

# Gondolatok a szülészet-nőgyógyászatról az ezredforduló közeledtével

Rendkívüli megtiszteltetés, ugyanakkor nem kis felelősséggel járó feladat Markusovszky Lajosról emlékezni születésének és halálának egymáshoz közel eső évfordulói alkalmával. Markusovszky a korszerű magyar orvostan és közegészségügy megeremtője és legnagyobb szervezője volt, aki a hazai orvostudományt európai szintre emelte. Legfontosabb alkotásai — az Orvosi Hetilap megalapítása, az Országos Közegészségügyi Tanács létrehozása, az orvosképzés, az egyetemi élet rendezése, az általa alapított tanszékek és klinikák máig is fontos éltető elemei a magyar orvostudománynak.

Markusovszky az egészségügy szinte minden területén maradandót alkotott, a hazai szülészet azonban különösen sokat köszönhet neki. Az ő ösztönzése és közreműködése nélkül aligha váltak volna világszerte ismertté fiatalkori barátjának, Semmelweis Ignácnak korszakalkotó tanai, amelyeket mint a „Puerperalis Bizottság” elnöke igyekezett a gyakorlatban is elismertetni és megvalósítani. Közismert az a barátság és támogatás, amellyel a modern magyar szülészet megalapítóját, Tauffer Vilmost tüntette ki. Markusovszky Lajos gazdag életútját, maradandó alkotásait, egy évszázad elmúltával is aktuális és érvényes tanításait a korábbi évek ünnepi szónokai, a hazai orvostudomány prominens képviselői részletesen ismertették és méltatták. Mindezekhez hozzátenni nem sok újat tudnék, ezért szeretnék inkább a szülészet-nőgyógyászattal kapcsolatos néhány gondolatommal tisztelni a kiemelkedő orvos és ember emléke előtt.

Pontosan harminc évvel ezelőtt negyedéves orvostanhallgatóként kerültem először kapcsolatba a szülészet-nőgyógyászattal, és nagy örömmre két év múlva munkára jelentkezhettem Árvay Sándor professzor úrnál a debreceni Női Klinikán. Hálás vagyok a sorsnak, hogy az orvostudomány egyik legszebb szakterületére vezetett, hogy alkalmam volt tapasztalatokat szerezni a hazai szülészeti ellátás mind a négy szintjén, egyetemi klinikán, szülőotthonban, városi és megyei kórházak osztályain, és hogy tanúja lehettem annak a soha nem látott fejlődésnek, amely az elmúlt negyedszázad során az orvostudomány, ezen belül a szülészet-nőgyógyászat területén is bekövetkezett.

Három évtizeddel ezelőtt az orvosnak a szülészeti diagnosztikában a legtöbb helyen a két keze, a vizsgáló ujjai mellett a fából készült sztetoszkóp, a centiméter, a medencekörző- valamint a békareakció voltak a segítségére. A 60-as évek közepén felgyorsult tudományos-technikai fejlődés ezen a területen is forradalmi változásokat eredményezett. Jelentősen gyarapodtak a magzati fiziológiával

és patofiziológiával kapcsolatos ismereteink. A terhesség és a szülés monitorizálására biofizikai és biokémiai módszerek egész sora áll rendelkezésünkre. Az ultrahangdiagnosztikának köszönhetően az embryo és a magzat, az „intrauterin páciens” fejlődése a legapróbb részletekig nyomon követhető, szinte a szemünk előtt zajlik. Megoldott az ajtón az oxycardiocograph, a CTG és a pulsoxymeter kombinációja, amelynek segítségével a magzati szív-működés mellett az oxigén szaturáció is folyamatosan észlelhető a szülés alatt.

A szülészek és a neonatológusok együttműködésének eredményeképpen létrejött egy új tudományág, a perinatalis medicina, megalakultak a neonatális intenzív centrumok. Közös erőfeszítéseink nem voltak hiábavalóak, hiszen a perinatalis magzati veszteség a negyedszázad előtti 40 ezrelék körüli érték közel negyedére csökkent. Elégedetek ezzel természetesen csak részben lehetünk, hiszen ezen eredmények jócskán elmaradnak a fejlett országok mutatóitól. Ugyancsak örvendetes és jelentős csökkenés volt megfigyelhető a szülészeti eseményekkel kapcsolatos anyai halálozás területén. Sajnos még így is 22-en fizettek életükkel az elmúlt évben azért, mert életet szerettek volna adni, pedig egyetlen anyai haláleset is megengedhetetlenül sok.

