

A császármetszés – mint orvosi és társadalmi dilemma

1956-ban érettségiztem Baján, a III. Béla Gimnáziumban, Szegeden szereztem meg az orvosi diplomát, s Kiskunhalason lettem szülész-nőgyógyásszá. 1968 óta Svédországban élek, ahol az elmúlt 30 évben előbb a Karolinska Egyetemi Klinikán, majd egy másik stockholmi kórház szülész-nőgyógyászatán dolgoztam mint vezető főorvos.

Az 1980-as évek elején kezdtem komolyabban érdeklődni a császármetszések egyre gyakoribb előfordulása iránt. Ez azóta az orvosi működés egyik legellentmondásosabb, legtöbb eltérő véleményét és vitát kiváltó területévé vált.

A császármetszés valóban orvosi és társadalmi dilemma. És nyugodtan hozzátehetem, sok terhes anyának személyes dilemma is. Sajnos ez kevésbé ismert szélesebb körben, annak ellenére, hogy a társadalom minden rétegét érinti, és előbb-utóbb felbukkan minden családban. Őszintén együtt érzek minden szüléssel, szülésszel és várandós asszonnyal, aki e dilemma előtt áll.

Most következő eszmefuttatásom azt is szeretném sugallni, hogy ébredjünk fel, és ébredjünk fel még időben!

Kezdjük az elején: tulajdonképpen mi a császármetszés? Amikor a magzatot/gyermeket a természetes szülési folyamat helyett egy operációval, a hasfal és a méh megnyitásával, a hasfalon át emelik ki, segítik világra.

Az első császármetszés valószínűleg a római korban történt, amikor császári rendeletre Kr. e. 700 körül a haldokló vagy elhalt terhes asszonyokból ki kellett operálni a magzatot és külön eltemetni. A leírások szerint több életképes gyermek is született e módon. Valószínű, hogy éppen a császári rendelet „lex caesarea” adta a beavatkozás nevét is, mely latinul „sectio caesarea”.

A narkózis kezdeti időszaka adta meg az első sikeres császármetszést az 1800-as évek közepén Angliában. Magyarországon először Tauffer Vilmos végezte ezt a műtétet 1890-ben.

Az 1900-as évek közepéig a császármetszés

frekvenciája alig 1% volt. Az 1940-es években, a penicillin felfedezésével az operáció után fellépő infekciókat már kezelni, gyógyítani tudták, így lassan emelkedett a császármetszések száma, de 1970-ben is még csak 5% körül mozgott mind Európában, mind az USA-ban. Ebben az időben a szülés körüli csecsemőhalálozás az ún. perinatális mortalitás a fejlettebb országokban 4–5% körül mozgott, és csökkentése fontos céllá vált. Ennek érdekében több vonalon indult meg a küzdelem. Többek között kiszélesítették a terhesség megkezdését, a terhességvédelmet, aktívabb lett a szülésvezetés.

De a legszembeötlőbb eszköz a császármetszések számának emelkedése volt, oly módon is, hogy most már nemcsak akut esetben végezték, hanem profilaktikusan, előre betervezettel is.

Ennek egyik első szószólója Zoltán Imre professzor volt a budapesti II. sz. Női Klinikán.

Kivitelezésben azonban az amerikaiak jártak elől, és kb. 10 év alatt a császármetszés frekvenciája 5–6%-ról 15–20%-ra emelkedett az amerikai és nem sokkal később sok európai klinikán is. Ugyanezen idő alatt a perinatális mortalitás 1%-ra csökkent. Nagyszerű! – mondták, íme micsoda eredményt értünk el a császármetszéssel!

De megjelentek a kételkedő hangok is: biztos, hogy ez a császármetszések eredménye? Például a híres dublini Holies street Klinikán ugyanezen időszak alatt a császármetszések száma nem emelkedett, hanem továbbra is 5–6% volt, a perinatális mortalitás mégis 1%-ra csökkent. Kiértékelést kiértékelés követett, és a végkövetkeztetés az lett, hogy több más faktor is hozzájárult a perinatális mortalitás csökkenéséhez, nem csak a császármetszések. Úgy tűnt, ezt a tendenciát, ezt az új praxist már nem igen lehet megváltoztatni... Vagy mégis? Én megpróbáltam...

