

Sputum je poslije aplikacije pneumotoraksa postao negativan i još je danas negativan.

Sadašnji rentgenski nalaz je slijedeći: lijevo u srednjem dijelu lateralno dva prsta širok plašt pneumotoraksa, koji u gornjem dijelu široko adherira a isto tako i bazalno do polovine toraksa. U dnu džepa pneumotoraksa oko jedan prst tekućine. Gornja trećina pluća posuta gustim, tvrdim, oštro ograničenim pjegama. Desno pluće b. o.

Iz svega toga vidimo, da je danas stanje stabilizirano i premda pacijent još nije sposoban za rad, on je zahvaljujući Penicillinu spašen, a ima izgleda, da će za par mjeseci moći početi vršiti lakši posao.

DR. SAVA PETKOVIĆ, urolog, Beograd:

AMBULANTNA DIJAGNOSTIKA I OCENA SPOSOBNOSTI BUBREŽNIH BOLESNIKA

Pri oceni radne sposobnosti kod bubrežnih oboljenja lekar mora biti rukovoden s jedne strane time da bolesniku pruži maksimum mogućnosti za oporavak, koji često puta traje vrlo dugo, a s druge strane da na vreme osposobi svoga bolesnika za rad, pri čemu mora znati da postoje izvesna jasno izražena oboljenja koja ipak ne zahtevaju nesposobnost, i ako se lečenje mora nastaviti. Ova druga činjenica izgleda malo neverovatna bolesnicima a nekad i lekarima, ali lekar stručnjak o istoj mora dobro voditi računa jer se inače izlaže nekorisnim izdancima.

Mi ćemo preći najpre glavne simptome bubrežnih oboljenja, a zatim neka od češćih oboljenja, i istaći one crte koje imaju specijalni značaj za lekara socijalnog osiguranja.

Odmah napominjemo da se u sumnjivim slučajevima simulacije mora mokrenje lično kontrolisati, kao i to da kod žene ne treba uzimati drugi nalaz u obzir, sem nalaza sterilno uzete mokraće (kateterom).

B i s t r a m o k r a ć a. Ako bolesnik insistira da boluje od nekog bubrežnog oboljenja a lekar pri tom nađe da je mokraća bistra, sme li onda lekar da bez daljeg oglasi tog bolesnika sposobnim? Nikako. Postoji čitav niz oboljenja bubrega gde je mokraća bistra i bez ikakvih laboratoriskih nalaza (albumen, sed.). Kamen, neoplazma, hipertenzivni nefrit i dr. mogu imati savršeno bistru mokraću i bez elemenata. Postoji čak i tuberkuloza bubrega u specijalnom slučaju kada je oboleli bubreg »isključen« (to jest ureter mu je zapušten te bubreg ne luči mokraću) gde je mokraća bez nalaza. I druga oboljenja (hidronefroza, kamen) mogu isključiti bubreg te će mokraća biti bez nalaza. U ova-

kvim slučajevima poslužiti se tačnom i pažljivom anamnezom, kao i praćenjem evolucije. Pri kontroli u razmaku od nekoliko dana moguće je dobiti izvesne podatke iz naknadne analize mokraće što će olakšati dijagnozu. Ako pak bolesnik izlaže subjektivne tegobe dosta tačno treba lekar da preduzme specijalna ispitivanja (cistoskopija, analize krvi, snimanje). Napominjemo da mokraća bistra na oko može ipak sadržati leukocite i eritrocite u malom broju, ali dovoljno da nam da podatke u izvesnom pravcu (mikroskopska hematurija kod kamena ili neoplazme, neznatna piurija kod tuberkuloze).

Albuminurija. Ovo je jedan od nesumnjivo najvažnijih podataka iz mokraće. Svaki lekar može utvrditi albuminuriju jednostavnim dodatkom nekoliko kapi 20% rastvora sulfosalicilne kiseline. Pri oceni bolesnika sa albuminurijom moraju se uzeti u obzir sledeće činjenice: 1. postoje nefriti bez albuminurije (hipertenzivni nefrit, nefrit sa otokom u početnom stadijumu); 2. količina albumena u mokraći ne određuje stepen oštećenja bubrega ili drugim rečima: laka albuminurija može biti sa teškim nefritom, teža albuminurija može biti prolazna i brzo izlečena; 3. postoji albuminurija kada je nefrit potpuno prošao tzv. rezidualna ili cikatricijelna albuminurija; 4. povremena albuminurija može nam otkriti vrlo ozbiljna oboljenja (neoplazma, nefrit).