Az ultrahangtechnika alkalmazása a praenatalis genetikai területén is robbanásszerű fejlődést indított el. Ezáltal nemcsak számos malformatio korai felismerése vált lehetővé (vaginális sonographia esetén már az első trimeszter végén), hanem különböző magzati sejt- és szövetmintákhoz is hozzájuthatunk (chorionboholy mintavétel, amniocentesis, magzati vérvétel, szövetbiopsia). Ezekből a mintákból végzett kromoszóma-, enzim- és DNS-vizsgálatok révén már a terhesség első trimeszterében felismerhetők a magzati kromoszómaaberrációk, számos anyagcserebetegség és más monogénesen öröklődő veleszületett fejlődési rendellenesség. Biztató próbálkozásoknak lehetünk tanúi az intrauterin terápia, a magzati sebészet, valamint a praesimulációs genetikai diagnosztika területén, és ma már mód van praeembryo, a blastocysta, sőt a petesejt genetikai vizsálatára is. Több mint másfél évtizede, hogy megszületett az első „lombik baby”, és azóta több tízezer társa követte. Az asszisztált reprodukív technikák jóvoltából olyan pároknak is megadatik a gyermekáldás öröme, akiknek erre korábban semmilyen esélyük nem volt. Mindez nem lett volna lehetséges a reprodukciós endokrinológia eredményeinek alkalmazása nélkül.

Szülészeti tevékenységünk súlypontja tehát az elmúlt évtizedek során jelentős mértékben balra toldott. Elődeink a század elején még az anya életéért vívtak heroikus küzdelmet, és a születendő magzat sorsa sokáig másodren-

Elhangzott 1994. április 22-én megtartott Markusovszky Lajos emlékülésen

dű maradt. Miután az anya élete viszonylagos biztonságba került, a perinatalis mortalitás és morbiditás csökkentése vált az elsőrendű feladattá. Napjainkban viszont az érdeklődés mindinkább az élet legkorábbi stádiumai felé irányul, amikor a megtermékenyítés folyamatába is be tudunk avatkozni.

A szüléset fejlődésével a nőgyógyászat is lépést tartott. Gyógyszerekkel, hormonokkal ovulációt nemcsak indukálni, hanem gátolni is lehet, és ez több száz millió nő számára teszi lehetővé a nem kívánt terhesség megelőzésének biztonságos útját, a hormonális fogamzásgátlást.

Hasonló nagyságrendű női populatio a potenciális kedvezményezettje a postmenopausában alkalmazott hormonpótló kezelésnek, amely lehetőséget nyújt az osteoporosis és a cardiovascularis megbetegedések megelőzésére, és az élet minőségének a javítására.

Hosszan sorolhatnám tovább az újabb diagnosztikus és terápiás eljárásokat, a modern képalkotó eljárásokat (színes Doppler, CT, MRI), a tumor markereket és a rosszindulatú daganatok kemoterápiáját, végül, de nem utolsósorban a diagnosztikus és operatív endoszkópiát, amelyek az utóbbi évek során a nőgyógyászat területén is bevezetésre kerültek. A felsorolás nem lehet teljes, csupán azt hivatott illusztrálni, hogy az elmúlt évtizedek tudománystechnikai fejlődése hogyan változtatta meg alapjaiban a szüléset-nőgyógyászatot, amely a korábban sokak által lenézett mesterségből felzárkózott a gondolkodást igénylő szakterületek sorába.

Ennek a hatalmas, világméretű fejlődésnek a magyar szüléset és a magyar szülésetek is aktív részesei voltak, és azok ma is nemcsak az új diagnosztikus és terápiás eljárások bevezetése és alkalmazása, hanem azok kidolgozása és továbbfejlesztése, a Markusovszky által is oly fontosnak tartott „búvárlat” vagy „szabatos fürkészés” területén is. Nem kell tehát szégyenkezniük eredményeink miatt, és ha bizonyos területen vannak is lemaradásaink, annak nem az érdektelenség, a felkészületlenség vagy a fogadókészség hiánya, sokkal inkább anyagi erőforrásaink szűkös volta az oka.

