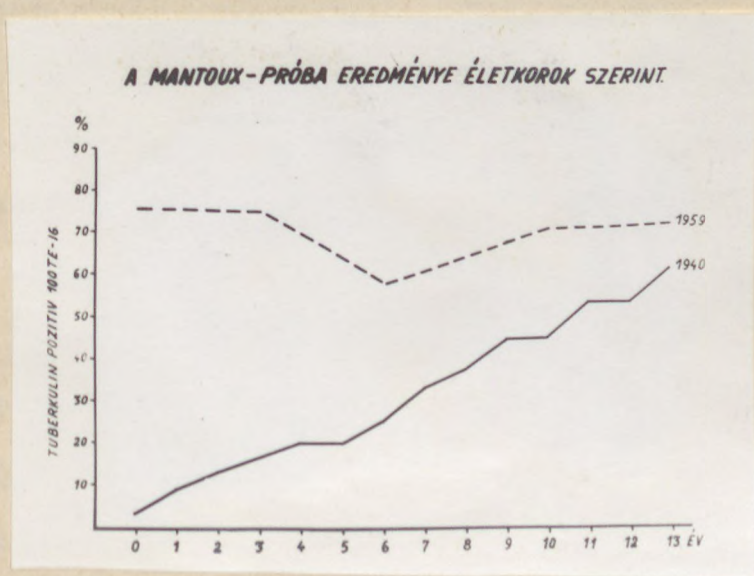
Meghatározott korcsoportok fertőzési arányszámának figyelemmel kísérése a járványtani helyzet alakulásának egyik legmegbízhatóbb mutatója. Magyarországon azonban erre, jelen körülmények között, nincs lehetőség. Ennek két oka van:

- 1/ Régebben a vizsgálati módszer és a vizsgálatához használt anyag nem volt egységes. Az esetek zömében csak Pirquet-próba történt.

2/ Fentieknél is nagyobb akadályt jelent azonban, hogy az 1948-49 óta Magyarországon tömegesen alkalmazott oltások miatt a fertőzésen átesett, illetőleg BCG-oltásban részesültek tuberkulin-reakciója egymástól nem különíthető el.

Az 1947 óta tömegesen végzett BCG-oltások hatását a lakosság tuberkulin érzékenysége szemléltetően mutatja Erdős/109/ grafikonja /111.sz.ábra/. Látható, hogy az 1940-es görbével szemben, - amelyen az átfertőzöttségi arány korévenként lassu emelkedő tendenciát mutat - az 1959-es görbe, a BCG-oltás hatására, már szinte egyenes vonalban halad. A fertőzöttségi arány vizsgálatára csak akkor kerülhet majd sor, ha a BCG-oltások gyakoriságán, a későbbi évek folyamán változtathatunk.

111.sz.ábra



e/ A szarvasmarha-tuberkulózis

A járványtani helyzet megítélése szempontjából nem közömbös az állati eredetű, elsősorban a szarvasmarhatuberkulózis előfordulási aránya, s az ebből adódó fertőzési veszély felmérése.

Ma már általánosan elfogadott Möllers /309/, Goettler-Weber /148/, Hedvall /167/, Madsen és munkatársai /272/, Jensen és munkatársai /191/ kutatásai alapján, hogy a bovin típusu baktérium nemcsak megbetegítheti az embert, hanem a humán tipussal azonos kórformák előidézésére képes. Nemzetközi statisztikák szerint - azokban az országokban, ahol a szarvasmarha-állomány nem gümőkórmentes - az emberi tüdőgümőkórnak mintegy 5-10 %-a bovin eredetű. Azokban az országokban, amelyekben a szarvasmarhagümőkór elterjedtebb, a bovin típusu baktérium okozta emberi tbc aránya még ennél magasabb is lehet. A falusi lakosok - szemben a városiakkal - az állatokkal való foglalkozás révén közvetlen fertőződésnek vannak kisebb-nagyobb mértékben kitéve. A gümőkóros tehenek teje és tejtermékei viszont még szélesebb körben terjesztik a fertőzést, a városok lakóit is veszélyeztetik. A megbetegedés aránya a gyermekkorban a legnagyobb /30-40 %/. Ugyancsak szoros összefüggés mutatható ki a bovin típusu fertőzés és az extrapulmonális tbc-s kórformák gyakorisága között.

A szarvasmarhagümőkór hazai epidemiológiai jelentőségét, 1945 után, több szerző vizsgálta. Szabó /438/ szerint az

1950/51-es években 2296 esetből, a bovin típus 6.9 %-ban fordult elő, szervi lokalizáció szerint pedig a tüdőfolyamatok 4.4 %-ában és a tüdőnkivüli folyamatok 36 %-ában. A bovin típusu fertőzés a mezőgazdasági dolgozók körében volt a legnagyobb /10.8 %/. Kertay és munkatársai /210/, budapesti lakosokat vizsgálva, tüdőtbc esetén 6 %-ban, extrapulmonalis-tbc esetén pedig 20.6 %-ban találtak bovin eredetet. Jancsin és munkatársai /188/ a gümőkóros mandulákból 39 %-ban, Gavallér és munkatársai /136/ női ivarszervi tbc esetén 33 %-ban tenyésztettek ki bovin típusu baktériumot. Utóbbiak anyagában a falusi nők 51 %-al, a városiak pedig 8 %-al szerepeltek. Kertay és munkatársai /209/, 1960-ban 219 tbc-s gyermeket vizsgálva 41.1 %-ban mutattak ki bovin típusu baktériumokat. Az agyhártyagyulladás és a heveny kórformák 44 %-ban, a tüdőnkivüli megbetegedések 58 %-ban és a tüdőtuberkulózis 39.2 %-ban volt bovin eredetű.

A fogyasztásra kerülő tej- és tejtermékek vizsgálata során, régebben Sal /410/, az utóbbi időben Szabó és Sántha /442/, valamint Kertay /207, 208/ azt találták, hogy még a pasztörözött tej is jelentős százalékban /8-20/ tartalmaz gümőbaktériumokat.

A szarvasmarha-állomány átlagos fertőzöttsége 1961-ben - a Földművelésügyi Minisztérium adatai szerint - 16 %-ra, ezen belül a tehénállomány fertőzöttsége 26 %-ra volt tehető. Az egyéni állattartók szarvasmarha-állományának

fertőzöttsége községenként igen változó /5-50 %/. A Dúnántulon általában súlyosabb a helyzet, mint az Alföldön. Országosan az egyéni gazdaságok, illetőleg a háztáji szarvasmarha-tartó udvarok 66 %-a bizonyult gümőkórmentesnek. A mezőgazdasági termelőszövetkezetekben a fertőzöttség 17.8 %, ezen belül a tehénállomány fertőzöttsége 31 % volt. Még rosszabb a helyzet az állami gazdaságokban, amelyekben a szarvasmarha-állomány fertőzöttsége 64 %-ot tett ki, és a növendékállomány 72 %-a volt csak gümőkórmentes. A termelőszövetkezetek és állami gazdaságok állatállományának magasabb fertőzöttsége a zsufolt elhelyezésből és a fertőzött állatok hiányos elkülönítéséből ered. Berencsi /29,30/ számításai szerint hazánkban, a kétmillióra tehető szarvasmarha-állományból 200.000 /kb. 10 %/ fertőzött, és a tuberkulinpozitív állatok kb. 5 %-a baktériuműritő. Ily módon kb. 10.000 nyílt gümőkóros szarvasmarhával, és ezen belül kb. 5000 fertőző tehénnel kell számolni.

Fenti adatokból nyilvánvaló, hogy az állati eredetű fertőzés lehetősége és veszélye Magyarországon ma még jelentős.

IV.

A TBC ELLENI KÜZDELEM TOVÁBBI FELADATAI ÉS A TBC
FELSZÁMOLÁSÁNAK PERSPEKTIVÁJA

1. A tbc felszámolásának lehetősége és szakaszai
általában

A századfordulón, és azt követően a tbc halálozás számos országban bekövetkezett csökkenése láttán, néhány előrelátó és optimista szerzőben kialakította azt a véleményt, hogy a tbc előbb-utóbb legyőzhető és megszüntethető betegség lesz.

A hazai szerzők közül Korányi F. /222/ 1887-ben így fogalmazza meg véleményét: "Minden avatott ember érzi, hogy a XX. századnak az lesz az egyik legfontosabb feladata, hogy a tüdővész hatalmát megtörje". Fränkel /127/ a század elején pedig azt írta, hogy "a fiatalabbak joggal remélhetik, hogy a tbc még életük folyamán elvesziti népbetegség jellegét". Willbur /505/ 1908-ban azt jósolja, hogy "ha a halálozás ütemének csökkenése továbbra is így folytatódik, Massachusetts kb. 1935 körül fogja az alapgörbét átmetszeni, vagyis ez időszakban már nem lesz gümőkóros halálozás". Ang-

liára és Walesre vonatkozóan ezt az időpontot 10 évvel későbbre becsülte. Cobbet /74/ 1917-ben szintén valószínűnek tartotta "az emberiséget pusztító ezen népbetegség gyors kihalását". Krause /252/ 1926-ban a gümőkóros halálozás 1910-1920 közötti jelentős csökkenését így értékeli: "Eljöhet az az idő, amikor nem marad elég bacilus a tbc-mortalitás adott szintjének fenntartására. Ha a mortalitás továbbra is így csökken, akkor 1940-ben 20 ‰ lesz" /valójában 1940-ben ennek kétszerese volt/. Frost /132,133/ 1937-ben a következőket állapította meg: "A tuberkulózisnak /az idők folyamán való/ felszámolásához nem szükséges a betegség terjedését azonnal és tökéletesen megakadályozni. Csak az fontos, hogy a meglévő fertőzőforrások által létrehozott új megbetegedések között előforduló fertőzőforrások száma ne segítsen a meglévő fertőzőforrások számának fenntartásához, hanem állandóan csökkenő irányzatot mutasson. Ha a fertőzőforrások száma állandóan csökken, akkor a végeredmény csak a tbc-baktérium kipusztulása lehet". Dublin /100/ 1941-ben arra a kérdésre, hogy "vajon elegendő-e a nyílt betegek és fertőzőforrások száma a betegség további fenntartására" - így válaszol: "Nagyon valószínű, hogy az egész népességet tekintve átléptük a határt, s a gümőkór a megsemmisülés felé halad".

Az optimista megnyilatkozásokkal szemben, az 1950-es években néhány szerző óvatosságra int a tbc helyzet megítélésében: Edward és Drolet /105/, majd Drolet és Lowell /99/,

valamint Ickert /184/ mutatnak rá, hogy a tbc-mortalitás és morbiditás görbéi nem haladnak párhuzamosan. E jelenséget "diszkrepanciá"-nak nevezték el. Hangsúlyozták, hogy a tbc járványügyi helyzetet nem lehet csak a mortalitási adatok csökkenése alapján megítélni. Ezért nem indokolt a tbc járványügyi helyzet alakulását túlrózsásnak itélni.

"Elérkezett az az idő, amikor tekintetünket elfordíthatjuk a temetőkről, a korán elhaltak sírhalmairól azokra az élő tbc-s betegekre, akik valóban segítségünkre szorulnak. Világos, hogy mindaddig, amíg az új betegek száma állandó marad, vagy - ami még rosszabb - emelkedik, az emberiség átkát nemcsak hogy nem küzdöttük le, hanem az még jelenleg is kicsuszik kezünkből. Ezért tehát, ha szembe akarunk nézni a jelenlegi helyzettel, itt az ideje, hogy alaposabb vizsgálat tárgyává tegyük, a mortalitás mellett, a morbiditás alakulását is" /105/.

A diszkrepancia jelensége valóban számos országban megfigyelhető volt, és még ma is megfigyelhető néhány országban, de csak mint átmeneti jelenség. A morbiditás csökkenése ugyanis a mortalitás csökkenésénél később és lassabban következik be.

A diszkrepancia szerepét hangsúlyozómóvatosabb, pesszimista véleményekkel szemben, a legutóbbi években a morbiditási adatok számos országban megfigyelhető csökke-

nése láttán, a nemzetközi irodalomban ismét az optimista álláspontok kerültek tulsulyba. Egyre több szerző és nemzetközi konferencia foglalkozik a tbc felszámolásához szükséges intézkedések kidolgozásával. És már nemcsak általánosságban, elvisek tárgyalják a kérdést, nemcsak jósolnak és becsülnek különböző számítások alapján, mint az I. világháboru előtti időszak szerzői tettek, hanem konkrétan vizsgálják a gyakorlati megvalósítás módozatait, az egyes országokban megteendő intézkedések szükségességét.

Az Egyesült Államok Tbc Egyesületének /NTA/ /NCTW/ vezető szakorvosai 1959-ben az "Arden House" konferencián a tbc leküzdésének különböző fokozatait a következő epidemiológiai adatokkal jellemezték /320/:

1. A felügyelet szintjén /Surveillance Level/:

- a/ a mortalitás 2 ‰
- b/ a morbiditás 10 ‰
- c/ a fertőzési arány 10 ‰

2. A korlátozás szintjén /Control Level/:

- a/ a mortalitás maximálisan 0.5 ‰-re
- b/ a morbiditás maximálisan 3 ‰-re
- c/ a fertőzési arány 5 ‰-ra csökken.

3. A felszámolás szintjén /Eradication Level/ már nincsenek halálozások, új megbetegedések és fertőzőfor-

rások. A konferencia véleménye szerint ez a szint, belátható időn belül, újabb oltóanyag nélkül nem érhető el.