Kod nefrita lekar treba da zna da proceni težinu nefrita na osnovu svih podataka a ne na osnovu albuminurije. Ali glavni problem za lekara je da u slučaju albuminurije proceni vrednost dijeta i imobilizacije, odnosno da osposobi ili onesposobi svoga bolesnika. Tu se lekar mora poslužiti anamnestičkim podacima, ranijim analizama mokraće, merenjem krvnog pritika, analizom elemenata u mokraći (granulirani cilindri?) i praćenjem evolucije albuminurije. Ako nema nikakvih podataka koji govore za oštećenje bubrega već je jedino ostala albuminurija, onda lekar treba da bolesniku daje sve slobodnije hranu i da mu dozvoli umeren rad. Pri tome treba odrediti količinu belančevina. Ako posle rada i jače ishrane dolazi do pojačane albuminurije i eventualno do pojave cilindara u mokraći, onda treba nanovo izvršiti restrikciju hrane i rada. Ako količina albumena ostaje ista pri varijacijama ishrane i pri radu, onda znači da se radi o takozvanoj rezidualnoj albuminuriji. Ma kakve mere preduzeli ovde, albuminuriju ne ćemo smanjiti. Iz toga možemo izvesti zaključak da takvog bolesnika možemo osposobiti ali ga ujedno moramo povremeno kontrolisati. Takođe treba znati da postoje ne tako retki slučajevi nefroze gde imamo masivnu albuminuriju bez ikakvih drugih znakova bubrežnog oštećenja. Još češće biva da se kombinuje nefrozo-nefrit koji u poznijem stadijumu ostavlja samo jednu albuminuriju srednjeg stepena koju ne mo-

žemo ničim popraviti. Nikakvo lečenje niti dijeta ili uzdržavanje od rada ne mogu poboljšati bolest. Ipak ovakvim bolesnicima ne ćemo dozvoliti teži rad, a s obzirom da oboljenje može trajati godinama, treba, po mogućstvu, da se ti bolesnici prihvate nekog lakšeg posla. Ne ćemo ulaziti u analizu albuminurije kod vrlo različitih oboljenja drugih sistema (nervni, plućni i dr.).

Hematurija. Ovo je jedan od najozbiljnijih simptoma oboljenja bubrega. Hematurija zahteva ispitivanje a ne lečenje, jer je hematurija simptom a ne oboljenje. Javlja se kod medikalnih oboljenja (nephrit) ili kod hirurških oboljenja (tuberkuloza, kamen, neoplazma). Obratiti pažnju na popratne simptome (otok, bledilo) ne bi li našli druge znake nephrit i onda postupiti kao kod nephrit. Ako nam pak hematurija liči na hiruršku (masivna, praćena bolovima u bubregu i drugim simptomima) onda treba odmah zahtevati cistoskopiju radi utvrđivanja mesta odakle krv dolazi. Sasvim je pogrešno u ovakvim slučajevima čekati da hematurija prestane pa da se preduzme cistoskopija. Naprotiv indikacija je da se odmah, u periodu hematurije, cistoskopira, jer docnije nismo u stanju, ponekad, da pronađemo mesto krvavljenja, ili stranu (bubreg) koja krvavi. Takođe obratiti pažnju na mikroskopsku hematuriju koja, ako je dugotrajna i ako se ponavlja, može ukazati na kamen. Kod većeg broja eritrocita u mokraći ne uzimati albuminuriju kao znak oštećenja bubrega jer taj pozitivni nalaz albumena dolazi uglavnom zbog belančevina prisutnih eritrocita.