Panaszkodni is lenne bőven okunk, hiszen egyre nehezebb feltételek és körülmények között kell megőrizni eredményeinket, és lépést tartanunk a haladással, nemcsak nekünk szüléseteknek, hanem az összes többi szakterület képviselőinek. De ne panaszkodjunk, mert az nem illene az alkalomhoz, merítsünk inkább erőt Markusovszkytól „*Mindnyájunk feladata, hogy dacára a bizonytalan jövőnek, a nehéz pályának és a mostoha körülményeknek, törekvéseink célját minél magasabbra tűzzük.*”

Ünnepi alkalmakkor inkább az eredményeket illik hangsúlyozni, a gondok, a problémák ritkán kerülnek előtérbe. Úgy hiszem azonban, hogy Markusovszky Lajos szellemétől nem idegen, ha előadásom hátralévő részében szót ejtek kudarcainkról, a technikai fejlődés káros mellékhatásairól, valamint azokról a kihívásokról, amelyekkel napjaink szülésetének szembesülnie kell.

Miközben a anyai és a perinatalis mortalitás csökkentése területén figyelemre méltó eredményeket értünk el, a koraszülések vonatkozásában korántsem ilyen kedvező a helyzet. A 30 évvel ezelőtti 11%-os koraszülési frekvenciát

napjainkra alig több mint 2%-kal sikerült csökkenteni. Ez nem véletlen, hiszen a mégoly hatékony terhesgondozás is csak kismértékben tudja kompenzálni a koraszülések hátterében lévő nem szüléseti okokat (egészségtelen táplálkozás és életmód, környezeti ártalmak, dohányzás, drog, és alkoholfogyasztás). Hasonló a helyzet a terhességmegszakítások területén is, amelyek hátterében a szocioökonómiai tényezők mellett az egészségnevelés és felvilágosítás súlyos hiányosságai állnak. Bár az új magzatvédelmi törvény nyomán szerény javulásról számolhatunk be, az elmúlt évben még mindig több mint 76 ezer terhességet szakítottunk meg. Ez azt jelenti, hogy 100 élveszületésre 65 interruptio esik. Jelentős áttörés sajnos ezen a területen sem várható, és lassú csökkenésre is csak a lakosság gazdasági és szociális helyzete javulásának, egészségügyi kultúrája fokozódásának függvényében lehet számítani.

A tudományos-technológiai fejlődés által megnyitott új lehetőségek új problémák forrásaivá válnak. Különösen vonatkozik ez a praenatalis genetikai diagnosztikára. Vannak, akik a magzat kromoszómavizsgálatát a nemi szelekció vagy nemválasztás céljából szeretnék elvégeztetni, ami természetesen a nem kívánt nemű magzat elpusztítását vonná maga után. Mélységesen etikátlannak, egyben megengedhetetlennek tartom a nemek közötti válogatást. A praenatalis genetikai diagnosztika célja a veleszületett rendellenességek korai felismerése és szekunder prevenciója, a nem viszont nem betegség. Vannak, akik ezt a költséges és nem veszélytelen vizsgálatot alacsony kockázatú esetekben „megnyugtató céljából” próbálják kiereszkölni. Ezen indokolatlan igényeknek bár sokszor nehéz, de ellent kell állnunk már csak azért is, hogy a szűkös kapacitást megőrizzük a valóban indokolt esetek számára. Sokat vitatott kérdés, hogy milyen rendellenességek képezzék a terhesség megszakításának az indikációját. Dilemmára természetesen nem az anencephalia, a rachischisis vagy a Down-szindróma adnak okot, bár vannak, akik még a súlyos, élettel összeegyeztethetetlen rendellenességek esetén is elutasítják az interruptiót, mondván hogy nincs jogunk praenatalisan ítélni, és ítéletet végrehajtani terhességmegszakítás formájában. A másik véglet az azok a szülők képviselik, akik a tökéletes gyermek vágyától vezéreltetve enyhébb rendellenességek esetén is inkább a megszakítást választanák. A két véglet között nem mindig egyszerű megtalálni a helyes utat. Ma már a különböző módszerekkel több száz rendellenesség ismerhető fel, és ezek száma egyre növekszik. Huxley nyomán szabadon: félsz, ha ilyen ütemben fejlődik az orvostudomány, beleértve a praenatalis diagnosztikát, úgy nemcsak egészséges ember, de egészséges magzat sem marad. Felmerül a kérdés, hogy vajon diagnosztizálható-e minden, ami diagnosztizálható, amire technikailag képesek vagyunk. Nyilvánvalóan nem, és nemcsak azért, mert erre nincs anyagi lehetőségünk.