Palmer /346/ 1958-ban hangsúlyozta, hogy: "a már jelentős eredményt elért országokban, a tbc leküzdése érdekében kifejtett tevékenység a jövőben lényegében eltér majd a multbélitől. A különbség nem utolsó sorban a betegség elleni küzdelemből a betegség felszámolásába való átmenet lesz. Távlatban nemcsak lehetséges, hanem kötelesség is a felszámolást célként kitűzni. Nem szabad megállni egy közbeeső szakasznál, amelyet korlátozásként, /"control"/ jelölnek meg. Olyan súlyos idült betegség kiirtása, mint amilyen a tbc nem egyszerű feladat, és senki sem hiheti, hogy egy vagy akár 2-3 évtized alatt megvalósítható. Ezen cél eléréséhez szükséges eszközök azonban ma már rendelkezésünkre állnak és még továbbiak kidolgozás alatt vannak". Ezzel szemben Holm-nak /176/, az Egészségügyi Világszervezet Tbc osztályának vezetőjének véleménye szerint: "A tbc radikális kiirtása a mai helyzetben, az orvostudomány mai állása mellett, amikor - mint írja - a világ népességének 0.5-1 %-a bacilusüritőnek tekinthető, még nem reális célkitűzés. A jelen időszakban meg kell elégednünk ezzel a szerényebb célkitűzéssel, hogy a tbc ne legyen népegészségügyi probléma". Ez alatt pedig azt érti, hogy "a tbc gyakorisága egy adott közösségben olyannyira lecsökkenjen, hogy ne legyen többé szükség speciális óv-

intézkedésekre és hogy a lakosság általános gyógyító-megelőző ellátásán belül gondoskodás történhessék azon néhány, esetlegesen fellépő megbetegedésről, amelyek még egy ideig elkerülhetetlenek lesznek". Véleménye szerint "ez akkor érhető el, ha az adott közösség 14 éves koru gyermekei mindössze 1 %-ban fertőzöttek, azaz tuberkulin-pozitívak. Ha ezt elértük, akkor nyugodtan kijelenthetjük, hogy a fertőzés, illetve megbetegedés veszélye oly csekély, hogy nem jelent népegészségügyi problémát". A tbc végleges felszámolásának kérdése a Nemzetközi Tbc Világszervezet 1961 szeptemberében megtartott XVI. Nemzetközi Tbc. Konferenciáján is napirendre került. A beszámolót Canetti /69/ tartotta. A tbc felszámolásának főbb orvosi módszereit a következőkben jelölte meg:

1. tömeges ernyőfénykép-szűrések és bakteriológiai tenyésztéses vizsgálatok,
2. szakszerű és hosszantartó gyógyszeres kezelés,
3. BCG oltás
4. chemoprofilaxis.

Canetti a leküzdés lehetőségei szerint az országokat három csoportba osztotta: az alacsony fejlettségű országokban a tbc végleges felszámolásának programja ma még nem állítható fel. Ott, az európai országokban is jól bevált kombinált gyógyszeres kezelést kell szélesben elterjeszteni és alkalmazni. Azon közepes fejlettségű országokban, ahol a mortalitás még mindig magas, a bő-

ségesen rendelkezésre álló megelőző és kezelési módszerek minél tökéletesebb kihasználására kell törekedni. Olyan magas fejlettségű országokban azonban, ahol a mortalitás már igen alacsony - ilyen ország Canetti szerint még kevés van - elképzelhető a végleges felszámolás programjának a kidolgozása. Ez azonban nagyon nehéz feladat. Egyetlen módja u.i. a széles tömegek chemoprofilaxisa lenne. Ennek pedig számos elvi és gyakorlati nehézsége van.

A tbc leküzdésének lehetőségeivel és feladataival a szocialista országok 1962-ben tartott weimari konferenciája foglalkozott /476/. A konferencia a tbc leküzdésének szakaszait a következőkben jelölte meg:

1. A felkészülés szakaszában meg kell teremteni, az illető ország epidemiológiai helyzetének tudományos elemzése alapján, a tbc leküzdéséhez szükséges valamennyi személyi és tárgyi feltételt.
2. A népbetegség jelleg megszüntetésének szakaszában az évi ujmegetegedések száma már nem érheti el az 50 ‰-et.
3. A tbc-nek, mint fontos közegészségügyi problémának végleges felszámolása akkor következik be, amikor a 14 éves korúak fertőzöttsége nem éri el az 1 ‰-ot.

A szocialista országok ezen álláspontja azt jelenti, hogy ezekben az országokban nemcsak a tbc népbetegség jellegének megszüntetése került napirendre, hanem a tbc-nek, mint közegészségügyi problémának a végleges felszámolása is.

Szerzők többsége egyetért abban, hogy a tbc felszámolása az egyes országokban, az egyenlőtlen fejlődés következményeképpen kialakult epidemiológiai helyzetnek megfelelően, különböző időpontban következhet be. Egyező a többség véleménye abban is, hogy a tbc felszámolása több, egymást követő szakaszra tagozódik. Első célkitűzés: a tbc-nek, mint népbetegségnek megszüntetése. Csak ezt követheti, hosszabb idő után, a kiirtás szakasza. Szerzők többsége a kiirtás szakaszát még igen távolinak tartja. Igen ellentétesek a nézetek abban a tekintetben is, hogy a járványtani mutatók milyen szintjén szűnik meg a tbc népbetegség jellege, illetőleg e szakaszok határai milyen epidemiológiai mutatókkal jellemezhetők.

A tbc leküzdésének különböző szakaszait nem célszerű merev epidemiológiai mutatók szerint elhatárolni. Egy állandóan mozgásban levő folyamatról van szó, amelyben az egyes szakaszok évtizedekig tartanak, ezért nem is lehet közöttük merev határ. Jobb ezért az egyes szakaszokat epidemiológiai mutatók helyett a szükséges alapvető tendenciák szerint megkülönböztetni. Fentiek alapján a tbc leküzdésének szakaszai a következőképpen jellemezhetők:

1. A felkészülés időszakában a tbc, még elsősorban az idősebb koru népesség körében elterjedt népbetegség. A lakosság átfertőzöttsége, a fertőzőforrások száma még magas arányu. A halálozás csökkenése mellett már a morbiditás kisfoku csökkenése is megfigyelhető. Az

idősebb korosztályok /50 év felettiek/ megbetegedési aránya még magas, és az inappercept betegek számától és a felkutatás intenzitásától függően átmenetileg még növekedhet is. A fiatal korosztályok megbetegedési arányai ugyanakkor állandó, s egyre fokozódó ütemű csökkenést mutatnak. A nyilvántartott betegállományban szintén az idősebb korosztályok kerülnek fokozatosan tulsulyba. A felkészülés időszakában meg kell teremteni a tbc leküzdéséhez szükséges valamennyi személyi és tárgyi feltételt. Ehhez nélkülözhetetlen a tbc elleni küzdelem hálózatának további fejlesztése, valamint valamennyi módszerének együttes és átfogó alkalmazása, beleértve a szarvasmarha-tbc elleni küzdelmet is. E szakasz időtartama, az epidemiológiai helyzeten kívül, függ az illető ország társadalmi rendszerétől, az egészségügyi hálózat fejlettségétől és a küzdelem kiterjedésétől és ütemétől.

2. A népbetegségi jelleg megszüntetésének szakában, a tbc-halálozás további jelentős csökkenése mellett, a tbc-morbiditás is egyre erőteljesebben csökken, és ez már nemcsak a fiatal korosztályok megbetegedési adataira vonatkozik, hanem az idősebb korosztályokéra is. Ennek megfelelően a nyilvántartott betegállomány is mind kevesebb. Ez pedig egyre kevesebb fertőzőforrást jelent, minek következtében a tuberkulin-pozitívak aránya is állandó csökkenő tendenciát mutat. E szakasz kezdetén még szükség van a tbc elleni küzdelem hálózatának intenzív tevékenységére.

A morbiditás csökkenése lehetőséget ad valamennyi új beteg intézeti kezelésére, de egyre nagyobb lehetőség nyílik az idült, gyógyíthatatlan betegek intézeti elkülönítésére is. Az epidemiológiai adatok javulásának megfelelően, az egyes tömegesen alkalmazott megelőző intézkedések is fokozatosan elhagyhatók, pl. a BCG-revakcinációban részesülő korosztályok számát először 3, majd 2 évfolyamra lehet szűkíteni. Fokozatosan ritkítani lehet a tömeges szűrővizsgálatok gyakoriságát és terjedelmét is. A gondozók - kevesebb betegük lévén - rendszeres ellenőrzésben és gondozásban részesíthetik az "inaktív" rtg-elváltozást, valamint a tuberkulin-szűrővizsgálaton fertőzésre utaló, reakciót mutató egyéneket is. E szakasz folyamán a fekvőbetegintézetek egy része fokozatosan más szakmáknak adhatók át, a gondozóintézet sokoldalú tevékenysége azonban még nem nélkülözhető.

3. A tbc teljes felszámolásának szakaszában e betegség már csak szórványosan fordul elő. A tömeges megelőző intézkedések közül már csak a rendszeres tuberkulin-szűrővizsgálatok elvégzése indokolt. Ezzel biztosítható a szórványosan előforduló fertőzések korai felfedezése és korai kezelésbe vétele. A fertőzőes allergiás reakciót, valamint az inaktív elváltozást mutató egyének gondozása jelenti a hálózat legfontosabb feladatát. A tbc elleni küzdelmi hálózat feladatait egyre inkább az általános egészségügyi hálózat veszi át.

A tbc elleni küzdelem szakaszainak fenti meghatározása nem elvont, kizárólag elméleti jelentőségű csoportosítás, hanem gyakorlati szempontból is fontos. Ezzel a meghatározással a küzdelem egyes szakaszainak stratégiai célkitűzéseihöz, az alkalmazott módszerekhez, azok irányához és terjedelméhez, vagyis a gyakorlati munka szervezéséhez kapunk alapvető elvi utmutatásokat.

A fentiekben ismertetett szakaszok alapján, a tbc leküzdésének lehetőségét és perspektíváját tekintve, az egyes országok a következő három csoportba sorolhatók:

1. A tőkés államok közül azok a fejlett, gazdag, többnyire gyarmatokat kizsákmányoló országok állnak a legjobban, amelyek tőkés fejlődése korán elkezdődött, és ahol az anyaország lakosságának nagyrésze viszonylag magas életszinvonalon él. Ezekben az országokban a tbc elleni hálózat kiépítése már a századforduló idején elkezdődött, és igen gyors ütemben fejlődött. Ide sorolhatók többek között a Skandináv államok /Dánia, Svédország, Norvégia/, Anglia, Hollandia, Belgium, az USA egyes területei, Kanada, Ausztrália, stb. Epidemiológiai helyzetük és felkészültségük alapján ezen országok a tbc leküzdésének második szakaszába sorolhatók. Megvan a lehetőségük a tbc-nek, mint népbetegségnek belátható időn belüli - néhány évtized alatt - megszüntetésére.

2. A tőkés országok egy másik csoportjának a helyzete már kevésbé kedvező. Ezekben a tbc még elterjedt népbetegség. A tbc-járvány csökken ugyan, de a csökkenés üteme sokkal lassabb. Ezen országok közé tartoznak: Portugália, Törökország, Délamerika, Afrika, Ázsia számos országa, többek között Japán. Ezen országok a tbc leküzdésének első, vagyis a felkészülés szakaszába sorolhatók. Többségükben a szociális, gazdasági és egészségügyi viszonyok kevésbé fejlett volta miatt a tbc népbetegség jellegének megszüntetése belátható időn belül nem várható.

3. A kapitalista országok közül a legrosszabb helyzetben természetesen a gyarmatok vagy a gyarmati sorból nemrég felszabadult országok vannak /India, Indonézia, Dél-Korea, stb./. A gazdasági és, az ezzel együttjáró egészségügyi viszonyaik elmaradottsága, valamint az alacsony életszínvonal miatt a tbc-járvány mutatóinak csak igen lassu ütemű javulása várható. Sőt, egyes országokban a csökkenés helyett még átmeneti rosszabbodással is számolni kell. Ezekben az országokban még hosszú időn keresztül a küzdelem alapjainak megteremtése a fő feladat.

A tbc leküzdésének perspektíváját illetőleg a szocialista országok helyzetét a következőkben foglalhatjuk össze:

A szocialista államokat, rosszabb kiindulási helyzetük miatt, a tuberkulózis leküzdése szempontjából, a kapitalista országok második, illetve harmadik csoportjába tartozó államokhoz hasonlíthatjuk. Többségüket a II. világháború előtt ugyanis az elmaradt gazdasági és társadalmi viszonyok; félgyarmati, illetve gyarmati helyzet, és ennek megfelelően alacsony életszínvonal és elmaradott egészségügyi viszonyok jellemezték. Ennek ellenére, a szocialista társadalmi rendszer magasabbrendűségének köszönhetően, valamennyiükben sokkal gyorsabb ütemű és tervszerűbb fejlődés indult meg, mint a kapitalista államokban.

1. A legjobb eredményeket az NDK, Bulgária és Csehszlovákia érték el. A tbc hálózat gyorsütemű, nagyarányú, egyidejű fejlesztésével, valamint a tömeges megelőző intézkedések viszonylag korai bevezetésével és széleskörű alkalmazásával elérték, hogy a felkészülés szakaszán túljutva, lehetőségük nyílt a tbc népbetegség jellegének belátható időn belüli megszüntetésére is. Mindhárom országban, a mortalitás nagyarányú visszaesése mellett, valamennyi korosztály morbiditása, valamint a betegállomány nagyarányú csökkentést mutat. Ennek egyik következménye, hogy említett országokban a tbc-s betegek ápolását szolgáló ágyak egy része már is feleslegessé vált / az NDK már 1955-ben 5000, Csehszlovákia pedig 1960-ban 1500 tbc-ágyat adott át az általános egészségügyi hálózatnak/.

2. A szocialista országok közül a felkészülés szakaszába sorolhatók, a Szovjetunió, Magyarország, Románia és Lengyelország. A tbc ezen országokban még népbetegségnek tekinthető. A lakosság fertőzöttségi aránya még magas. A mortalitás csökkenésén túl, már a morbiditás is csökken ugyan, de az idősebb korosztályokban csak kis fokban, és a betegállomány is magas. Ezekben az országokban még szükség van a tbc hálózat további fejlesztésére. Viszonylag rövid idő alatt azonban ezekben az országokban is megteremthetők a népbetegség-jelleg megszüntetésének feltételei. Legjobb a helyzet a Szovjetunió egyes területein és Magyarországon, valamivel kedvezőtlenebb Romániában és Lengyelországban.
3. A szocializmust építő országok közül, a tbc leküzdhetőségét illetőleg, természetesen a gyarmati sorból felszabadult és a szocializmus útjára lépett országok /Kína, Vietnám, Korea/ állanak legrosszabbul. Ezen országok nagyarányú erőfeszítéseket tesznek, hogy elmaradottságukat ezen a téren is, viszonylag rövid idő alatt felszámolhassák. Ezekben az országokban jelenleg a tbc elleni küzdelem szervezetének kiépítése a fő feladat, és csak majd ezután láthatnak hozzá a leküzdés konkrét tervének kidolgozásához.