Hematurija će zahtevati ispitivanje a nikako onesposobljavanje bolesnika, to jest lekar će takvog bolesnika podvrgnuti ozbiljnom ispitivanju sve dok se ne ustanovi uzrok hematurije. Za to vreme bolesnik će biti nesposoban u koliko stepen hematurije ili samo oboljenje (nephrit) to zahteva.

Radi brze orijentacije da li hematurija dolazi iz gornjeg dela (bubreg, bešika) ili iz donjeg dela (uretra) mokraćnog trakta treba dati bolesniku da mokri u dve čaše. Ako je hematurija totalna (obe čaše obojene) onda je hematurija iz gornjeg dela. Ako je obojena samo jedna čaša (prva ili druga) i to obično u manjoj meri, onda je hematurija iz donjeg dela. U drugom slučaju su lakša oboljenja (uretrit, prostatit, uretrocistit).

Piurija. Pojava leukocita u mokraći je znak supuracije. Pri tome je mokraća zamućena ili vrlo mutna. Nalaz od nekoliko leukocita u vidnom polju mikroskopa može ići sa savršeno bistrom mokraćom na oko. Obrnuto postoje zamućenja mokraće koja ne dolaze od leukocita. Napominjemo relativno čestu fosfaturiju koju možemo lako dijagnosticirati dodatkom nekoliko kapi kiseline (sirćetne, sulfosalicilne) jer se u tom slučaju mokraća kompletno bistri, dok kod piurije zamućenje

ostaje. Piurija može kao i hematurija, dati pozitivan znak albumena i ako u stvari nema oštećenja bubrega, već prisutan albumen vodi poreklo od raspalih leukocita.

I piurija kao i hematurija, zahteva najpre utvrđivanje uzroka a zatim dolazi lečenje. Piurija je popratna pojava nefrita, ali onda ide sa jačom količinom belančevina, ili je, što je češće, posledica supuracije u gornjim ili donjim urinarnim putevima. Mokrenje u dve čaše ponekad nas može brzo orijentisati. Mutnoća samo u prvoj ili samo u drugoj čaši govori da se radi o piuriji poreklom iz prednje ili zadnje uretre. Obilna piurija u obe čaše govori za poreklo iz bešike ili gornjih puteva. Ako je mokraća blede mutna i ne taloži se treba znati da piurija vodi poreklo iz gornjih puteva i da je došlo već do funkcionalnog oštećenja bubrega.

Ako lekar ne nađe da piuriji leži kao uzrok neko teže oboljenje koje zahteva bolničko lečenje, on može preduzeti lečenje dezinficijencijama i ostalim. Pri tome će pratiti tok i stepen piurije. Za to vreme treba da onesposobi za rad svoga bolesnika. Ako piurija ne prolazi treba zahtevati kompletno ispitivanje bolesnika jer je uzrok hroničnim piurijama vrlo često tuberkuloza bubrega ili kamen.

Sedimentiraju apsolutno ne zahteva radnu nesposobnost već analizu. Fosfaturija, oksalurija i uraturija su posledice poremećaja metabolizma, a još češće su samo trenutne promene u mokraći. Treba se poslužiti dijetalnim lečenjem. Stalnoj fosfaturiji može biti uzrok infekcija ili kamen u jednom delu slučajeva. Oksalurija u jačem stepenu može dati bolove u bubrezima koje idu do jačine kolika. U ovom slučaju treba ordinirati odmor od nekoliko dana, onesposobiti bolesnika i dati mnogo vode.

Kolibaciloza je trenutna i onda je bezopasna, ili je stalna, recidivirajuća i onda zahteva urološko ispitivanje, jer ovakvoj kolibacilozi leži kao podloga neko oštećenje urinarnog sistema (staza, kamen, hidronefroza). Ali treba znati da je kolibaciloza često prouzrokovana promenama na digestivnom aparatu (katar creva, holecistit, oštećenja jetre, konstipacija i dr.). U ovim slučajevima se radi o kolibaciluriji što znači da bubreg samo eliminiše klice koje imaju podlogu za razvijanje u drugom sistemu. U tom slučaju preduzeti lečenje promena na drugim organima.