Az 1980-as évek elején a Karolinska Egyetemi Klinikáról egy stockholmi kórház szülész-nőgyógyász főorvosává neveztek ki. Az osztály 106 ágyas évi 1400 szüléssel, mely a következő években 2000-re emelkedett. A császármetszés

frekvenciája 14,9% volt, szerintem az akkori arányokhoz képest nagyon magas (a svéd átlag 10% volt).

Első dolgom volt, hogy császármetszés-konferenciákat indítsak, ahol minden császármetszésről referálni kellett, mind az akutokról, mind a tervezettekről, és megindokolni az okot az orvoskar előtt. Néhány dolgot kitöröltünk a szótárból, például „egyszer császármetszés, mindig császármetszés”. Leszögeztük, hogy a medenceszűkület nagyon ritka, jó fájásokkal majdnem minden megy. Az ún. borderline (= határméretű) medencéjű nőket korábbi császármetszés után rendre hüvelyi szüléssel engedünk szülni, szinte 100%-os sikerrel.

Érveimet mindig tudományos dolgozatok referálásával is alátámasztottam.

Mikor készenléti ügyeletes voltam fiatal, kevés tapasztalattal bíró kollegákkal, sokszor benn maradtam a kórházban, hogy biztonságosabban érezzék magukat, és merjenek várni, ne siessék el a császározást. „A szülést a VÁRNI tudás művészete!”

Persze csak szaktudással, tapasztalattal és józan ésszel. Mindenekelőtt figyelembe kell venni, hogy a szülés dinamikus folyamat, ahol a jó minőségű szülési „fájások” a legfontosabbak a szülés normális úton való lefolyásához.

S az eredményeink? Osztályunkon évente átlagosan 1%-kal csökkent a császármetszések száma, és 7 év után 7,2%-ra süllyedt, az akkor legalacsonyabbra Svédországban. A perinatális mortalitás nem emelkedett, sőt 0,3%-ra csökkent, szintén a legalacsonyabb lett az országban. Kitűnő bizonyíték arra, hogy az újszülött állapota a császármetszések csökkenésével nem lesz rosszabb, sőt jobb. Ezt a nívót 3 éven keresztül tartottuk, s utána is 8–9% körül maradtunk. Mikor 4 évvel ezelőtt nyugdíjba mentem, az érték 11,6% volt. Akkor a többi stockholmi klinikán már 18–24%-ra emelkedett. Tehát a folyamat visszafordítható negatív konzekvenciák nélkül. Utánunk több más klinika is hasonló eredményt ért el Svédországban.

Meglepő, hogy a szülészeti osztályok császármetszési frekvenciája között oly nagy a különbség mindenütt a világon. Svédországban akkor 7–22% között mozgott, és a klinikák között épúgy megtalálható volt az egyetemi klinika mind 8, mind 18%-kal, mint a legkisebb vidéki osztály, tehát hasonló beteganyagú osztályok. Ez ma is így van, csak magasabb százalékos

szinten. E nagy különbségek ellenére a perinatális mortalításban nincs lényeges különbség!

Magyarországon szintén. A világhálón 2007-ben talált adatok szerint Budapesten (az akkor még létező) Szabolcs utcai intézetben 42%, az István kórházban 7,5%, Dombóváron 14%, Bonyhádon 27%, Csornán 47,5% volt a császármetszések aránya.