A humán reprodukció új módszerei, az asszisztált reprodukív technikák ugyancsak számos jogi és etikai kérdést vetnek fel. Ma még csak kuriózumként értesülünk arról, hogy 60 éves nő terhes, hogy egy 48 éves asszony egyszerre három unokát szült, hogy egy gyermeknek három anyja van, egyik, aki a petesejtet adta (genetikai anya), a második, aki a méhét adta és a terhességet kihordta (gesztációs

vagy dajkaanya), és a harmadik, aki mindezt pénzért megrendelte és a gyermeket sajátjaként neveli. A gaméták és a praecembryók mélyfagyasztása, adományozása, esetleg klónozása azonban az említetteknel sokkal bizarrabb helyzeteket eredményezhet. Félek, hogy a XXI. században egyszer majd valaki megszüli önmagát vagy a saját anyját. És ha csupán ennyitől félek, még nem is túl élénk a fantáziám. Meggyőződésem, hogy a jövő század egyik legnagyobb kihívása az úgynevezett reprodukciós helyettesítés megfelelő kezelése és keretek között tartása lesz.

A technikai fejlődés ugyanis nem fog megállni ezen a területen sem, mint ahogy tovább fog fejlődni az intenzív medicina is. Irigykedve olvassuk, hogy a fejlett európai országokban az 1000 g alatti súllyal születettek túlélése 75 %, és még a 800 g alatti igen kis súlyú újszülöttek túlélése is eléri a 60 %-ot, sőt már az 500 g alatti magzatok életben tartása sem megy ritkaságszámba. Félő, hogy lesznek, akik ezen a téren is minden újabb rekordot igyekeznek majd megdönteni. Arról már kevesebb szó esik, hogy az 500 g alatti tartományban az intakt túlélés 6 %, 500–600 g között pedig 16 %, a fennmaradó rész pedig súlyos idegrendszeri, érzékszervi és mozgásszervi károsodásban szenved, és egész életére rehabilitációra szorul. A túlélésnek tehát igen nagy az ára, és felmerül a kérdés, nem jelenti-e az orvosi tudással és hatalommal való visszaélést, mindenáron életre kárhozatni arra alkalmatlan magzatokat.

A technikai haladás által nyújtott lehetőségekkel azonban számos más területen is visszaélünk. A technika ugyanis nagy zsarnok, kiköveteli a hasznosítását és alkalmazását. Ultrahanggal erősítünk meg teljes egyértelmű tapintási leleteket, lassan szégyen lesz egy myomát pusztán bimanuális vizsgálattal diagnosztizálni. A medikusnak arra a kérdésre, hogy hogyan ismeri fel a medencevégű fekvést, az ultrahangon kívül más nem jut az eszébe. Nem tehetünk neki szemrehányást, mert valószínűleg tőlünk tanulta. A reálisnak tartott 3–4 terhességi ultrahangvizsgálatnak gyakran a többszörösét végzik el, holott bizonyított, hogy a gyakori ultrahangvizsgálat semmivel sem javítja a perinatalis eredményeket. Ugyanakkor egyre több adat támasztja alá, hogy az ultrahangvizsgálat sem teljesen veszélytelen a magzat számára. A külföldi „baby look”, „meet the baby” és „fun ultrasound” jól jövedelmező vállalkozások, „babanéző” programok sajnos hozzánk is eljutottak. „*Ne alacsonyítsa tudományát tehénre, amely őt vajjal látandja el*” — mondaná Markusovszky.