2. A tbc felszámolásának lehetőségei és szakaszai
Magyarországon

Magyarország - mint már említettem - azon államok sorába tartozik, amelyekben a népbetegség-jelleg belátható időn belül megszüntethető. Jelenleg a tbc leküzdése tekintetében a felkészülési szakasz végén vagyunk. Ahhoz, hogy a magyar tbc elleni küzdelem a leküzdés második, a népbetegség-jelleg megszüntetésének szakaszába jusson, a tbc hálózat további jelentős fejlesztésére van szükség /301,304/.

A tbc elleni küzdelem fejlesztési tervének kidolgozásához már 1953-ban hozzákezdtünk. A munka befejezésére és a terv elfogadására azonban csak 1960-ban kerülhetett sor, az 1956-os ellenforradalom okozta politikai és gazdasági nehézségek miatt. Azonkívül az ellenforradalom hatása - ahogyan erre már az előzőekben rámutattam - a tbc-járványtani adatok alakulásában is megmutatkozott. Ezért a részletes fejlesztési tervek kidolgozására csak a konszolidáció után kerülhetett sor.

A tbc elleni küzdelem továbbfejlesztési tervének alapját a népgazdaság második 5 éves terve és az 1960-tól 1980-ig terjedő 20 éves gazdasági távlati terv alkotja. Számolunk a távlati tervben megadott nagyarányú életszínvonal-emelkedéssel általánosságban, és külön az előirányzott lakásépítkezésekkel. Tbc elleni küzdelmünk fő

stratégiai célkitűzése szerint, ez idő alatt létre kell hozni a tbc leküzdésének valamennyi szervezeti, személyi és tárgyi feltételét.

a/ A t b c h á l ó z a t f e j l e s z t é s i
t e r v e

Az 1961-65 évekre vonatkozó szakmai, szervezési és fejlesztési tervünk célkitűzéseit a következőkben jelöltük meg:

1. Az újszülöttek és a tbc-vel szemben védtelen 30 éven aluli lakosság /gyermekek és fiatalok/ meghatározott korosztályainak specifikus védelme rendszeres BCG-oltások és újraoltások útján. Ez évente kb. 1 millió tuberkulin-vizsgálatot és 3-400.000 BCG-oltást jelent. Valamennyi tuberkulinnal vizsgált és oltásban részesített lakosról tuberkulin kataszttert kell felfektetni.
2. A 14 éven felüli lakosság minden tagját, 1963 végétől kétévenként, 1965 végétől pedig évenként rtg-ernyőszűrővizsgálatban kell részesíteni. Az évenként elvégzett rtg-ernyőszűrések számát 1963 végéig évi 4 millióra, 1965-ig évi 8 millióra kell növelni. A szűréseket nagyobb városokban az ernyőszűrő-állomásokon, falun pedig mozgó ernyőszűrő-szolgálatokkal kell lebonyolítani. Az ernyőfényképszűrés fő módszere a lakosságszűrés kell, hogy legyen. Minden 14 éven felüli lakosról tüdőrtg-kataszttert kell felfek-

tetni. A 10-14 éves gyermekek ernyőszűrővizsgálata, a morbiditási helyzet alakulása következtében a közeli években előreláthatóan megszüntethető lesz. E korosztályok tuberkulin-szűrővizsgálata feltehetően elegendő lesz. A lakosságszűrésekre való áttéréstől, a tüdőrtg-kataszter felfektetésétől és a szűrési igazolvány rendszeresítésétől az egyéni és csoportos szűrővizsgálatok számának nagymérvű csökkenése várható. Az ily módon felszabaduló munkaidőt az alaposabb kivizsgálásra és az un. minimális elváltozást mutató egyének fokozottabb ellenőrzésére lehet majd felhasználni.

3. A tbc-gondozóintézetekben nagy súlyt kell helyezni a rtg-szűrővizsgálatok alapján gyanusnak találtak, valamint a már panasszal jelentkezők alapos kivizsgálására. A tbc gondozó- és fekvőbetegintézetekben fokozatosan mindenütt gondoskodni kell a rtg-réteg-felvételek készítésének a lehetőségéről. A tbc bakteriológiai tenyésztéses vizsgálatok számát a szükségletnek megfelelően, de 1965 végéig legalább évi 1 millióra kell növelni. Az un. minimális folyamatok kivizsgálásánál és a gyógyulás kritériumának megállapításánál fokozott figyelemmel és alapossággal kell eljárni. Ennek érdekében még a fekvőosztályi kivizsgálás is indokolt.

4. A meglévő és fejlesztésre kerülő tbc-gyógyintézeteink elsőrendű feladata a megoldható folyamatu, és

ezen belül is elsősorban az ujonnan felfedezett megoldható folyamatu betegek gyógykezelése. El kell érni, hogy minden ujonnan felfedezett és nyilvántartásba vett beteg gyógykezelése intézetben kezdődjék el. A gyógyintézeti kezelés alapja a hosszantartó, kombinált gyógyszeres kezelés, amelyet a gyógykezelés egyéb módszereivel /szanatórium rezsim, szükség esetén aktiv beavatkozás, stb./ kell kiegészíteni. Az ápolás időtartama lehetőleg a folyamat megoldásáig tartson. Nagyfoku regresszió esetén, megfelelő körülmények között a beteg korábban is kibocsájtható. A gyógyintézeti kezelést minden esetben hosszantartó, ambuláns gyógyszeres kezelésnek kell követnie. Az ambuláns gyógyszeres kezelésben kell ezenkívül még részesíteni a gyógyíthatatlan folyamatu intézetben el nem helyezhető betegeket. A gyógyszeres kezeléshez szükséges első- és másodrendű antituberkulotikumokat mind a fekvőbeteg-, mind a gondozóintézetek részére kellő mennyiségben kell biztosítani. Nagy súlyt kell helyezni a hosszantartó intézeti kezelés anyagi és psychés nehézségeinek elhárítására. Ennek érdekében ki kell szélesíteni a fekvőbetegintézetekben a foglalkoztatásos therápiát, a szociális és kulturális tevékenységet. Fejleszteni kell a fekvőbetegintézetek felszerelését és a létszámellátottságot is. A tbc-s beteg és családja a kezelés folyamán fokozott anyagi támogatásban részesítendő. A nehezen kezelhető /alkoholista, asszociális/ betegek intézeti kezeléséhez az orvosi pszichológiai módszerek fejlesztése szük-

séges. A fegyelmi eltávolítás epidemiológiai és egyéni szempontból egyaránt alkalmatlan módszer. A tbc-s betegek eredményes, egységes elvek alapján történő kezelésének alapja a tbc gondozó- és a fekvőbetegintézetek szoros együttműködése, a beutalástól és az ápolási időtartam meghatározásától kezdve, az ambuláns utókezelés biztosításáig.

5. Fontos feladat a gyógyult és a csökkent munkaképességű betegek rehabilitációja. Elő kell segíteni, hogy a betegek egészségi állapotuknak megfelelő munkához jussanak, esetleg szakmai képzés útján megfelelő jövővelmet nyújtó foglalkozást kell biztosítani részükre. Az átképzés előnyben részesítendő módjának a munkamelletti átképző tanfolyamokat kell tekinteni. Ki kell dolgozni a tbc-s rokkantak foglalkoztatására alkalmas szervezeti módszereket, és azokat széleskörűen alkalmazni kell.
6. Nagy gondot kell fordítani a gyógyíthatatlan fertőző betegek elkülönítésére és környezetük védelmére. Az ellátatlan gyógyíthatatlan betegeket intézetben /szociális otthonokban/ kell elhelyezni. Egyébként elkülönítés céljára fekvőbetegintézeti ágyaink kb. 1/3-át lehet felhasználni. A morbiditás csökkenése azonban később lehetőséget ad majd arra is, hogy ezen az arányon változtathassunk. A házi ápolásban részesülő gyógyíthatatlan fertőző betegek elkülönítése és környezetük védelme széleskörű tevékenységet kíván

/BCG-oltás, chemoprofilaxis, általános diszpozíciós intézkedések, obszerváció/. A lakás kiutalásoknál elsősorban ezeket a betegeket kell előnyben részesíteni.

7. A tbc elleni küzdelem eredményeiben tulajdonképpen az egész lakosság érdekelt. Ezért aktív közreműködésük biztosítása érdekében széleskörű felvilágosító munkára van szükség. A felvilágosító tevékenységnek bővítene kell a lakosság egészségügyi ismereteit - a betegség lefolyásáról és gyógyíthatóságáról, prognózisáról, a fertőzés módjáról és annak elkerüléséről - és nagy súllyal kell benne szerepelnie a gyógyult betegek társadalomba való visszatérésének is.

Fentebb ismertetett szakmai és szervezési feladatok végrehajtása a tbc hálózat további jelentős személyi és tárgyi fejlesztését teszi szükségessé. A tbc elleni küzdelem 1961-1965 közötti fejlesztési tervének főbb adatai a következők:

1. E fejlesztési terv legtöbb anyagi áldozatot kívánó része a fekvőbeteg ellátást érinti. Ez idő alatt összesen 3000 új tbc-ágy létesül, ami azt jelenti, hogy hazánkban a második ötéves terv során felépített gyógyintézeti ágyak 40 %-a tbc-s beteg ápolását szolgálja. Az ágyfejlesztés jelentős részét a tipusterv alapján épített 300 ágyas tbc-intézetek teszik ki. Hét 300 ágyas és két 150 ágyas intézet épül azonos

tervek alapján, melyek kidolgozásakor a vezető szempont a következő volt:

- a/ a korszerű munka feltételei biztosítottak legyenek,
- b/ az épületek legyenek a későbbi években, átalakítás útján, más betegek kezelésére alkalmassá tehetőek,
- c/ a gazdaságosság és takarékoság érvényesüljön anélkül, hogy az a korszerű gyógykezelés rovására menne.

A felsorolt szempontok sikeres érvényesítését mutatja, hogy egy ágy költsége 90-95.000 Ft-ot tesz ki, szemben az egy kórházi ágyra eső 150.000 Ft-os kiadással. Az újonnan felépítésre kerülő 3000 ágy megoszlását, az építkezés időpontját és befejezését a 79.sz.tábla adatai mutatják /303/.

79. A tbc intézetek /osztályok/ fejlesztése 1960-65 között /a megindulás évének sorrendjében/

H e l y e	Az épít- kezés kezdő éve	Megin- dulás éve	Létesí- tett új ágy	ebből fejlesztés
Ujrónafő /Győr m./	-	1961	80	22 ^x
Miskolc	-	1961	112	112
Zalaegerszeg-Pózva	1960	1962	300	300
Mátraháza	1960	1962	100	100
Csákvár /Fejér m./	1960	1962	70	70
Pécs-Mecsek	1961	1963	300	300
Tatabánya-Vértess	1961	1963	300	300
Nyíregyháza-Sóstó	1961	1963	300	300
Győr	1962	1963	150	150
Szolnok	1962	1963	40	40
Kecskemét	1962	1963	50	50
Kalocsa	1962	1964	300	177 ^{xx}
Szekszárd	1962	1964	300	178 ^{xxx}
Korányi Sebészeti	1963	1965	180	180
Edelény /Borsod m./	1963	1965	300	300
Heves	1964	1965	150	150
Intézeteken belüli helyi ágyfejlesztések	-	-	271	271
Összesen	-	-		3000

- x/ a mosonmagyaróvári 58 belágy,
- xx/ a kalocsai 123 belágy,
- xxx/ a szekszárdi 122 belágy megszüntetésével.

2. Fejlesztési tervünk másik fontos része a rtg-ernyő-szűrő-szolgálatok fejlesztése. Az ernyőszűrés mind a lakosság, mind az egészségügyi dolgozók igénybevételére, terhelésre, sugárveszélyeztetettsége, mind pedig népgazdasági szempontból a legelőnyösebb, nagy tömegekre kiterjeszthető eljárásnak bizonyult. Az ernyőszűrő szolgálat fejlesztési tervének kidolgozásakor tekintettel voltunk arra is, hogy a gondozóintézeteket lehetőleg tehermentesítsük az átvilágításos szűrésektől. Ezért minden 20.000-nél több lakost számláló városban szűrőállomás létesítését határoztuk el. Ezzel évi 3 millió lakos vizsgálata válik lehetővé, és ugyanakkor a vidéki gondozók 1/3-ában minimálisra szorítható az átvilágításos szűrések száma. Az ernyőfénykép-szolgálat fejlesztési tervét a 80.sz.tábla mutatja.

80. Rtg ernyőfénykép-szolgálatok fejlesztése
1961-1965 között

Ernyőf. typus	1960 év végén	F e j l e s z t é s						Összesen 1965 végén
		1961	1962	1963	1964	1965	együtt	
SEF	14	10	25	3	-	-	38	52
MEF	23	1	11	14	10	-	36	59
EGYÜTT	37	11	36	17	10	-	74	111

Mint a táblából látható, 1962 év végéig beszerzésre és felállításra kerülnek a 2 éves időközökben rendszeresített lakosságszűrésekhez szükséges rtg ernyőfénykép-készülékek, illetve szolgálatok. 1964 végéig pedig biztosítjuk az évenkénti szűréshez szükséges feltételeket is.

3. A tbc megelőzésével és gyógykezelésével kapcsolatos szerteágazó feladatok szükségessé teszik az e feladatok végrehajtásában elsősorban érdekelt gondozóintézetek jelentős fejlesztését, és pedig elsősorban személyi téren. Ezért nagy gondot fordítottunk a tbc-gondozók létszámfejlesztési tervének a kidolgozására. A tbc-gondozók 1961-65 közötti létszámfejlesztésének méreteit a 81.sz.táblázattal kitűnő normák alapján határoztuk meg.