Minden eddigi tudományos vizsgálat azt mutatja, hogy a császármetszések frekvenciája egy szülészeti osztályon elsősorban az ott dolgozó orvosok szemléletétől függ, ahol az osztályvezető szülész szemlélete a mérvadó. Ezt az is mutatja, hogy a statisztika szerint azokon az osztályokon, ahol sok a profilaktikus, a tervezett császármetszés, ott magas az akut császármetszések frekvenciája is. Pedig a profilaktikus császármetszés arra lenne hivatott, hogy kiválassák a várható nagyobb kockázatú esetek, és megelőzzék, hogy azokat majd akutan kelljen operálni. Sajnos mai tudásunk, néhány kivételtől eltekintve, nem elégséges ehhez. Így sok tervezett császármetszés tulajdonképpen „rosszul választott” eset, éppen ezért szükségtelen. De eddig még soha nem pereltek be orvost azért, mert császármetszést végzett, csak azért, ha nem!

Sok klinikán kialakul egy praxis, mely hosszú időre meghatározhatja az egész osztály szemléletét a császármetszésekkel kapcsolatban, melyet nehéz megváltoztatni. Hagyománnyá, tradícióvá válik.

A császármetszések frekvenciája, százalékos aránya épp olyan mértékben függ medicinális, mint nem medicinális faktoroktól. A szülést nem egzakt, objektív tudomány, a szülés egy dinamikus folyamat, amelynek értékelését több szubjektív tényező befolyásolja: az orvos és a szülésznő szaktudásán kívül empátiája, pszichéje, temperamentuma, esetleges fáradtsága, türelme, sőt néha még a napszak is, amikor a szülés lezajlik.

A jövődő szülők befolyásolási jogát pedig a legtöbb fejlett országban ma már egészségügyi törvény biztosítja.

Az alapszabálynak annak kellene lenni, hogy császármetszést akkor végzünk, amikor ez az adott esetben a hüvelyi szülésnél kisebb veszélyt jelent mind az anya, mind a magzat számára. Ezzel azt is szeretném kihangsúlyozni, hogy a császármetszés nem veszélytelen! Az anyai halálozás 4–5-ször magasabb, mint a hü-

velyi szülésnél, 1–2 anyai halál jut minden 1000 császármetszésre!!! Vértési komplikációk előfordulása 10%, esetleg vérátömlesztésre is szükség lehet, amiből szintén komplikáció adódhat. Infekciók 15–30%-ban fordulnak elő, pl. sebfertőzés, hashártyagyulladás stb. A narkózis, epidurális és lumbális érzéstelenítés is komplikálódhat. Hólyag-, bél- és egyéb sérülések fordulhatnak elő. Az operáció okozta összenövésnek infertilitáshoz vezethetnek. Előfordulhat magzati sérülés is az operáció kapcsán. A trombózis veszélye nő a császármetszéses szüléseknél. A következő terhességben/szülésnél előfordulhat hegszétválás (ritka) vagy ún. placenta accreta, mely hysterectomiához vezethet. A magzat kevésbé van előkészítve a méhen kívüli életre, a stresszhormonok aktiválásának elmaradása miatt, mely főleg a tüdő kezdeti rosszabb működésében nyilvánul meg (20-szor gyakoribb, mint a hüvelyi szülésnél!). Távlati következménye pedig az, hogy a szülések egyre kevesebb tapasztalattal rendelkeznek a normális és főleg a komplikáltabb hüvelyi szülések levezetésére, melynek eredménye egyre nagyobb bizonytalanság, egyre nagyobb félelem és ennek következtében egyre több korai beavatkozás császármetszéssel, sokszor szükségtelenül! Ez egy GIGANTIKUS problémát vetít előre!!!

Több országban a császármetszés frekvenciája már túllépte az 50%-ot, Brazíliában 80%! A magyar átlag ma 29%, a svéd 15%, de mindkét ország tapasztalt szülései szerint 6–8% lenne a valóban szükséges arány! Miért nézik a szülések mégis ilyen passzívan ezt a folyamatot? A ma már számtalan tudományos elemzés szerint a természetes, hüvelyi úton történő szülés a legelőnyösebb egészségileg mind az anya, mind a születendő gyermek számára.

Ezenkívül az anyának, a szülőknek életük legnagyobb mértékben legnagyobbszerűbb élménye lehet a szülés, melyről sok-sok értékelés tanúskodik. S ma már fájdalom nélküli is lehet a szülés. Én férfi vagyok, erre nem tudok megesküdni...