Randomizált, kontrollált tanulmányok egész sora támasztja alá, hogy az alacsony kockázatú terhességek és szülések folyamatos elektronikus monitorizálása szintén nem javítja az eredményeket. Ugyanakkor nagy része van abban, elsősorban a leletek hibás értékelése miatt, hogy a császármetszési frekvencia a monitorizálás elterjedése óta mintegy kétszeresére emelkedett. Az Egyesült Államok egyes területein a 25 %-ot is meghaladja, de nálunk sem ritka a 15 % feletti császármetszési gyakoriság. Tehát minden 4., 6. újszülött császármetszéssel jön a világra. Ezen kedvezőtlen tendencia megállítása, illetve visszaszorítása ugyancsak sürgető feladatunk.

A lézer a varázslat erejével hat, szinte rangot jelent lézerkezelésre járni, holott legalábbis a nőgyógyászatban

egyszerűbb és olcsóbb eljárásokkal tökéletesen helyettesíthető.

Az új technikai vívmányok terjedni kezdenek még mielőtt hatékonyságukat és magasabb teljesítőképességüket klinikai tanulmányok egyértelműen megerősítenék. Hányszor éltünk meg egy új diagnosztikus vagy terápiás eljárás bevezetése után hatalmas eufóriát, majd az utána követő kiábrándulást, depressziót, míg végül is eljutottunk oda, ahonnan elindultunk. Az orvosok igyekeznek bevezetni minden újat a gyakorlatba demonstrálandó, hogy lépést tartanak a fejlődéssel. A közvélemény, a laikus sajtóban megjelenő, gyakran szenzációt hajhászó cikkek hatására a medicina lényegének a technikát tartja. Rendkívül nagy tehát ezen a téren is a sajtó felelőssége, hogy kellően alá nem támasztott és bizonyított „újdonságok” népszerűsítésével ne zúdítsion megalapozatlan és teljesíthetetlen igényeket az amúgy is vergődő és finanszírozhatatlan egészségügyre.

A technika alkalmazásának további káros mellékhatása a gyógyítás személytelenné válása, az orvos—beteg kapcsolat gyengülése. Miközben a betegségekre koncentrálnak, elvész a beteg, nincs, aki meghallgassa panaszait, aki felvilágosítsa betegségére természetéről és gyógyulásainak esélyeiről, mert a legnagyobb hiánycikk az emberi szó, a Bálint Mihály által megálmodott orvos, aki maga is gyógyszer. Gyakran elfeledkezünk arról, hogy a terhes vagy a nőbeteg nemcsak tevékenységünk és statisztikánk tárgya, megélhetésünk forrása, hanem ember, akit partnerként kell kezelnünk, akinek igényei lehetnek és akinek beleszólása van abba, hogy mi történjék vele. És ezzel el is értem mondanivalóm talán leglényegesebb pontjához, a hazai szülészobai helyzet kritikájához.

Az elmúlt évtizedek egyik legnagyobb vívmányának tartottuk, hogy a korábban hagyományosan háznál történő szüléseket sikerült intézeti keretek közé terelni, intézeten kívüli szülés csak egészen ritka kivételként fordult elő. Nem kétséges, ennek döntő szerepe volt abban, hogy a fél évszázaddal ezelőtti egyezrelékes anyai halálozás a tizedére csökkent, és hasonló csökkenés volt megfigyelhető a perinatalis mortalitás területén is. Az intézmények többségében azonban meglehetősen mostoha, mondhatni spártai körülményeket biztosítunk a szülőnők számára. Sokan emlékszünk még a 6–8 ágyas vajúdó-szülészobákra, ahol az intimitást a legjobb esetben a paraván biztosította, és a szülőnő 4–5 társa vajúdását is kénytelen volt végigszenvedni. A vajúdót ágyhoz kötöttük, mivel számunkra ez így volt kényelmes, és így zavart a legkevésbé, és fel sem merült bennünk, hogy a vízszintes, hanyatt fekvő helyzet mind a vajúdás, mind a szülés szempontjából az egyik legelénytelenebb. A 20 ágyas gyermekágyas kórtermekben szorult helyzetben ágyakat összetolva és pótágyakon 30-an is elfértek. Az újszülöttet az anyától elválasztottuk, ápolástechnikai és higiénés megfontolásokból külön újszülött-részleget hoztunk létre, ahol az esetleges fertőzés futótűzként seper végig, a látogatást megtiltottuk, a újszülötteket a hozzátartozóknak tv-képernyőn mutattuk meg, nehogy megfertőzzék őket, a virág bevitele szigorúan tilos volt ugyancsak higiénés okokra hivatkozva.