81. Tbc gondozóintézetek létszámnormája

Ellátandó népesség	Orvos	Asszisztens	Calmette nővér
20.000-ig	1	1	1
30.000-ig	1	2	1
50.000-ig	1	3	2
50.000-en felül	2	4	2

A normák alapján kidolgozott létszámfejlesztés nagyobb részét, - mint az a 82.sz.táblából látható is - már a második ötéves terv kezdeti éveiben biztosítjuk, hogy a gondozók megnövekedett feladataiknak eleget tudjanak tenni. Nagy súlyt helyezünk e tervek keretében az újonnan felvett asszisztensnők kiképzésére és a régebbiek továbbképzésére is.

82. Tbc-gondozóintézeti létszámfejlesztés 1961-1965 között

Munkakör	Létszám		F e j l e s z t é s						Létszám 1965 végén
	1957 XII.31	1960 XII.31	1961	1962	1963	1964	1965 együtt		
Asszisztens	331	485	100	180	60	-	-	494	825
Calmette nővér	4	187	10	10	10	-	-	213	217
SEF	4	44	30	85	25	-	-	180	184
MEF	50	115	5	55	70	50	-	245	295
Összesen	389	831	145	330	165	50	-	1132	1521

4. Tervünk szerves részét képezi természetesen a meglévő fekvő és gondozóintézeti hálózat további fejlesztése is, az épületi adottság és a felszerelés tekintetében egyaránt.
5. Említést kell végül tennem a tbc távlati kutatási tervéről is. A Tudományos és Felsőoktatási Tanács, az 56. sz. főfeladat 1. sz. témacsoportján belül 32 tudományos témát hagyott jóvá, a tbc megelőzést és gyógykezelést érintő legfontosabb elméleti és gyakorlati kérdéseiről /125/. Kiemelném ezek közül a tbc leküzdésének egyes elméleti és módszertani problémáit vizsgáló eu. szervezési kísérletek jelentőségét /190/.

b/ A 42/1960. évi Kormány-rendelet

Ahhoz, hogy a tbc elleni küzdelemnek a lakosság minden egyes tagját érintő intézkedéseit eredményesen elvégez-

hessük szükségessé vált a lakosság és ezen belül a tbc-s betegek jogait és kötelességeit átfogó rendelkezésben szabályozni. Az 1961. január 1-vel életbelépett 42/1960.sz. Korm. rendelet fő elvi célkitűzései a következők:

1. Annak érdekében, hogy a tuberkulózis gyors-ütemben viasszaszoritható legyen valamennyi állami és társadalmi szerv támogatása és együttműködése szükséges. A Korm. rendelet a tbc elleni küzdelem fejlesztését, ezért az egész nép feladatává teszi. A rendelet alapján az államigazgatás központi és helyi szervei, azok intézményei, a szövetkezetek és társadalmi szervek kötelessége tevékenyen résztvenni a tbc elleni küzdelemben és támogatni az egészségügyi szervek ilyen irányu tevékenységét. A rendelet a helyi kezdeményezéseknek és erőforrásoknak a tbc elleni küzdelem fejlesztésében való felhasználása érdekében előírja, hogy a tanácsoknak évente meg kell tárgyalniuk a tbc elleni küzdelem helyi feladatait, munkatervet kell készíteniük, melynek tartalmaznia kell, az egészségügyi szervekre háruló feladatokon kívül, az állami és társadalmi szervek feladatait is, többek között a szarvasmarha-tbc felszámolására irányuló helyi feladatokat, a tbc-s betegeknek juttatandó lakások kiutalási tervét, a társadalmi bizottságok feladatait, stb. A társadalmi szervek közreműködésének elősegítése és a lakosság öntevékenységeinek fokozása érdekében, a Magyar Vöröskereszt helyi

szervein belül társadalmi bizottságokat kell létrehozni. Ilymódon a társadalmi szervek és a lakosság, valamint az egészségügyi hálózat között olyan összekötő kapocs létesül, melyen keresztül a tbc elleni küzdelem hálózata a szükséges társadalmi segítséget megkaphatja. Az az elv, hogy a tbc elleni küzdelem az egész nép ügye fokozottabban érvényes az általános egészségügyi hálózatra. A tbc elleni küzdelemmel kapcsolatos teendők ellátása ugyanis nem a tbc-hálózat kizárólagos feladata, az csak irányítja a küzdelmet. Az anya- és gyermekvédelmi hálózat, elsősorban a tuberkulin-vizsgálatok és BCG-oltások elvégzésében érdekelt. A gyógyító-megelőző hálózat intézményeinek a tbc-s betegek korai felkutatásában, kórismezésben, gondozásban, a környezetvédelemben van szerepük. A közegészségügyi-járványügyi hálózatnak pedig az epidemiológiai teendők elvégzésében és a tömeges megelőző intézkedések szervezésében kell segítséget nyújtania. A Korm. rendelet fenti rendelkezései nagy lendítő erőt jelentenek a tuberkulózis leküzdésének meggyorsításában.

2. A tbc rendelet másik fontos alapelve, hogy az adott gazdasági lehetőségen belül, minden anyagi támogatást meg kell adni a tbc elleni küzdelemnek, mind a tbc-hálózat fenntartásával és fejlesztésével kapcsolatosan, mind az érintettek /a lakosság, betegek, kontaktok/ vonatkozásában. Ezért tette a Korm. rendelet a tbc megelőzésével és gyógyításával kapcsot-

latos valamennyi ténykedést ingyenessé, beleértve a kórházi ápolást is. Ezzel az állam vállalta magára a tbc elleni küzdelem fenntartásával és fejlesztésével kapcsolatos igen tetemes anyagi kiadásokat. Fenti alapelv megnyilvánul abban is, hogy a beteg és a kivizsgálásra berendelt személy utiköltségét az állam téríti meg. Ezt az elvet tükrözi az a rendelkezés is, amely előírja, hogy az intézeti kezelés alatt álló, és gyógykezelését elősegítő biztosított betegek egyrésze, a hosszú gyógykezelés anyagi hátrányainak enyhítése céljából, a táppénzen felül rendszeres, szükség esetén pedig rendkívüli, anyagi támogatásban részesüljenek.

3. A Korm. rendelet harmadik elvi állásfoglalása szerint, a betegség a szocialista egészségügyben nem magánügy, az egészség védelme mindenki számára kötelezettséget is jelent. A rendelet ezért kötelezővé teszi minden lakos számára a BCG-oltást, a szűréseken való megjelenést, szükség esetén a gondozói kivizsgálást, sőt lehetőséget ad meghatározott körülmények fennállása esetén az alkoholisták vagy asszociális betegek kötelező gyógyintézeti kezelésére is. Természetesen ezek a kötelezettségek nem azt jelentik, mintha a tbc elleni küzdelem a kényszerre alapozhatná tevékenységét, ellenkezőleg munkája eredményességét elsősorban felvilágosító-nevelő tevékenységgel kell biztosítani. A kötelező rendszabályok csak a lehetőséget adják, a cél az,

hogy alkalmazásukra ne legyen szükség. A Korm. rendelet megadja a tbc népbetegség jellege megszüntetésének egyik lényeges előfeltételét.

c/ A szarvasmarha tbc leküzdésére vonatkozó Korm. rendelet és felszámolásának
10 éves terve

A tbc leküzdésére irányuló terv szerves részét alkotja a szarvasmarha-állomány gümőkórtól való mentesítése is. Mint a III/6.e. fejezetben ismertetett, a szarvasmarha-tbc elterjedtségére vonatkozó adatokból láthattuk a szarvasmarhatbc visszaszorítása és leküzdése érdekében hazánkban a legutóbbi időkig kevés előrehaladás történt. Bár Magyarországon az első, 1894-ben kiadott, a tbc-vel összefüggő rendelet, a szarvasmarha tuberkulózis elleni küzdelemre vonatkozott, a védekezés intenzívebb megindítására csak 1932-ben került sor. A 100.000/1932. FM számú rendelet - szűk keretek között - lehetőséget nyújtott olyan nagybirtokokon, uradalmakban a gümőkór irtására, amelyeknek tulajdonosai önként vállalták mindazoknak az előírásoknak a megtartását, amelyeket a védekező eljárás megszabott. 1940-ben az államilag gümőkórmentesnek nyilvánított gazdaságoknak a száma elérte a 118-at. Az ország szarvasmarha állományának zömét kitevő paraszti szarvasmarha állományban a szervezett védekezés megindítására azonban e rendelet nem adott lehetőséget, nem intézkedett továbbá a gümőkóros szarvasmarhák felkutatásáról sem.

A felszabadulás után bekövetkezett nagy társadalmi és gazdasági változások /földreform, mezőgazdaság szocialista átalakítása/, s az ezzel együttjáró tulajdonjogi, gazdasági változások és szervezési nehézségek, /a nagyméretű állatmozgatás, stb./ egész a legutóbbi időkig - a mezőgazdaság szocialista átalakításának befejezéséig hátráltatták a tervszerű mentesítés széleskörű megszervezésének elindítását. 1953-ban alakult meg az Országos Bovin Tbc Bizottság, amely éveken át tanulmányozta és készítette elő azokat az alapokat, amelyre a rendelet épült.

Előrehaladást jelentett e tekintetbe a 22/1958. FM. rendelet kiadása. Ez meghatározta a védekezés korszerű szabályait - a Bang-eljárás alapján - de a leküzdés konkrét feladatairól és tervéről még nem intézkedett. Ezt követte az 5/1962 FM.sz. rendelete, amely az Állategészségügyi Szabályzat keretében rendelkezik a szarvasmarhagümőkór elleni küzdelem módszeréről és az alkalmazandó eljárásokról. A szarvasmarhagümőkór elleni védekezés munkájában Kardeván /198/ a FM főállatorvosa szerint három időszakot különböztethetünk meg, éspedig:

- a védekezés előkészítésének,
- a védekezés megszervezésének és
- a szarvasmarhagümőkór megszüntetését szolgáló rendszabályok végrehajtásának az időszakát.

A fenti rendeletek hatálybalépésével kezdődött el a második, a védekezés megszervezésének a szakasza. A ren-

delet fő célkitűzése a kóros tüneteket mutató gümőkóros szarvasmarhák széleskörű felkutatására és megsemmisítésére irányult. A tuberkulin-pozitív, de kóros tüneteket nem mutató szarvasmarhákkal szemben ekkor még nem alkalmaztak semmilyen korlátozó rendszabályt. Széles méretekben megindult a kóros tünetet mutató gümőkóros állatok felkutatása /állami gazdaságokban félévenként, termelőszövetkezetekben és egyéni parasztnál pedig évenként egyszeri tuberkulin-vizsgálat után/ és az ilyen veszélyeztető állatoknak, állami kártalanítás mellett történő hatósági leölletése. Amíg korábban évenként 60-200, addig 1958-ban 1960, 1959-ben 3720, 1960-ban 2010, 1961-ben 2254 esetben került erre sor.

A szarvasmarhák elleni védekezés harmadik szakaszának kezdetét jelenti az FM által kidolgozott, a szarvasmarhagümőkór megszüntetését célzó távlati terv elfogadása. A Magyar Forradalmi Munkás-Paraszt Kormány 1962. februári ülésén a gümőkórmentesítést népgazdasági érdekből kiemelt feladatnak minősítette. A feladat végrehajtásának irányítására Kormánybiztosságot hozott létre. Határozatot hozott arra vonatkozóan is, hogy 1965 végéig 4 megyében /Győr-Sopron, Vas, Zala és Szolnok/, az ország egész területére kiterjedően pedig 1972-ig kell a gümőkór-mentesítést befejezni. A mentesítés legfontosabb irányelvei a következők:

1. A gümőkór-mentesítést területi elv alapján kell végrehajtani, mégpedig gümőkórmentes körzetek kialaki-

tásával, majd azok állandó szélesítésével, míg az egész országot fel nem ölelik. A kijelölt körzetekben valamennyi szektorra kiterjedően /tsz, állami gazdaság, háztáji/ egyidőben kell a mentesítést elvégezni, előre elkészített terv alapján, és pedig 3 év alatt. A mentesített és a még fertőzött körzetek között szigorú állatforgalmi korlátozásokat kell életbe léptetni. A mentesítés során a negatív állományokat, udvarokat táblával, a gümőkórral fertőzött szarvasmarhákat ékalaku fülcsipkével kell megjelölni. A gümőkórmentes szarvasmarhaállományban dolgozókat évente kétszer alapos egészségügyi vizsgálatban kell részesíteni.

2. A mentesítés első időszakának legfontosabb feladata, a fertőzött állatok lecseréléséhez szükséges, gümőkórmentes környezetben felnevelt növendékállatok biztosítása. Ezért 1963 év végéig valamennyi termelőszövetkezetnek át kell térnie a közös állományból származó borjaknak, a felnőtt állatoktól elkülönített /mesterséges/ neveltetésére. 1965 év végéig pedig ugyanígy kell eljárni a gümőkórral fertőzött háztáji állatok utódaival is. Ehhez természetesen kellő számú borjunevelőről és megfelelő létesítményekről is gondoskodni kell.

3. A gümőkórmentesítés végrehajtásánál alkalmazni kell az anyagi érdekeltség elvét, ezért

a/ az állam megtéríti a termelőszövetkezeteknek a kicserélésre kerülő fertőzött és beállítandó gümőkórmentes állomány közötti értékkülönbséget, valamint a csere során a tejtermelésben jelentkező érték kiesést is. A kijelölt területeken a háztáji és az egyéni gazdaságok betegállatait pedig a tenyészállatokra megállapított áron kell átvenni és üszőcsereakció keretében lehet pótolni.

b/ Az anyagi érdekeltség fokozása érdekében 1963 év január 1-től, a gümőkórmentes tehenészetekből származó tej és tejszín után a termelőket felár illeti meg, ugyanakkor a gümőkórral fertőzött vágómarhák árából árlevonás alkalmazható.

c/ 1964 január 1-től a gümőkórral fertőzött tehenészetekből származó tejet és tejtermékek nem vihetők piacra, kizárólag állami vállalatok útján értékesíthetők.

A mentesítés során alkalmazandó fenti alapelvek végrehajtásáról a 11/1962/VII.14.sz.FM., valamint a 4/1962/IX/23.Élelm.sz.ÁH. rendelkezései intézkednek. A gümőkórmentesítéssel kapcsolatos szervezési feladatokat külön e célra beállított szakállatorvosi hálózat, az irányítást pedig az Országos Állategészségügyi Intézetben felállított gümőkór-mentesítési osztály végzi. Az 1965 évig terjedő intézkedések költségkihatása pedig mintegy 150 millió forintba tehető.