Tokom lečenja kolibaciloza može zahtevati onesposobljenje zbog povremenih malih temperatura. Takođe je dobro dati iscrpljenim bolesnicima malo duži odmor te podići odbranbene snage organizma. Inače lečenje kolibaciloze se može vršiti i ambulantno i bez onesposobljavanja. Davati dezinficijencija (sulfamide) i raditi sa mandelium kiselinom koja daje odlične rezultate. Ne raditi sa vakcinom (ni auto-

vakcinom) koja ostaje bez ikakvog uspeha jer dejstvuje samo u tkivima dok je kolibacil stanovnik same mokraće a mnogo manje tkiva (Schmidt).

Polakiurija, često mokrenje, je samo simptom i ne zahteva onesposobljavanje već traženje uzroka. Postoje polakiurije kod nervoznih, neuropata i sl. te takve pacijente treba uputiti neurologu na lečenje. Kod žena je polakiurija često samo posledica oboljenja genitalnih organa (flus) te treba lečiti ginekološke promene. Uvek insistirati da se analiza mokraća samo koja je sterilno, kateterom, uzeta. Videće se da će se onda broj uroloških oboljenja mnogo smanjiti kod takvih bolesnica. U ostalim slučajevima polakiurija je izraz promena u mokraći ili oboljenja uretre, bešike, bubrega. Najteže je sa bolesnicima koji se žale na dugotrajnu polakiuriju a nalaz mokraće je bez promena. Treba ih podvrgnuti sistematskom ispitivanju urogenitalnih organa a često puta tražiti uzrok u oboljenju obližnjih organa (kod žene adneksa, kod muškarca rektum, hemoroidi). Nikako ne dati nesposobnost odmah u početku bolesniku koji ima bistru mokraću i drugi su nalazi negativni, jer se time izlažemo vrlo često iskorišćavanju od strane bolesnika. Polakiurija je jedan od najčešćih simptoma (pored bola) koji se uzima za simulaciju.

Inkontinencija kod mladića, kao tzv. enureza je retka, ali se nalazi. Tu treba uzeti podatke od okoline, razgledati već bolesnika i slično, pre nego što zahtevamo kompletno ispitivanje koje može otkriti uzrok perzistenciji ove dečje bolesti (bifidna spina, kamen, kong. anomalije). Nikakvo bolovanje ne će promeniti enurezu a bolesnici (pravi) odlučno odbijaju bolovanje već traže lečenje.

Bol kod uroloških oboljenja zahteva analizu i utvrđivanje uzroka što se može postići samo kompletnim ispitivanjem. Najpre treba isključiti oboljenja drugih organa. Naročito često dolazi u obzir lumbago. Takvi bolesnici su svakodnevna pojava u urološkoj ordinaciji. Ti bolesnici insistiraju da ih bole bubrezi, a međutim su bolovi uvek obostrani i donekle karakteristični (pri savijanju, u vezi sa nazezom, ukoče bolesnika i sl.). Nalaz albumena u tragu ne treba da odvraća od dijagnoze lumbaga. Međutim lumbago može biti udružen sa kamenom u bubregu ili nefritom, ali onda ima i drugih znakova. Pored bola moraju se tražiti i drugi simptomi (piurija, hematurija i dr.) inače se lekar izlaže simulaciji. Jak bol, koliku, je lako dijagnosticirati. Takav bolesnik zahteva bolničko lečenje ili imobilizaciju i onesposobljavanje. Teži je postupak kod tupog bola gde moramo tražiti i promene u mokraći pre nego što to oglasimo za oboljenje urinarnih organa. Ovakvim pacijentima ne otvarati bolovanje (bez preke potrebe) već ih podvrgnuti sistematskom ispitivanju ako bolovi perzistiraju. Dešava se da ovi

bolovi otkrivaju kamen, hidronefrozu i dr. Pratiti evoluciju ovih bolova i vršiti povremene analize mokraće koje mogu otkriti promene (eritrociti).