Eközben kitekintve külföldre láttuk az úgynevezett családorientált szülészeti osztályokat, ahol a pasztellszínűre

tapétázott, kórházra alig emlékeztető egyágvas szülőszobákban a vajúdo szabadon mozog, sétál, vagy hintaszékben ül, kedvére zenét hallgat, mindezt a férje, anyja vagy a barátja társaságában, megválaszthatja a számára kedvező szülési pozíciót (szülőszék vagy térd-könyök helyzet), újszülöttjét nem viszik el, szülés után belép a két nagyobb testvér, és a család együtt örül a kis jövevénynek. A gyermekágyas osztályon az újszülött végig édesanyja mellett marad, a látogatást nem korlátozzák, és némelyik kórterem kisebb virágüzletre emlékeztet. A fertőzések száma ennek ellenére nem emelkedik, ami nem is csoda, hiszen a gyermekágyi infekciók kétharmadát a beteg saját kórokozó készletéből származó csirok okozzák, a fennmaradó egyharmadát képező exogén nosocomialis fertőzéseket pedig elsősorban az egészségügyi személyzet viszi át a betegre az invazív diagnosztikus vagy terápiás manipulációk során.

A külföldön látottakat sokan igyekeztünk osztályainkon is megvalósítani, enyhíteni a szigorú kötöttségeken, és ma már korántsem olyan kedvezőtlen a helyzet, mint azt az előbb jellemeztem. Mind több helyen van mód az együtt szülésre, az apa jelenlétére, az alternatív vajúdo és szülési pozíciók megválasztására. Az azonnali testkontaktus, a fél órán belüli mellre tétel, az igény szerinti szoptatás, a 24 órás együttlét, az úgynevezett „rooming-in” ápolási rendszer, a szabadabb látogatás egyre több osztályon kerül bevezetésre. Élénk az érdeklődés az Egészségügyi Világszervezet és az ENSZ Gyermekalap által kezdeményezett bababaráti kórház-mozgalomhoz való csatlakozás iránt, amelynek elsődrendű célja a szoptatás és az anyatejes táplálás szorgalmazása.

Természetesen ez nem mindenütt megy könnyen, hiszen az anyagi feltételek megteremtésén kívül helyenként még a társzszakmák ellenállását is le kell győzni. „Causa bona triumphat”, azaz a jó ügy diadalmaskodik. Meggyőződésem, hogy emberibb, barátságosabb, otthonosabb szülőszobák létrehozása jó ügy. És jobb, ha mi teremtünk mielőbb kedvezőbb feltételeket az osztályainkon, mert lesznek, akik megpróbálják majd elcsalogatni a szülőnőket családiasabb, de sokkal veszélyesebb körülmények közé. Így tudjuk csak elkerülni, hogy a terhesek a rideg kórházi környezet elől a rendkívül veszélyes háziszülésbe meneküljenek.

Sokan vádolnak bennünket azzal, hogy jóllehet a terhesség és a szülés élettani állapot és nem betegség, mi mégis mindenkit betegként kezelünk az intenzív szülőszobáinkon. Hogy a fiziológiásra rászabadítjuk a technikát, és ezáltal többet ártunk, mint használunk. Nem teljesen alaptalanok ezek a vádak, hiszen túlzott aktivitásunkkal gyakran hozzuk nehéz helyzetbe szülőnőnket, és vele együtt magunkat is. Hajlamosak vagyunk elfelejteni azokat a régi bölcs intelmeket, hogy az megy legjobban, ami magától megy, és hogy a szülész két legjobb segítőtársa a türelem és az idő. Mi orvosok sajnos mindkettőnek szűkében vagyunk. Nem véletlen tehát, hogy napjaink szülészetében ismét egyre nagyobb szerepet kapnak a szülésznők, nemcsak a terhesgondozásban és a szülésre való felkészítésben, hanem az alacsony kockázatú szülések vezetésében, és végül a gyermekágyasok otthoni felügyeletében és utó-

gondozásában is. Magam is helyeselném, ha számos nyugat-európai országhoz hasonlóan a magasan kvalifikált — és nem tíz hónap alatt kiképzett — bábák a szövődménymentesnek ígérkező szülések vezetésében is nagyobb részt vállalhatnának természetesen nem háznál, hanem intézeti keretek között. A legegyszerűbbnek ígérkező szülés is torkollhat ugyanis olyan súlyos szövődménybe, amelynek elátására háznál nincs mód, és amely tragédiához vezethet.