A 83.sz.táblázat áttekintést ad, a weimari értekezlet anyaga alapján, a szocialista országok szarvasmarhagü-mőkör helyzetéről és a felszámolás perspektívájáról. A táblázatból látható, hogy a Szovjetunióban és Bulgáriában a mentesítés már befejeződött, a többi ország mind a fertőzöttség, mint a felszámolás időpontja tekintetében kb. azonos helyzetben van.

83. A szarvasmarhatbc helyzet 1960-ban és a felszá-
molás időpontja a szocialista országokban

Ország	Tbc-s fertő- zöttség %-a	A felszámolás időpontja
Szovjetunió	0.5	befejeződött
Bulgária	0.5	befejeződött
Románia	5.0	1970
Lengyelország	20.0	1975
Csehszlovákia	25.0	1975
<u>Magyarország</u>	25.0	1972
NDK	36.0	1970

V.

Ö S S Z E F O G L A L Á S

1. A tbc járványszerű elterjedése Magyarországon a múlt évszázad második felére tehető. A feudális maradványok fennmaradása s a félgyarmati függőség következtében, a viszonylag gyorsütemű tőkés iparosítással együtt járó társadalmi és gazdasági körülmények, jó talajt teremtettek a tbc terjedéséhez. Statisztikai adatok csak a századfordulót közvetlen megelőző időszaktól kezdve állnak rendelkezésre, ezekből megállapítható, egyrészt, hogy Magyarország ebben az időszakban az európai országok között a legrosszabb tuberkulózis adatokat mutatta, de másrészt az is, hogy a századforduló után már tuljutott a járvány tetőpontján és lassu csökkenés indult meg. A tbc elleni küzdelem hálózataának kialakulását értékelve, megállapítható, hogy bár haladó orvosaink széleskörű társadalmi tevékenységet fejtettek ki, az államvezetés közömbössége miatt csak csekély eredményt érhettek el. A nagyrészt társadalmi erőből létrehozott 1.500 ágygal szemben ott állott az évi kb. 60.000 tbc-s halott. Az I. világháboru pusztításai még e csekély eredményeket is semmivé tették. A magyar tbc elleni küzdelem fejlődése ezen időszakban jelentősen elmaradt a

külföldi országokhoz képest. Gyengén kiépített szervezete a tbc járvány alakulására számottevő hatást nem gyakorolhatott. A Tanácsköztársaság rövid fennállása alatt jelentős intézkedéseket tett, s nagyszabású terveket dolgozott ki. Végrehajtásukra azonban a Tanácsköztársaság leverése miatt, sajnos nem kerülhetett sor.

2. A Horthy-korszak közel negyedszázados időszakában a tbc-járvány csökkenése tovább folytatódott. Ütemét azonban az ország elmaradott társadalmi és gazdasági viszonyai lefékeztek. A tbc elleni küzdelem hálózatainak fejlődése lassu és tervszerűtlen volt. A II. világháboru előtti években meggyorsult ugyan, de még így is az ország jelentős területei részére hozzáférhetetlen maradt. A tbc-gondozói hálózat fejlesztése, az egyidejű ágyfejlesztés elmaradása miatt, nem járt kellő eredménnyel. A felkutatott betegek töredékét lehetett csak intézeti gyógykezelésben részesíteni. A súlyos betegek tulnyomó többsége környezetét veszélyeztetve, otthonában fejezte be életét. A tbc elleni küzdelem fejlesztése, a sok jóakaratu törekvés ellenére sem hozhatott kellő eredményt, mert beleütközött a társadalmi rendszer korlátaiba. Emiatt az 1940. VI. tc. sem lehetett befolyással a tbc-járvány alakulására, a II. világháboru alatt pedig a helyzet tovább romlott. Magyarország ezen időszakban, ha már el is került az utolsó helyről, még mindig a tbc elleni küz-

delem terén legrosszabbul álló európai országok közé tartozott.

3. A felszabadulás után a tbc elleni küzdelem hálózata is gyors és nagyarányú fejlődést mutat. Ez a szocialista egészségügy alapelveinek megfelelően lehetővé tette tömeges megelőző intézkedések és gyógymódok komplex módon történő együttes alkalmazását.

a/ Jelentős eredményeket értünk el a BCG oltások széleskörű alkalmazása területén. Az 1947-1949-es országos BCG kampány után, előzetesen végrehajtott szervezési kísérletek /Tolna megye, budakeszi járás/ alapján, kidolgozást nyert a BCG oltások és újraoltások rendszere. A tbc gondozó irányítása alatt működő Calmette-védőnői hálózat útján 1959 óta meghatározott korcsoportok évenként kerülnek tuberkulin vizsgálatra és BCG oltásra. 1959-1960-1961 évben Magyarországon 2,7 millió tuberkulin vizsgálat és 1,1 millió BCG oltás történt. E három év alatt a 0-14 éves gyermekek 75 %-a tuberkulin szűrővizsgálaton esett át és 37 %-a BCG oltásban részesült. Ez a nemzetközi oltási adatokhoz viszonyítva is számottevő eredmény. Az újszülött oltások területén utolértük, a revakcináció tekintetében pedig túlhaladtuk a legfejlettebb szocialista országokat. Epidemiológiai szempontból igen jelentősnek kell minősíteni az oltóanyag hatásosságának fokozását.

A BCG oltások jelentőségét legjobban a gyermektuberkulózis morbiditás csökkenése igazolja. Hiányos-ságként csak azt állapíthatjuk meg, hogy nem korábban kezdtünk hozzá e nagyarányú feladat megszervezéséhez.

b/ Hasznosnak bizonyultak azok az irányelvek is, amelyeket a felkutatás fejlesztése érdekében kidolgoztunk. Az elmúlt 3 év alatt a felkutató tevékenységen belül legtöbbször a rtg-ernyőszűrés fejlődött mind mennyiségi, mind hatásfok szempontjából, amit az is igazolt, hogy 1961-ben a szűrések kb 60 %-a ernyőszűrés volt. A felkutató tevékenység eredményességét legjobban a felkutatott betegek arányán mérhetjük. 1961-ben az újonnan felfedezett betegek 41 %-a szűréssel került felfedezésre, 25 %-a pedig ernyőszűréssel. Az új tüdőbetegekre viszonyítva ez az arány még kedvezőbb, az új tüdőbetegek 48 %-át szűréssel fedeztük fel, 35 %-át pedig ernyőszűréssel. A magyar tbc hálózat felkutató tevékenységének fejlődése nemzetközi viszonylatban is kiemelkedő. A viszonylag még mindig szerény technikai, gépi ellátottság ellenére, a szocialista országok között a világon első helyen álló NDK után, a második helyen állunk. Megelőztük ezzel a sokkal jobban ellátott Csehszlovákiát, Romániát és Lengyelországot, mind a szűrések számát, mind a vizsgálatra kerülő lakosság, mind pedig a szűréssel felfedezettek arányát

tekintve. Reális tehát azon célkitűzésünk, hogy néhány éven belül valamennyi lakos évente egyszer szűrővizsgálatra kerüljön.

- c/ A megelőzés fontos kiegészítő része a rendszeres egészségügyi felvilágosítás, melynek tartalmában és módszerében tükröznie kell a tbc elleni küzdelem egyes területein elért eredményeket. Ennek megfelelően a tbc gyógyíthatósága került előtérbe és a kampányfeladatok mellett a rendszeres felvilágosító tevékenység mindinkább tért hódít.
- d/ Az egyéni megelőző intézkedések között nagy a jelentősége a környezetvédelemnek. A fertőző környezetben élő gyermekek kb. 80-85 %-a rendszeres egészségügyi ellenőrzés alatt áll. Ezeknek 10 %-a 1961-ben BCG oltásban részesült és ugyanannyi kapott legalább 3 hónapi időtartamon keresztül gyógyszeres védelmet. A környezetvédelem fokozása a következő évek egyik legfontosabb feladata.
- e/ A korszerű korai diagnosztika fejlődését két alapvető mutató adatai érzékeltetik. A bakteriológiai tenyésztéses vizsgálatok száma 1951-61 között ötszörösére, a gondozói röntgenfelvételek száma pedig 30-szorosára növekedett. A diagnosztikai tevékenység feltételeinek biztosítása és továbbfejlesztése, a korszerű szakismeretek és szemlélet elsajátítása a továbbiakban is fontos feladat.

f/ A gyógykezelés irányításában is előrehaladtunk, pedig szervezési eszközökkel ez a legnehezebben befolyásolható terület. Szerény eredményeket értünk el az ágygazdálkodás, betegbeutalás és ambuláns kezelés elveinek kidolgozásában és gyakorlati megvalósításában. Több sikerrel járt a gyógyintézeti szanációs tevékenység statisztikai elemzése, amely egyrészt lehetővé tette a gyógyintézeti orvosok részére, hogy munkájuk eredményességét kritikailag értékelhessék, másrészt utmutatást adott országosan megvalósítandó gazdasági, szervezési és továbbképző intézkedésekre is. Míg 1956-ban a gyógyintézetbe felvett megoldható folyamatu betegek 41%-a távozott csak megoldott folyamattal, addig 1960-ban a bevezetett intézkedések hatására már 60 %-uk, 1961-ben még további javulás /66 %/ következett be. Kedvező jelenséggént kell megítélni a fegyelmi uton és önkényesen távozó betegek számának csökkenését is. Ez 1956-ban 28.4 % volt, 1961-ben pedig már csak 9 %.

g/ A rehabilitáción belül a legértékesebb eredményeket a gyógyult betegek átképzésében értük el. Különösen a munka melletti átképző tanfolyamok rendszere bizonyult értékesnek és széles körben megvalósíthatónak. A véglegesen rokkanttá vált betegek foglalkoztatására a vállalati forma nem látszik célravezetőnek. E betegek rehabilitációjának megszervezése a következő évek feladata.

4. Az eddig ismerttetettek alapján hazánk járványügyi helyzete 1945-1961 között, a következőképen alakult:

- a/ Jelentősen csökkent a mortalitás és a morbiditás. Igen kedvező járványtani jelenség az eltolódás az idősebb korcsoportok felé, a hálálozásban, az új megbetegedések alakulásában és a betegállományban egyaránt. Különösen örvendetes a gyermektuberkulózis kedvező alakulása, amelyet a morbiditás a legutóbbi három évben bekövetkezett nagyarányu csökkenése /61 %/ jellemez.
- b/ E kedvező jelenségek ellenére, a tbc Magyarországon - a mult maradványaként - elsősorban az idősebb koru lakosság között még széleskörűen elterjedt betegség. Várható, hogy az 50 évesnél idősebb korosztályok tbc halálozási arányszáma egy ideig még magas marad, mert e korosztályokban, a II. világháboru előtt szerzett fertőzés, illetve megbetegedés következményeként magas az idült betegek aránya. Az 50 éven felüli korosztályok viszonylag magas megbetegedési aránya ugyancsak kedvezőtlen jelenség. E megbetegedések többségét a szűrésekkel felfedezett "inappercept" betegek alkotják. Az elkövetkezendő években csak a fiatalabb korosztályokban várható az új megbetegedések arányának erőteljes csökkenése

c/ A nagyszámu fertőző és idült beteg, továbbá a szarvasmarhatbc okozta jelentős fertőzési veszély miatt, a tömeges megelőző intézkedések mellett, széleskörű egyéni megelőző módszerek alkalmazása is szükséges. Ezért a tbc elleni küzdelem további jelentős fejlesztése is indokolt.

d/ A magas megbetegedési arányt mutató idős korosztályok fokozatos kihalása, továbbá a fiatalabb, kisebb fertőzési veszélynek kitett és a tbc elleni küzdelem megelőző intézkedéseivel már védett lakosság felnövekedése révén, néhány évtizeden belül, a tbc további visszaszorítása, majd leküzdése reális célkitűzés.

5. A tbc leküzdése számos országban napirenden lévő gyakorlati feladattá vált. A leküzdésnek három egymást követő szakasza van:

a/ A felkészülés időszakában meg kell teremteni a tbc leküzdéséhez szükséges valamennyi személyi és tárgyi feltételt.

b/ A népbetegség jelleg megszüntetésének szakában még szükség van a tbc elleni küzdelem hálózatának intenzív tevékenységére, de e szakasz végén - az epidemiológiai helyzet javulásától függően - már csökkenteni lehet a megelőző intézkedéseket.

c/ A felszámolás szakaszában - amikor a betegség már csak szórványosan fordul elő - a tömeges megelőző intézkedések közül csak a rendszeres tuberkulin vizsgálatok elvégzése lesz indokolt. A tbc megelőzésével és gyógykezelésével kapcsolatos feladatokat egyre inkább az általános egészségügyi hálózat veszi át.

Magyarország a tbc leküzdésében a felkészülési szakasz végén van. Ahhoz, hogy a leküzdés második, a népbetegség-jelleg megszüntetésének szakaszába jusson, a hálózat további jelentős fejlesztésére van szükség. A magyarországi tbc elleni küzdelem 1961-65 évekre terjedő fejlesztési tervének és a 42.sz. Kormány-rendeletnek végrehajtása, valamint a szarvasmarha-tuberkulózis elleni küzdelem kiszélesítése megteremti valamennyi feltételét annak, hogy a tbc, mint közegészségügyi probléma teljes egészében ellenőrzés alá kerüljön.

Az előkészítés szakaszának befejeztével 1965 után már előre láthatólag nem lesz szükség a tbc-hálózat további fejlesztésére, de még hosszú ideig, legalább 1970-75-ig igénybe kell vennünk a tbc elleni küzdelem valamennyi módszerét. 1970-75-től kezdve, a tuberkulózis visszaszorításával párhuzamosan, a tbc megelőzését szolgáló egyes nagyobb tömegeket érintő intézkedések terjedelmét már feltehetően csökkenteni lehet és a tbc-gyógyintézeti hálózat egyes intézményei más egészségügyi feladatok ellátására adhatók át. Ennek mértékét és ütemét mindenkor az aktuális járványtani helyzet határozza majd meg.