Nefriti. Nije teško staviti dijagnozu nefrita i običnim ambulantskim pregledom ako imamo pri tome tačne anamnestičke podatke, analizu mokraće i izvršimo pregled bolesnika. Lekar treba da oceni i stadijum razvića nefrita. Akutni nefriti će zahtevati strogo kućevno ili bolničko lečenje sa imobilizacijom (onesposobiti pacijenta). Ali je nesumnjivo da se pažljivo mora pratiti tok oboljenja te da se oceni momenat kada se bolesnik može osposobiti. Hipertenzija, otoci, granulirani cilindri, svaka od ovih pojava zahteva onesposobljenje. Često oboljenje traje vrlo dugo. Za to vreme treba vršiti kontrolu bolesnika da li on primenjuje date savete, jer nažalost u ovim slučajevima su prestupi česti pošto obično bolesnik ne uviđa važnost takvog lečenja. Izgube li se svi znaci nefrita a ostane li samo albuminurija treba postupiti kao što je napomenuto kod albuminurije. Bolesnika onda možemo za izvesno vreme osposobiti, ali pod kontrolom. Ako tada albuminurija raste i javljaju se eventualno granulirani cilindri, mi onda moramo opet primeniti dijetalno lečenje i ležanje te onesposobiti pacijenta.

Kod subakutnog nefrita postupiti kao i kod akutnog. Skrenuti pažnju bolesniku da je proces još u evoluciji i da od primene lekarskih mera zavisi u mnogome (svakako ne u celosti) dalje razviće nefrita, te da bolesnik rizikuje da proces pređe u hronični sa daljim teškim posledicama. Bolesniku treba u ovim slučajevima pružiti sve mogućnosti oporavka budući da znamo fatalnu i relativno brzu evoluciju procesa ako je i dalje progredijentan.

Kod hroničnog nefrita treba učiniti sve preglede više puta da bi se utvrdilo stanje procesa i mogućnost delimičnog reverzibiliteta. Obratiti pažnju na izolovani hipertenzivni nefrit bez azotemije i bez albuminurije. Tražiti znakove latentne uremije (glavobolja, gubljenje apetita, mršavljenje) i vršiti analizu krvi na ureu više puta. Tokom lečenja videćemo koliko možemo zaustaviti proces. Poznato je da i kod hipertenzije koja fatalno napreduje, možemo delimično smanjiti pritisak dijetalnim merama, a time ćemo i usporiti razviće. Takođe kod uremigenog nefrita možemo dijetalnim merama poboljšati stanje i usporiti proces. Uopšte kod hroničnog nefrita možemo računati da se zaštitnim merama i kod savesnog pacijenta može stanje poboljšati odnosno proces fatalnog razvića usporiti. Bolesnika treba onesposobiti što je više moguće, ali mu tada treba pružiti mogućnosti stvarnog lečenja. Vrlo je važno da se tada bolesnik odstrani iz neprijatne sredine gde ima uzbudjenja, jer nam je poznat vrlo nepovoljan uticaj nervnih im-

pulsa na nefrit, specijalno hipertenzivni. Obično će na kraju bolesnik morati da, ako je na teškom poslu, preuzme neki drugi lakši posao. U tom pogledu treba izići u susret do maksimuma.

Specijalna pažnja se mora obratiti na nefrite usled zanatskog trovanja. Poznato je da olovo, živa i bizmut mogu dati jake i fatalne nefrite. Dok je nefrit bizmuta obično medikalan, nastupa tokom lečenja luesa, dotle kod radnika koji rade sa olovom i živom mogu nastupiti hronični nefriti vrlo maligne prognoze. Ti radnici moraju biti povremeno kontrolisani a takođe im dati povremeni odmor. Ako se pak nađemo pred izraženim hroničnim nefritom onda je promena zanata neminovna.