Napjaink szülészetének egyik legnagyobb kihívása a természet, a természetes módszerek és a „high technology” között egyre fokozódó feszültség, egyre mélyülő szakadék. Nem egyszerű, de megkerülhetetlen feladat áthidalni ezt a szakadékot. Úgy kell humánusabbá és családiasabbá tenni a szülészetet, hogy közben ne veszélyeztessük, inkább fokozzuk az eddig elért biztonságot. Hagyjuk érvényesülni a természet erőit, ahol lehet, és csak ott vessük be a technikát, ahol az feltétlenül indokolt. Más szóval a természet és a technika ne kizárják, hanem kiegészítsék egymást.

Legkedvesebb Markusovszky-idézetem szerint „*Mindezen theoria csak nézet az igazságról, amelyet az emberiség időszerű ismeretei alapján magának alkot. De midőn ezt teszi, azon tudattal kell tennie, hogy ezzel a bűvárlat lezárva nincs, nem az övé az utolsó szó.*” Ebben a szellemben igyekeztem a szülészet-nőgyógyászattal kapcsolatos néhány gondolatomat összefoglalni.

Kiemelt feladataink a XXI. századra is lényegében változatlanok maradnak: a terhesség és a szülés biztonságának a fokozása, az anyai mortalitás és morbiditás további csökkentése, az egészséges születés jogának a biztosítása, a perinatalis mortalitás és morbiditás csökkentése, hogy mindenkinek megadassék a gyermek, aki azt szeretné, és hogy ne a művi vetélés legyen a családtervezés eszköze. Feladat tehát marad bőven, és ezen feladatoknak úgy kell eleget tennünk, hogy a ránk bízott terheseknek és nőbetegeknek ne csak orvosai, hanem egy kicsit ügyvédei is legyünk. Markusovszkyval búcsúzva „*akinek közhasznú működési tere és annak művelésére ereje és egészsége van, annak nincs oka panaszkodni. . . Nemes a cél, igaz az eszme amely körül sorakoztunk, folytassuk a munkát erellyel, kitartással. . .*”

IRODALOM: 1. *Besznyák I.*: Emlékezés Markusovszky Lajosra, Orv. Hetil., 1992, 134, 532—533. — 1. *Boda D.*: Markusovszky emlékezete, Orv. Hetil., 1985, 126, 2263—2266. — 3. *Figge, D. C.*: The tyranny of technology, Am. J. Obstet. Gynecol., 1990, 162, 1365—1369. — 4. *Hirschler I.*: Markusovszky jelentősége a szülészet és nőgyógyászat fejlődésében. Orv. Hetil., 1967, 108, 2090—2093. — 5. *Keifer, W. S.*: Preparing for obstetrics in the twenty-first century: Quo vadis? Am. J. Obstet. Gynecol., 1993, 168, 1787—1790. — 6. *Lampé L.*: A szülészet-nőgyógyászat a XX. században. Orv. Hetil., 1987, 128, 2027—2034. — 7. *Malinak, L. R.*: Winter hath hope of spring. Am. J. Obstet. Gynecol., 1991, 164, 1401—1408. — 8. *Sandberg, E. C.*: Only an attitude away: The potential of reproductive surrogacy. Am. J. Obstet. Gynecol., 1989, 160, 1441—1446. — 9. *Trencsényi T.*: Markusovszky Lajos, Orv. Hetil., 1969, 110, 2677—2684. — 10. *Whyte, H. E., Fitzhardinge, P. M., Shennan A. T. és msai*: Extreme immaturity: Outcome of 568 pregnancies of 23—26 weeks gestation. Obstet. Gynecol., 1993, 82, 1—7.

Gardó Sándor dr.