I R O D A L O M

1. Ambrus J.: Népeü.15.839./1934/
2. Anderson R.I.-Enterline P.J.-Turner O.P.: Amer.R.
Tbc.7o.593./1954/
3. Andword K.F.: Beitr.Klin.Tbk.75.552./193o/
4. Aradszky Gy.-Csekey Gy.: Tuberkulózis és Tüdőbe-
tegségek,4.1o8./1962/
5. Arima R.-Ishiara J.: Dtsch.med.Wschr.54.4.127./1928/
6. Aronson I.D.: Presse méd.5o.1-1o./1952/
7. - Rev.Tuberc./Paris/16.613./1952/
8. Aschoff L.: Über die natürlichen Heilungsorgane bei
der Lungenphtise.II.Aufl.Wiesbaden/1952/
9. Ángyán J.: Szanatórium jelentősége a tüdővész elleni
küzdelemben.Pécs/193o/
10. - MOTE.21.2./194o/
11. Backman W.-Savonen S.: Z.Tuberk.71.145./1934/
12. Badiali L.: Debré R. után idézve.Bull.Un.Int.Tuberc.
39.153./1959/
13. Baitz G.: Tüdőbeteg gondozás és tuberkulózis,27.12.
/1935/
14. - Tuberkulózis elleni küzdelem,6.3.1o7./1942/
15. Bakács T.: Népeü.41.1./196o/
16. Barabás M.: A mellkasi röntgenkép elemzése.Orsz.Ko-
rányi Tbc.Intézet továbbképző előadásai.Buda-
pest/1962/
17. - Radics J.-Róka Gy.: 1o év tapasztalatai a
rtg.diagnosztikában.Orsz.Korányi Tbc.Intézet
jubileumi évkönyve,Budapest/1961/
18. Barát I.: Orvosképzés.Külön füzet.25./1935/
19. Batkisz G.A.: Az egészségügy szervezése.MSZT.Buda-
pest/195o/

20. Baumgartner P.: Z.klin.Med.6.61./1883/
21. Bánát I.-Kristóf S.-Silló F.-Zádor A.: Orv.Hetil.
97.39./1956/
22. Bárász Z.-Böszörményi M.: Tuberkulózis,11.4./1958/
23. Behring E.: Dtsch.med.Wschr.29.689./1903/
24. Bence Gy.: MOTE.III.Nagygyűlés - Rózsahegy /1917/
25. Bene J.: Pneum.Danub.1.1.42./1948/
26. - Pneum.Danub.1.5-6.268./1948/
27. Beneke E.V.: Die anat.Grundlagen der Konstitutions-
anomalien des Menschen./1878/
28. Berencsi Gy.: Tuberkulózis,11.176./1958/
29. - Orvosképzés,449./1962/
30. - Radnai N.: Tuberkulózis,11.10-12.272./1958/
31. Berend T.I.-Ránki Gy.: Magyarország gyáripára
1900-1919.Szikra /1955/
32. Bernard L.: Presse méd.36.369./1938/
33. - Debré R.-Lelong M.: Bull.Acad.Méd.franc.93.
299./1925/
34. Bernard E.-Kreis B.-Pretet S.-Ducomet J.C.: Rev.
Tuberc./Paris/21.581./1957/
35. Bertillon: Melly után idézve /lásd 287./
36. Beyer A.: Kathe J. után idézve. Z.ärtzl.Fortbild.
/1952/
37. - Winter K.: Lehrbuch der Sozialen-Hygiene./1953/
38. Bieling R.: Z.Hyg.101.4.442. és 102.3/4.568./1924/
39. Biraud Y.: Rev.Phtisiol.1.11.37./1930/
40. Birkhäuser H.: Schweiz.med.Wschr.8.407./1951/
41. Biró I.: Orv.Hetil.78.6.129./1934/
42. Blumenberg W.: Beitr.Klin.Tbk.71.385./1929/
43. Bogen E.: Amer.R.Tbc.24.522./1931/
44. Borbély M.: Tuberkulózis,10.3-4.55./1957/

45. Born I.: Orvosszövetség, 43.5-9./1940/
46. Borrel A.: Ann.Inst.Pasteur, 34.105./1920/
47. Borsos D.-né: Tuberkulózis, 11.1-2.33./1958/
48. Bozóky L.: Tuberkulózis, 10.7-8-9.202./1957/
49. Böszörményi M.: Tuberkulózis kérd. 9.49./1956/
50. - Tuberkulózis, 11.130./1958/
51. - A tuberkulózis terápiájának alapelvei. Tuberkulózis az általános orvosi gyakorlatban. GYOK-Medicina, Budapest/1960/
52. - A tüdőgümőkór gyógykezelése Magyarországon. Előadás a Weimar-i konferencián/1962/
53. - Orv.Hetil. 103.1633/1962/
54. - Fauszt I.: Az Országos Korányi Tbc. Intézet szervezete, feladatai és munkája. Orsz.Korányi Tbc. Intézet jubileumi évkönyve, Budapest /1961/
55. - Nyárády I.: Tuberkulózis, 12.3.49./1959/
56. - Somi-Kovács T.: Tuberkulózis, 13.3.65./1960/
57. Braeuning H.: Z.Tuberk. 48.7./1927/
58. - Neumann M.: Z.Tuberk. 53.385./1929/
59. - Redecker F.: Studien zur Entwicklung d. menschl. Lungenphthise/1931/
60. Brehmer H.: Die Ätiologie der Lungen-Schwindsucht vom Standpunkt der klinischen Erfahrung/1885/
61. Britten R.H.: Publ.Hlth Resp. 49.38.1101./1934/
62. Broquet Ch.-Morenas L.: Rev.Tuberc./Paris/1.143./1920/
63. Brouet G.-Marion L.: Rev.Tuberc./Paris/25.808./1961/
64. Brouardel: Ichok után idézve /lásd 181./
65. Hill L.: Amer.R.Tbc. 82.3.291./1960/
66. Calmette A.: Rev.Tuberc./Paris/9.653./1928/
67. - Valtis I.: Ann.Inst.Pasteur, 44.629./1930/
68. Canetti G.: Dtsch.med.Wschr. 82.1853./1957/

69. Canetti G.: Bull.Un.int.Tuberc.32.2.605./1962/
70. - Rev.Tuberc.19.1392./1955/
71. Carter H.G.: Amer.R.Tbc.4.676./1920/
72. Československé zdravotnictví ve statistických udajích 1948-1958.Praha/1959/
73. Chyser K.: Az eu.vonatkozásu törvények és rendeletek gyűjteménye. A magyar kir.kormány tevékenysége a tuberkulózis ellen való védekezés terén 1898-1909.Budapest/1909/
74. Cobbet L.: The Causes of Tuberculosis.London/1917/
75. Cornet G.: Die Tuberkulose.Wien/1907/
76. Cullen V.F.-Hoffmann R.: Amer.R.Tbc.45.53./1942/
77. Cummins S.L.: Amer.R.Tbc.16.1./1927/
78. Cserba Z.: Tuberkulózis elleni küzdelem,6.3.117.
/1942/
79. - Tuberkulózis elleni küzdelem,6.12.495./1942/
80. - Tuberkulózis elleni küzdelem,7.12.473./1943/
81. - Tuberkulózis elleni küzdelem,8.2.841./1944/
82. Csermely Gy.: Tuberkulózis elleni küzdelem,3.558.
/1939/
83. Dahlström G.-Difs A.: Acta tuberc.scand.suppl.27.
25./1951/
84. Debré R.-Lelong M.: Ann.Méd.18.256.347./1925/
85. Degré M.-Váradý Brenner A.: 1940.évi törvénycikkek,
Magyar Törvénytár,Budapest/1940/
86. Delille A.P.-Lestocqnoy: La tuberculose pulmonaire
de l'enfant et de l'adolescent.Paris/1933/
87. Demény É.: A BCG csökkentett adagjaival végzett oltások tapasztalata és a BCG oltások hatékonysága. Beszámoló az ETT Serum és Vacc.Biz-nak
/1962.III.30./
88. Mc.Dermott M.C.: Amer.R.Tbc.80.1./1959/
89. Detre L.: Magy.Szemle,38.278./1940/
90. Diehl K.: Das Erbe als Formgestalter der Tuberkulose.Leipzig/1941/
91. - Verschuer O.: Zwillingstuberkulose/1933/

92. Dobszai L.-Petrányi Gy.: Orv.Hetil.74.49.1253.
/1930/
93. Dósa R.-né-Liptai E.-né-Ruff M.: A Magyar Tanács-
köztársaság egészségügyi politikája.Budapest
/1959/
94. Dresel E.: Einfluss der Wohnung auf die Entwicklung
der Tuberkulose.Blummel: Handbuch II./1926/
95. Drolet G.J.: N.Y.Tuberc.Ass.Bull.4.3./1923/
96. - Amer.R.Tbc.10.281./1924-25/
97. - Amer.R.Tbc.14.600./1926/
98. - Epidemiology of Tub.Goldberg:Clinical Tubercu-
losis /1946.I./
99. - Lowell A.M.: Amer.R.Tbc.72.4.419./1955/ és
75.6.975./1957/
100. Dublin L.I.: Amer.R.Tbc.43.224./1941/
101. - Amer.R.Tbc.45.61./1942/
102. Dubóczy B.: Tuberkulózis elleni küzdelem,5.40.151.
/1941/
103. Dubos R.J.: Amer.R.Tbc.68.1./1953/
104. Dvorschák/Dévényi/R.-Kulcsár I.-Schächter/Szerda-
helyi/M.: Gyógyászat,70.596./1930/
105. Edward H.R.-Drolet G.J.-Palmer C.E.: Amer.R.Tbc.61.
39./1950/
106. L'Eltore G.: L'endemia tubercolare in Europa
107. - La tuberculosi in Italia.Roma/1947/
108. Eöry L.: Népeü.11.537./1935/
109. Erdős L.: A tuberkulin tapaszt használhatóságára
vonatkozó vizsgálatok/Közlés alatt/
110. Faber K.: Acta tub.scand.12.287./1938/
111. Fauszt I.: Tuberkulózis elleni küzdelem,6.1.19.
/1942/
112. - Tuberkulózis,10.33./1957/
113. - Budai L.: Tuberkulózis elleni küzdelem4.537.
/1942/

114. Fáy A.: Tüdőbeteggondozás és tuberkulózis, 18.21-22.
162./1926/
115. - Tüdőbeteggondozás és tuberkulózis, 21.56.32.
/1929/
116. - Tüdőbeteggondozás és tuberkulózis, 21.21-22.
161./1929/
117. Ferebee S.H.-Palmer C.E.: Amer.R.Tbc.73.1./1956/
118. Fergusson R.G.: Edinburgh med.Y.36./1929/
119. Fischer A.: Grundriss der Sozial-Hygiene/1925/
120. Fishberg M.: Amer.J.Med.2.11./1901/
121. Flesch I.-Halász S.: Orv.Hetil.94.881./1953/
122. - Halász S.: Gyermekgyógyászat, 6.365./1955/
123. Fontes A.: L'ultravirus tuberculeux.Paris/1932/
124. Földes A.: Budapest szf.iskoláinak tuberkulózis
viszonyai a háború és az ostrom után.Szf.v.
Háziny.Budapest/1947/.
125. Földes I.: Tuberkulózis és Tüdőbetegségek, 15.1.3.
/1962/
126. Frank K.: Népeü.32.70./1951/
127. Fränkel B.: Klin.Wschr.12./1908/
128. Friedmann F.F.: Virchows Arch.path.Anat.181.150.
/1905/
129. Friedrich V.: MOTE.VII.Nagygyűlés, 247./1924/
130. - Tüdőbeteggondozás és tuberkulózis, 5-6.41-44.
/1927/
131. Frost W.H.: Amer.J.Hyg.30.91./1930/
132. - Amer.R.Tbc.32.644./1935/
133. - Amer.J.publ.Hlth, 27.1./1937/
134. Galdston J.: Amer.R.Tbc.45.609./1942/
135. Gaskó D.: Tüdőbeteggondozás és tuberkulózis, 12.
11-12.81./1930/
136. Gavallér J.-Surányi S.-Berencsi Gy.: Zbl.Gynäk.
78.13.496./1956/

137. Gáli G.: Tüdőbeteggondozás és Tuberkulózis, 19.5-6.
33./1927/
138. - Sebők L.: Magy.Orv.22./1924/
139. Gárdi J.: Tuberkulózis, 3.343./1935/
140. - Tuberkulózis elleni küzdelem, 1.5.250./1937/
141. - Vas I.: Új utak a tuberkulózis leküzdésére.
Budapest/1935/
142. Geissler O.: Beitr.Klin.Tbk.70.10./1928/
143. - Z.Tuberk.57.3./1930/
144. - Klin.Wschr.11.602./1932/
145. - Ergebn.gesamt.Tbk-Forsch.7.33./1935/
146. Genersich A.: Népeü.9.1046./1928/.
147. Geszti J.: Tuberkulózis, 8.11.85./1910/
148. Goerttler V.-Weber E.: Die bovine Tuberkulose als
Ursache humaner Tuberkulose. Paul Parey,
Stuttgart/1954/
149. Groth-Petersen és mt.: Amer.R.Resp.Diseases, 81.
643./1960/
150. Gottstein A.: Klin.Wschr.48./1909/
151. - Allgemeine Epidemiologie der Tuberkulose.
Berlin/1931/
152. - Epidemiologie. Leipzig/1937/
153. Greenwood M.-Wolff: Z.Tuberk.52.2./1928/
154. Grigg E.R.N.: Amer.Rev.Tbc.78./1958/
155. Grotjahn A.: Soziale Pathologie. Berlin./1923/
156. Gruber M.: Tuberkulose und Wohnung. Berlin./1904/
157. Günther O.: Tbk.Fürsorgeblatt, 20.36.8./1933/
158. Hahn G.: A magyar egészségügy története. GYOK-
Medicina/1960/
159. Hajnal T.: Orv.Hetil.91.5.134./1950/
160. - Tuberkulózis, 10.10-12.233./1957/
161. Halász S.: Tuberkulózis, 13.333./1960/