Kalkuloza. Kada je već stavljena dijagnoza kalkuloze treba pored toga znati stanje oba bubrega, stepen oštećenja bubrega kao i osobine kamena (infekcija, mobilnost, bolovi i dr.). Postoji malo kamena u parenhimu bubrega koje ne zahteva nikakovu terapiju niti promenu sposobnosti. U ostalim slučajevima lekar treba da stavi indikaciju za operativno ili konzervativno lečenje. Ako je kamen za neodložno operativno lečenje, što i biva najčešće, treba bolesnika ubediti da je to jedini način izlečenja, i jedini način kojim se još eventualno može spasti bubrež. Danas mi mnogo ređe činimo nefrektomiju nego pijelotomiju kao operaciju kalkuloze. Operacijom u pravo vreme odnos nefrektomija će se i dalje smanjivati. Međutim bolesnici su mnogo više skloni da traže leka na drugi način, a naročito im je omiljeno banjsko i dijetalno lečenje. Međutim danas su autori vrlo skeptični u pogledu uticaja dijetete na stvaranje i raščćenje kamena, a banjsko lečenje dolazi u obzir tamo gde lekar stavi indikaciju za konzervativno lečenje. Ne pristane li bolesnik na operativno lečenje ako je isto apsolutno indicirano, mi više nismo moralno obavezni da mu dajemo bolovanje sem u periodu stvarne nesposobnosti, a to je renalna kolika (napad bolova) ili akutna infekcija. Onesposobljavanjem u jednom takvom slučaju ne rešavamo ni malo problem već samo navikavamo bolesnika na nekorisno i štetno lečenje.

Postoji kalkuloza koja se može konzervativno lečiti. To je slučaj gde imamo malo kamenje (do veličine zrna pšenice). Ima mnogo nade da ovako mali kamenovi mogu spontano biti eliminisani. Tu treba preduzeti lečenje pojačanom diurezom ili banjsko lečenje. Tokom toga lečenja možemo onesposobiti bolesnika. U slučaju kolike (kada kamenčić krene) preduzeti odgovarajuće mere (rad urologa sa ureteralnim kateterom).

Kamen uretera smatrati kao hitan slučaj. Ako bolesnik ostavi dugo kamen u ureteru (čak i ako je perioda bolova već prošla) rizikuje da bubrež bude nepovratno izgubljen. Tu lekar mora upotrebiti sav

svoj autoritet da nagovori bolesnika da se podvrgne specijalnom urološkom lečenju.

Hidronefroza. Dijagnozu ove bolesti stavlja urolog na osnovu specijalnih pregleda. Ovo oboljenje zahteva specijalno bolničko lečenje. Dešava se da bolesnici zahtevaju radnu nesposobnost smatrajući da ono malo bolova što imaju nema većeg značaja za budućnost bubrega. Naprotiv ovde dolazi u obzir jedino operativna terapija pa bilo da se mora vršiti nefrektomija bilo neka konzervirajuća operacija. Danas je moguće pravovremenom operacijom hidronefroze sačuvati bubreg (kao što smo u više slučajeva to učinili) te treba pristupiti operaciji što pre. U podmaklim slučajevima treba takođe ranije operisati jer je poznat nepovoljan uticaj jednostranog urološkog oboljenja na bubreg sa druge strane. U periodu bolova ili infekcije hidronefroze moramo u svakom slučaju onesposobiti našeg bolesnika. Treba znati da specijalno male hidronefroze daju jake bolove i obrnuto da velike hidronefroze ne daju obično bolove (naročito kongenitalne).

Pokretni bubreg. Ovo je relativno često oboljenje naših žena. Treba znati da postoji vrlo mobilan bubreg koji ne pravi nikakve smetnje to jest ne daje bolove niti je oštećen u svojoj funkciji. U ovakvim slučajevima prepisati pojas, i po mogućstvu gojenje, a nikako ne savetovati operaciju koja često puta razočara i bolesnika i lekara. Ako spuštenu bubreg daje jake bolove onda moramo u toj periodu imobilisati bolesnika (onesposobiti), a zatim ordinirati pojas i odmor. Pojas mora biti elastičan, kružan a ne sa zakopčavanjem po sredini, i treba da ga bolesnica stavlja u ležećem stavu kada je bubreg na svome mestu, a ne u stojećem stavu kada bubreg spadne dole te ga pojas još pritisne na rđavom mestu. U slučaju da bubreg pokazuje jasne znake progredijentne hidronefroze onda treba operisati. Posle operacije moguće je da bolovi za uvek prestanu, ali se češće dešava da bolovi ostanu makar u manjoj meri, ma da je funkcija bubrega u mnogome popravljena. Uvek treba imati na umu da se moraju pojačati sredstva koja normalno fiksiraju bubreg a to su trbušni mišići (pojas) i masno tkivo (gojenje). Moramo takođe povremeno prepisati odmor bolesnici. Samo izuzetno možemo uzeti u obzir traumatično poreklo mobilnog bubrega, i to samo onda kada je dokazan udar direktno u bubreg, jer je mobilan bubreg bolest slabih tkiva a ne posledica primene sile (slično kao hernija).