162. Hamburger F.: Beitr.Klin.Tbk.12.259./1909/
163. Havas A.: Népeü.29.689./1948/
164. - Népeü.30.438./1949/
165. - Népeü.35.47./1954/
166. Hegedüs A.: Tuberkulózis,12.8.184./1959/
167. Hedvall E.: Acta.med.scand.5.135./1941/
168. Heimbeck J.: Z.Tuberk.45.537./1937/
169. - Vaccination au BCG par voie sous-cutanée.
Premier Congrès Int.nat.du BCG Institut.
Paris/1948/
170. Heineman H.: Beitr.Klin.Tbk.64.598./1926/
171. - Z.Tuberk.105.293./1955/
172. Heitman: Bull.int.Un.Against Tbc.1.24./1931/
173. Hertzberg G.: Acta tuberc.scand.spec.suppl.38.
/1957/
174. Hofbauer-Flatzek A.: Kommen und Gehen der Tuber-
kulose.Leipzig/1931/
175. Holm J.: Final Report of the International Tuber-
culosis Campaigne.Copenhagen/1951/
176. - Beitr.Klin.Tbk.121.3./1959-60/
177. Hollós J.: Egy orvos élete./1949/
178. Horváth L.-Szerdahelyi M.: Népeü.12.11.490./1931/
179. Hübschman P.: Pathologische Anatomie der Tuberku-
lose.Berlin/1928/
180. Hyge T.V.: Acta tuberc.scand.32.89./1956/
181. Ichok G.: J.Méd./Paris/9.168./1929/
182. Ickert F.: Ergebn.gesamt.Tbk-Forsch.1.463./1930/
183. - Über exogene Reinfekten der Superinfektion
bei Tuberkulose.Leipzig/1939/
184. - Gesundheitsfürsorge,1.6.93./1951/
185. - Benze H.: Stammbaume mit Tuberkulösen.
Leipzig/1933/

186. Jakob-Pannwitz: Heredität und Disposition in ihren Beziehungen zur Lungentuberkulose. Wien/1910/
187. Jancsin J.: Ernyőfényképezés fejlődése, szervezése és alkalmazása különös tekintettel a tuberkulózis elleni küzdelemre.Baja/1947/
188. - Kis F.-Hamar Z.-Gellért Z.: Orv.Hetil.99.229.
/1958/
189. - Tóth A.-Sándor M.-Mihály Gy.-Kövesi F.-Ács J.: Népeü.34.9.225./1953/
190. Jeney E.: Orv.Hetil.103.36.1681./1962/
191. Jensen K.-Lester V.-Tolderlund K.: Acta tuberc. scand.14.125./1940/
192. Jentgens H.: Tuberk.-Arzt.11.639./1957/
193. Johan B.: Tuberkulózis elleni küzdelem,1.1./1937/
194. - Gyógyul a magyar falu./1937/
195. - Orv.Hetil.83.101./1939/
196. - Tuberkulózis elleni küzdelem.4.2.98./1940/
197. Juhász J.: Tuberkulózis kérdései,5.3.33./1952/
198. Kardeván L.: Magy.Állatorv.Lapja,14.73./1959/
199. Karossa-Pfeiffer J.-Bognár E.: Népeü.35.275./1954/
200. - Bognár E.: Népeü.36.9.295./1955/
201. Katona L.: Tuberkulózis,13.7.215./1960/
202. - A gyógyintézet szerepe a felnőttkori tüdőgümőkór kezelésében.Kandidátusi disszert.
/1962/
203. - A tbc megelőzése és gyógyítása.Előadói segédanyagok 21.sz.EFK és TIT kiadása, Budapest/1962/
204. Kayser-Petersen J.E.: Beitr.Klin.Tbk.86.582./1935/
205. Kentzler Gy.: Orvosképzés,7.197./1917/
206. Keresztes Fischer F.: Népeü.12.732./1941/
207. Kertay N.: Népeü.3.82./1961/
208. - Népeü.42.82./1961/

209. Kertay N.-Dolozselek Gy.-Makádi M.: Tuberkulózis,
13.362./1960/
210. - Ferenczi Gy.-Hajnal T.: Tuberkulózis,12.40.
/1959/ és Beitr.Klin.Tbk.119.67./1958/
211. - Ferenczi Gy.-Vandra E.-Nyárády I.: Gyógysze-
reink,21.71./1954/
212. - Vén F.-Horváth J.: Népeü.42.41./1961/
213. Kiss L.: Munkaügyi Szemle,14.427./1940/
214. - Gyógyászat,81.239./1941/
215. - Tuberkulózis,12.117./1959/
216. Klare K.: Konstitution und Tuberkulose-Handbuch
der Tub.I./1943/
217. Koch R.: Die Ätiologie der Tuberkulose.Mitteilung
aus d.Kaiserl.Gesundheitsamte.II.Berlin/1884/
218. - Dtsch.med.Wschr.33./1901/
219. - Klin.Wschr.44./1908/
220. - Cornet után idézve /lásd 75./
221. Koopman W.: Beitr.Klin.Tbk.68.6./1928/
222. Korányi F.: Eulenburg: Realenciklopedia /1887/
223. - Szanatorium Egyesület alakuló ülésén elmon-
dott beszéd/1898.máj.3./
224. - Tuberkulózis,1.1./1903/
225. Korányi S.: Tuberkulózis,15.9-10.86./1917/
226. - MOTE.4.1./1922/
227. - Népeü.5.78./1924/
228. - Népeü.5.78./1924/
229. - Népeü.1-3.55./1927/
230. - Stat.Szemle,9.3.262./1931/
231. - Orvosképzés,24.473./1934/
232. - Orvosképzés,26.3.242./1936/
233. - Tuberkulózis elleni küzdelem,1.5./1937/

234. Korányi S.-Mátyás K.: Tbc.Kongresszus Szakcsoport kiadványa,Budapest/1955/
235. - Budapesti ker.tbc.gondozóintézetek 10 éve. Budapest/1960/
236. Kovacsics S.: Tüdővész Győr megyében a sokoroaljai járásban.Győr/1912/
237. - Tuberkulózis,11.7-8.105./1913/
238. Kovács A.: Magy.Stat.Szemle,4.11.655./1926/
239. id.Kovács F.: Gyógyászat,2-3./1917/
240. - Népeü.3.275./1922/
241. - Tüdőbeteggondozás és Tuberkulózis,17.9-1./1925/
242. - Orv.Lapja,433./1947/
243. - Tüdőgümőkór.Budapest/1956/
244. - Orvosképzés,36.2.150./1961/
245. ifj.Kovács F.-Zsebők Z.: A tüdő Röntgen anatómiája. Akad.Kiadó,Budapest/1959/
246. Kovács J.-Demény É.: A gyermek tbc. alakulása Csongrád megyében. /Közlés alatt/
247. - Demény É.-Lugosi L.: Adatok a magyarországi BCG munka és a gyermekkori tbc. megelőzésének eredményeiről. Előadás a II.Magy.Mikrobiológiai Kongresszuson,/1961.X.4./
248. L.Kozma M.: Tuberkulózis elleni küzdelem,Előszó I./1937/
249. Kőrösi J.: Orv.Hetil.2.24./1871/
250. - Budapest főváros halandósága az 1882-1885. évben.Budapest/1888/
251. Központi Statisztikai Hivatal: 1960.évi Népszámlálás 4.Lakásadatok I.
252. Krause A.K.: Amer.R.Tbc.13.183./1926/
253. Kretschmer E.: Körperbau und Charakter./1921/
254. Krivinka R.: Soucasny stav a prespektivy boje proti tbc v CSR.Praha/1959/
255. - Die Bekämpfung der Tuberkulose in der Tschechoslowakischen Republik.Prag/1962/

256. Krüger V.R.-Vance J.W.: Amer.R.Tbc.56.64./1957/
257. Kunfi Zs.: Tuberkulózis,15.9-10.106./1917/
258. Lakás Építés: Az Építéstechnikai és Építésgazd.
Iroda közleménye/1960/
259. Laky D.: Magyarország tbc. mortalitása. Magyar
Statisztikai Közlemények,62.kötet.Budapest
/1925/
260. - Csonka-Magyarország Tuberkulózis halandósága
az 1920-23.években.Budapest/1927/
261. Lange B.: Braeuning: Die Tuberkulose.I.Leipzig
/1943/
262. Lábady A.: Népeü.37.40./1956/
263. - Orv.Hetil.98.815./1957/
264. - Orv.Hetil.100.148./1959/
265. Leitner M.: Népeü.35.6.156./1954/
266. Lesencei E.: Eü.felvilágosítás,1.50./1960/
267. Lotte A.-Rouillon A.: Bull.Inst.Nat.Hyg.16.1.
janv.-fév.1./1960/
268. Lowel A.: Socio-economic conditions and Tuberculosis
prevalence.New-York City/1956/
269. Lugosi L.-Lévy F.M.: Acta mikrobiol.hung./Közlés
alatt/
270. Lurie M.O.: Amer.R.Tbc.suppl.44.1./1941/
271. Lydtin K.: Die Frage der Auslese bei Tuberkulose.
Erbarzt/1934/
272. Madsen Th.-Holm J.-Jensen K.A.: Studies on the
Epidemiology of Tuberculosis in Denmark.
Copenhagen/1942/
273. Madzsar J.: A meddő Budapest./1918/
274. Magyar Statisztikai Zsebkönyv 1961. Közgazd. és
Jogi Könyvkiadó/1961/
275. Majzik G.: Tuberkulózis kérdései,8.144./1955/
276. - Tuberkulózis kérdései,9.4.145./1956/
277. Malatinszky I.: Orv.Hetil.97.1171./1956/

278. Masuhr H.: Tuberk.-Bekämpf.2.2.29./1959/
279. Marcusson E.: Sozial-Hygiene.Leipzig/1954/
280. Martius F.: Constitution und Vererbung.Berlin/1914/
281. Marton Z.: Demográfia.4.171./1961/
282. Maszino S.V.: Rukovodstvo po tuberkuloze.563.
/1955/
283. - Probl.Tbk.6.9./1959/
284. Mándi L.: Tbc.orvosok továbbképző tanfolyam jegyzetei.V.Budapest/1961/
285. Medical Research Conncil /Great Britain/. Brit.Med.
I.2.379./1959/
286. Medve L.: Rehabilitáció a Magyar Népköztársaságban.
Weimar-i konferencián tartott előadás/1962/
287. Melly J.: Statisztikai Közlemények.Budapest/1928/
288. Metcsnikov E.-Burnet E.-Tarassevics: Ann.Inst.
Pasteur.27.785./1911/
289. Mistal O.M.: Schweiz.med.Wschr.132./1925/
290. Mód A.: 400 éves küzdelem az önálló Magyarországért.Szakra,Budapest/1951/
291. Mosse M.-Tugendreich G.: Krankheit u.soziale Lage.
München/1913/
292. Mosolygó/Wirkmann/D.: Pneum.Danub.2.102./1949/
293. - Gyógyszereink,8-9.4./1951/
294. - Népeü.33.1.1./1952/.
295. - Népeü.35.6.141./1954/
296. - A tbc.elleni küzdelem Magyarországon és a
Vöröskereszt feladatai. Magyar Vöröskereszt
Kiadványa/1955/
297. - Népeü.37.2.29./1956/
298. - Népeü.38.12.314./1957/
299. - Tuberkulózis.11.1-2.1./1958/
300. - Népeü.39.11.284./1958/

301. Mosolygó/Wirkmann/D.: Tuberkulózis,13.2.33./1960/
302. - Tbc.Szakorvosok Továbbképző Tanfolyamának Jegyzetei.V./1961/
303. - Tuberkulózis és tüdőbetegségek.14.7.193./1961/
304. - Orv.Hetil.102.8.337./1961/
305. - A népbetegségekről.Orvoseü.Dolg.Szaksz.kiadványa/1962/
306. - Tuberkulózis és tüdőbetegségek./Megjelenés alatt/
307. - Böszörményi M.-Nyárády I.: Tuberkulózis és tüdőbetegségek,14.9.257./1961/
308. - Németh T.-Nyárády I.: Tuberkulózis kérdései, 4.101./1955/
309. Möllers B.: Handbuch d.path.Mikroorganismen.Kolle-Kraus-Uhlenhuth,5.kötet.3.kiadás,Jena/1928/
310. Munkásmozgalom története /1867-1945/. MSzMP.kiadvány,1.évf./1960/
311. Miller K.: Tuberkulózis 2.2./1904/
312. - Tüdőbeteggondozás és tuberkulózis,16.1-2.10./1918/
313. Minter H.: Beitr.Klin.Tbk.76.2-5./1931/
314. Naegeli O.: Virchow Arch.160.426./1900/
315. - Münch.med.Wsch.621./1927/
316. National Health Survey 1935-36.Nat.Inst.Hlth Wash./1938/
317. Neander G.: Acta tuberc.scand.3.191./1928/
318. Nemes J.-Kovács J.: Előadás Gondozási Ankéton, Budapest/1960/
319. - Kovács J.: Gondozási munka.Gyopárosi ankéton tartott előadás /1962.jun./
320. Neuman G.: Tuberk-Arzt,15.3.198./1961/
321. - Beitr.Klin.Tbk.124.515./1961/
322. Németh T.: Tbc. Szakorvosok Továbbképző Tanfolyamának Jegyzetei,VI./1961/
323. - Korányi Évkönyv./1961/
324. - Nyárády I.: Népeü.37.3.64./1956/

325. Nicol K.: Beitr.Klin.Tbk.68.61./1928/
326. Nyárády I.: Orv.Hetil.98.20.528./1957/
327. - Tuberkulózis és tüdőbetegségek,14.12.374.
/1961/
328. - Németh T.-Horváth B.-Huber M.: Methodikai
levél E/3./1961/
329. - Németh T.-Pál F.: Tuberkulózis kérdései,
8.3.65./1955/
330. - Sirály F.-Németh T.-Boleman E.: Methodikai
levél E/1./1955/
331. - Orv.Hetil./közlés alatt/
332. Okolicsányi Kuthy D.: Tüdőbeteggondozás és Tuber-
kulózis,26.3.33./1934/
333. - Tüdőbeteggondozás és Tuberkulózis,27.2.17.
4-5.58./1935/
334. Omodei Zorini A.: Bull.Un.int.Tuberc.27.3-4.342.
/1957/
335. Opie E.L.-Mc Phedran F.M.: Amer.R.Tbc.14.347./1926/
336. - Amer.R.Tbc.22.603./1930/
337. Országó O.: Tüdőbeteggondozás és Tuberkulózis,
1-2.3-5./1925/
338. - Tüdőbeteggondozás és Tuberkulózis,15.113.
/1927/
339. - Népeü.12.33.393./1931/
340. Országos Közegészségügyi Intézet működése 1945-
1946-1947 években.Budapest/1948/
341. Országos Közegészségügyi Tanács felterjesztése a
tüdővész elleni védekezés tárgyában.Orv.Hetil.
21.260./1897/
342. Ostenfeld-Heitman-Neander G.: Hlth Org.League Nát.
78./1931/
343. Ostroumova Ju.A.: Probl.Tbc.35.2.61./1957/
344. Ott A.: Die Epidemiologie der Tuberkulose.Handb.
d.Inn.-Med.4.Aufl.Berlin/1956/
345. Palmer C.E.: Amer.R.Tbc.74.917./1956/
346. - Lancet,78.6.257./1958/