Pijelit u akutnom stanju zahteva lečenje i onesposobljenje, pa čak i u lakšem stepenu oboljenja. U hroničnom stadijumu izvršiti specijalna ispitivanja jer je moguće da uzrok pijeliti leži u postojanju nekog kamička, hidronefroze, kong. anomalije i sličnoga. Kod dugotrajnog pijelita dati duži odmor radi oporavka kada je već oboljenje

na kraju. U dijete ne biti strog jer slaba ishrana može potencirati i podržavati oboljenje. Ordinirati mesnu hranu čim pre moguće.

Tuberkuloza. Treba znati da je tuberkuloza bubrega vrlo često oboljenje. Na odeljenjima se vrši više nefrektomija zbog tuberkuloze nego zbog kamena, a u jednoj pariskoj klinici je bilo više procentualno bolesnika od tuberkuloze bubrega nego od kamena. Lekar mora da se trudi da ovu bolest otkrije što je pre moguće jer od nefrektomije aplicirane na vreme zavisi sudbina drugog bubrega, odnosno bolesnika. Pri tome se treba koristiti podacima o cistitu koji recidivira često ili je dugotrajan a bez vidnog uzroka. Isto važi za hroničnu piuriju. Treba tražiti B. Koch u sedimentu obojenom po Ziehl-Neelsen-u što je jednostavan postupak i pri savesnom traženju daje pozitivan rezultat vrlo često (kod nas u 80%). Posle toga treba primeniti sve moderne metode (cistoskopija, retrogradna pijelografija) koje će nesumnjivo otkriti tuberkulozu bubrega. Bolesnicima treba posle nefrektomije pružiti široke mogućnosti oporavka (klimatsko lečenje) jer od toga zavisi sanacija tuberkuloze bešike i ostalih organa. Dokazano je da je pozna postoperativna prognoza mnogo gora kod siromašnijih slojeva koji nisu imali mogućnosti za oporavak.

Nefrektomizirani. Danas nije više tako retko da imamo u ambulanti nefrektomizirane pacijente. Ako je preostali bubreg zdrav radna sposobnost nije promenjena. Ipak treba izaći u susret bolesniku ako hoće da promeni vrstu posla. Takođe je dobro ukloniti ih iz struke gde ima mnogo mogućnosti traumatizma jer će trauma jedinog bubrega biti fatalnih posledica. Takođe treba znati da preostali bubreg može praviti tupe bolove usled rašćenja pri kompenzatornoj hipertrofiji te u tom slučaju povremeno bolesniku ordinirati odmor.

Kongenitalne anomalije. Ovde je problem težak. Najpre se mora ustanoviti tačna klinička dijagnoza pijelografijom. Bolesnike sa jednostrano ektopičnim bubregom, sa potkovičastim bubrezima, sa kong. sraslim bubrezima i sličnim moramo smatrati kao nefrektomizirane bolesnike, to jest kao da imaju samo jedan bubreg. Svako oštećenje boljeg bubrega, ako i svaka trauma imaju slične posledice kao i kod nefrektomiziranih. Treba znati da su ove anomalije relativno česte, na svakih 600 slučajeva ima po jedan potkovičasti bubreg, a uz to nešto ređe po jedan ektopičan i jedan solitarni bubreg (jedan bubreg od rođenja). Najteže je to što nema nikakvih mogućnosti da mi slutimo običnim pregledom da se radi o anomalijama.

Zaključak. Izložili smo naše iskustvo stečeno tokom rada od 5 godina u urološkoj ambulanti Soc. Osiguranja u Beogradu gde smo posmatrali više hiljada bolesnika. Trudili smo se poglavito da u svakom slučaju primenimo odgovarajuće mere.