347. Palmer C.E.-Jablon S.-Edwards P.Q.: Amer.R.Tbc.
4.76.517./1957/
348. - Shaw L.W.-Comstock G.W.: Amer.R.Tbc.6.877.
/1958/
349. Papp A.-Steiner K.-Korányi S.: Tuberkulózis kér-
dései,7.77./1954/
350. Parassin J.: Tüdőbeteggondozás és Tuberkulózis,
17.3./1926/
351. - Tüdőbeteggondozás és Tuberkulózis,18.19-20.
145./1926/
352. - Tüdőbeteggondozás és Tuberkulózis,18.21-22.
161./1926/
353. - Tüdőbeteggondozás és Tuberkulózis,20.178.
/1928/
354. - Tüdőbeteggondozás és Tuberkulózis,17-20.
3-4./1928/
355. - Tüdőbeteggondozás és Tuberkulózis,5-6.33.
/1931/
356. - Tüdőbeteggondozás és Tuberkulózis,3-4.17.
/1932/
357. - Tüdőbeteggondozás és Tuberkulózis,11-12.
81./1932/
358. - Tüdőbeteggondozás és Tuberkulózis,4-5.50.
/1935/
359. - Tuberkulózis elleni küzdelem,8.7.295./1944/
360. Pál F.: Methodikai levél A/1./1954/
361. Pearl B.: Amer.R.Tbc.21.4./1920/
362. Pearson K.: Lancet,199./1920/
363. Pekanovich I.: Orv.Hetil.65.441./1921/
364. - Népeü.442./1924/
365. - Tuberkulózis,3.333./1935/
366. - Orv.Hetil.84.60./1940/
367. Peller Melly után idézve /lásd 287./
368. Petrányi Gy.: EPOL Szemle,3.1-4./1936/
369. - Tuberkulózis elleni küzdelem,1.4.185./1937/

370. Petrányi Gy.: Tuberkulózis elleni küzdelem, 2.1.4.
/1938/
371. - Tuberkulózis elleni küzdelem, 2.175./1938/
372. - Tuberkulózis elleni küzdelem, 3.7./1939/
373. - Tuberkulózis elleni küzdelem, 4.1.2./1940/
374. - Biroczy I.: Tuberkulózis elleni küzdelem,
4.8.387./1940/
375. - Cserba Z.: Tuberkulózis elleni küzdelem, 5.12.
543./1941/
376. - Dobszai L.-Huzella L.: Orv.Hetil.75.36.898.
/1931/
377. - Varga T.: Népeü.15.995./1934/, 16.342./1935/
378. - Varga T.: Tuberkulózis elleni küzdelem, 1.5.
243./1937/
379. Petrilla A.: Közegészségügyi Statisztika. Budapest
/1943/
380. - Részletes járványtan. Medicina, Budapest/1961/
381. Petruschky J.: Weichardt: Ergebnisse der Hygiene
/1914/
382. Péter L.: Hollós József életéről./Kiadás alatt/
383. Pikler J.Gy.: Budapest halandósága 1906-ban. Buda-
pest/1908/
384. Pirquet C.: Allergie des Lebensalters/1930/
385. Prinzing: Handbuch d.med.Statistik. Jena/1906/
386. Puder S.: Tuberkulózis, 12./1935/
387. Rabuchin A.I.: Probl.Tuberk.2./1960/
388. Ranke E.: Münch.Med.Wschr, 64.305./1917/
389. - Ausgewählte Schriften zur Tbk-Path. Berlin
/1928/
390. Rapp.épidém.démogr. 10.2./1931/
391. Rapp.épidém.démogr. 10.2./1957/; 10.4./1957/; 11.10.
/1958/; 14.1-2./1961/; 15.5./1962/; 15.7./1962/
392. Rausch Z.: Orv.Hetil.7.231./1927/

393. Redeker F.: Beitr.Klin.Tbk.68.107./1928/
394. - Handbuch der Tuberkulose I.Thieme Verl.
Stuttgart/1958/
395. Reiche F.: Münch.med.Wschr.58.2003./1911/
396. - Beitr.Klin.Tbk.54.394./1923/
397. Reinders D.: Beitr.Klin.Tbk.75.162./1930/
398. Rich R.A.: The pathogenesis of tuberculosis.
Illinois,USA/1951/
399. Rieckenber H.: Reimer H. Grundlagen für die Bekämpfung der Rindertuberkulose/1956/
után idézve.
400. Riffel A.: Weitere Untersuchungen über Schwind-
sucht/1901/
401. Rissman S.: Z.Tuberk.100.49.65./1952/
402. Rist E.: La Tuberculose.Paris/1927/
403. Rózsa J.: Tuberkulózis és Tüdőbetegségek,14.94.
/1961/
404. Rouen M.-Tête E.: Rev.Tuberc./Paris/23.1051./1959/
405. Röder R.: Dtsch.Gesundh.-Wes.324./1950/
406. Römer P.H.: Dtsch.med.Wschr.40.533./1914/
407. Rössle R.: Die pathologische Anatomie der Familie.
Berlin/1940/
408. Rubinstein G.R.: A tuberkulózis öröklékenységének
problémái.Akadémiai Kiadó.Budapest/1953/
409. Rubner: Dtsch.Klin.11.379./1905/
410. Sal Gy.: Közlemények az Összehasonlító Élet- és
Kórtan köréből,25.17./1934/
411. Sanarelli G.: Tuberculosi ed Evoluzione Sociale.
Milano/1913/
412. - Il fattore ereditario nella tuberculosi.Roma
/1930/
413. Scholtz K.: Népeü.1-3.77./1927/
414. - Népeü.12.732./1941/;13.801./1941/
415. Schuler D.: Statisztikai Közlemények.90.1.Budapest
/1937/

416. Schürman P.: Beitr.Klin.Tbk.57.185./1924/
417. Sebők L.: Meth.levél A/14./1959/
418. Seiffert H.S.: Z.Tuberk.11.5-6.279./1958/
419. Selter H.: Klin.Wschr.1.779./1924/
420. - Beitr.Klin.Tbk.62.150./1926/
421. Seri I.-Czanik P.: A gümőbakterium gyógyszer-
rezisztenciája.Medicina/1961/
422. Simonovits I.: Népeü.30.14-15.591./1949/
423. - Népeü.34.9./1953/
424. - Népeü.38.12.305./1957/
425. Sirály F.: A felnőttkori tüdőgümőkór tartós
gyógyeredménye.Kandidátusi disszertáció
/1960/
426. - Németh T.: Tbc.gyógyintézeti és megyei ve-
zető főorvosok értekezletén elhangzott elő-
adás /1955.IX.3./
427. Sólyom S.: Tuberkulózis elleni küzdelem,2.525.
/1938/
428. Somi-Kovács T.: A Tbc.Szakorvosok Továbbképző
Tanfolyamának Jegyzetei,V.58./1961/
429. - Ferenczi Gy.-Nagy L.-Nemes J.-Nyárády I.-
Voith L.: Methodikai levél A/15./1960/
430. - Huber M.: Tuberkulózis és tüdőbetegségek,
15.8.228./1962/
431. - Nyárády I.-Juhász J.-Varga M.-Ferenczi Gy.-
Pál L.: Methodikai levél A/20./1961/
432. Sós J.: Magyar néptáplálkozástan./1942/
433. Statisztikai Szemle, 33.2.183./1955/
434. Stefko V.: Erg.allg.Path.u.path.Anat.Mensch.u.
Tiere.24.759./1931/
435. Steinbrück P.: Előadás a Weimar-i konferencián
/1962/
436. Stiller B.: Die asthenische Konst.Krankheit/1907/
437. Szabady E.: Reflektorfényben a tuberkulózis.Köz-
gazdasági és jogi könyvkiadó,Budapest/1959/

438. Szabó I.: Gyógyszereink, 21.81./1954/
439. - Tuberkulózis, 12.84./1959/
440. - Korányi Évkönyv./1961/
441. - Kertay N.: Acta mikrobiol.hung.6.2.157./1959/
442. - Szántha J.: Népeü.39.140./1958/
443. Szacsuri I.: Tuberkulózis és tüdőbetegségek, 15.105.
/1962/
444. Szalatnay S.: Népeü.39.181./1958/
445. Szakkay/Ruprecht/A.: Tuberkulózis elleni küzdelem,
7.10.417./1943/
446. - Népeü.29.4.693./1948/
447. Szarvas A.: Tuberkulózis elleni küzdelem, 5.9.445.
/1941/
448. Szántó E.: Pneum.Danub.297./1949/
449. Szegedy Maszák E.: Magy.Kir.iparfelügyelők tevékeny-
sége az 1899 és 1900 években. Budapest/1901/
450. Szemasko N.A.: Izbrannie proizvedenija. Moszkva/1954/
451. Szél T.: Egészségügyi Statisztika. Budapest/1930/
452. - Magyar Statisztikai Szemle, 9.8.755./1931/
453. - Magyar Statisztikai Szemle, 12.4.262./1934/
454. - Magyar Statisztikai Szemle, 14.3.212./1936/
455. - Magyar Statisztikai Szemle, 13.7.555./1940/
456. Székács B.: Okolicsányi Kuthy D. után idézve
/lásd 333./
457. Székely A.: Orv.Hetil.21.28./1893/
458. Szigeti P.: Tuberkulózis, 10.10-12.227./1957/
459. - Vas I.: Tuberkulózis kérdései, 6.1-3./1953/
460. Szirmai G.: Tuberkulózis és tüdőbetegségek, 7.197.
/1962/
461. Szörényi R.: Tuberkulózis elleni küzdelem, 4.88.
/1940/
462. - Tuberkulózis elleni küzdelem, 4.942./1940/

463. Szungyi Z.: Orv.Hetil.97.1164./1956/
464. - Tuberkulózis,11.1-2.3o./1958/
465. - Tuberkulózis,15.269./1962/
466. Szüle D.: Tuberkulózis elleni küzdelem,1.132./1937/
467. Tarján R.: Egészségtudomány,5.399./1961/
468. Teleky L.: Melly J. után idézve /lásd 287./
469. Terris M.: Amer.J.publ.Hlth,8.38./1948/
470. - Monk M.A.: Amer.R.Resp.Dis.81.513./1960/
471. Thirring L.: Statisztikai Szemle,8.7o5./1937/
472. Todorov S.: Borba s tuberkylösom v Bulgarii.
Sofia/1961/
473. Tomcsik J.: EPOL Szemle,3.3.1ol./1934/
474. - Erdős L.: Tuberkulózis elleni küzdelem,123.
/1937/
475. Soucasny stav a perspektivy boje proti tbc v CSR.
Tuberkulosa.Praha/1959/
476. Die Tuberkulose-Bekämpfung in den sozialistischen
Ländern.Weimar/1962/
477. Tuberculosis Chemotherapy Centre Madras: Tubercle,
4o.468./1959/
478. Tuberculosis Society of Scotland: Tubercle,41.161.
/1960/
479. Turban K.: Z.Tuberk.u.Heilst.-Wes.1.3o./19oo/
480. Tüdős K.: Népeü.3.12-18;53-62;87-99;131-135./1922/
481. Tüdővész leküzdésének programja. Orvos,1.1./1919/
482. Ungár I.-Böszörményi M.: Határindikáció.Előadás a
Tbc.Szakcsoportban/1952/
483. Vass J.: Tüdőbeteggondozás és tuberkulózis,17.1-2.
1o./1925/
484. - Népeü.22.13ol./1926/
485. Vas I.: Tüdőbetegek rehabilitációja.Medicina,
Budapest/1959/
486. Vándor K.: Tüdőbeteggondozás és Tuberkulózis,
1-2.7./1928/

487. Vásárhelyi I.: Tuberkulózis elleni küzdelem,
1.9.427./1937/
488. - Tuberkulózis elleni küzdelem, 5.244./1941/
489. Vidal J.-Guin J.J.-Marty J.C.: Rev.Tuberc./Paris/
24.668./1960/
490. Voith L.: Orv.Hetil.95.17./1954/
491. - Orv.Hetil.95.42.1151./1954/
492. - Tuberkulózis kérdései, 9.4.148./1956/
493. Vojtek V.: Profilaxis a tbc.elleni küzdelemben és
ennek eredményei a Csehszlovák Szocialista
Köztársaságban.Weimar-i előadás/1962/
494. Vörös Ujság: I./1919.V.18./
495. Vörös Ujság: I./1919.VI.19./
496. Wallgren A.: Med.J.59.161./1952/
497. Weigert R.: Klin.Wschr.44.1209./1907/
498. Weinberg W.: Beitr.Klin.Tbk.5.365./1906/
499. - Die Kinder der Tuberkolotiker.Leipzig/1913/
500. - Handbuch d.sozialen Hygiene.Berlin/1930/
501. Wernsdorfer G.: Schweiz.Z.Tuberk.11.455./1954/
502. Weiszfeiler Gy.: Orv.Hetil.100.1389./1959/
503. - Orv.Hetil.103.1009./1962/
504. Whitney J.: Nat.Tbc.Ass./1930/
505. Willburg C.L.: VI.Internat.Congr.Tbc.4.358./1908/
506. Wolff G.: Z.Tuberk.57./1930/
507. - Amer.R.Tbc.42.1.214./1940/
508. Zierski M.: Epid.gruzl.Warszawa/1958/
509. Zöldy P.: Tuberkulózis és tüdőbetegségek, 15.4.111.
/1962/