A császármetszés csak akkor előnyösebb, ha a hüvelyi szülés olyan mértékben komplikálódik, hogy az nagyobb veszélyt jelent az anyának, a gyermeknek vagy mindkettőjüknek.

A császármetszés egyik vélt előnyét, a magzati agyi károsodások csökkenését, a tudományos kutatások már régen megcáfolták, mert ezek 95%-a már a terhesség alatt alakul ki, és

előfordulásuk nem csökkent a császármetszések számának ugrásszerű emelkedése ellenére sem. Pedig a leggyakoribb indikáció a cs.m-re éppen a „fetal distress” (azaz, hogy a magzat megerőltetett, kifáradt, „zavart”). Szerintem ez sokszor inkább „doctors distress”!

Ha egy szülést egyszer azért vonnának felelősségre, mert császármetszést végtett, biztosan lelassulna ez a folyamat, sőt talán meg is fordulna!

Az elmondottak szerint a császármetszés jobban megterheli az anyát és a magzatot, de a kórházakat, az egészségügyet és a társadalmat is (főleg financiálisan, az egészségügyi biztosításon keresztül). Ilyen nagy arányú előfordulása tehát semmilyen szempontból sem előnyös. Ezért helyes felvenni a küzdelmet ellene, megállítani, sőt megfordítani ezt a folyamatot.

Mielőtt megnéznénk, hogyan, szeretném röviden összegezni az okait annak, hogy a jelen helyzet kialakult:

1. Az egyre nagyobb igény, sőt követelmény a rizikómentes szülés egészséges gyermek születésével.
2. Eltúlzott hit a cs.m-ben, mint ami mindent megold, a ami az vele való visszaéléshez vezetett, talán jóhiszeműen, de sokszor az orvos és nem a páciens szolgálatában.
3. Csökkent a dinamikus szemlélet a szülészetben.
4. Új metódusok, pl. a CTG bevezetése, mely főleg kezdetben, de még ma is sok értelmezési nehézséget okoz, főleg ha nem kombinálják más metódusokkal, mint pl. Ph, laktát stb.
5. A nők idősebben szülik első gyermeküket, 29 éves korukban a korábbi 24 év helyett.
6. A profilaktikus, tervezett császármetszés gyakoribb: „császármetszés szül császármetszést”, koraszülés, faros szülés, IVF-terhességek stb. Mindez a szülések túlzott óvatossága miatt.
7. Orvosiműhiba-perek (USA: a rossz érettségi oka szülési hiba [!] lehet)!
8. Az anya/szülők befolyása az egészségügyi törvények és a kor társadalmi követelménye szerint.
9. Társadalmi nyomás: „profi” véleménynyilvánítók tűnnek fel, akiknek az előítéletek és presztízs többet számít, mint a tények. A nők önrendelkezési jogát hangsúlyozzák (és az orvos önrendelkezési joga!?).

10. „Kényelmi” császármetszés, mind a szülés, mind a páciens részéről.

Hogyan lehet ezt megváltoztatni?

1. Pozitív alapszemlélet a hüvelyi szüléssel kapcsolatban a társadalom egészében, amit a terheseknél a terhestanácsadáson tovább kell erősíteni.
2. Dinamikus szemlélet hangsúlyozása a szülészetben.
3. Tudatosítani, hogy a császármetszés nem veszélytelen.
4. A szüléseknek sokkal nagyobb részt kell vállalni a császármetszésekkel kapcsolatos társadalmi dialógusban, osztályukon pedig aktívan kell dolgozniuk a megfelelő egyensúlyért a normális és a császármetszéses szülések között. Mindezt állandó elméleti és gyakorlati továbbképzéssel. Ezzel tartoznak pácienseiknek, önmaguknak és a társadalomnak. És néhányuknak vállalni kell a vezető szerepet abban, hogy érveléssel, tudományos alátámasztással és praktikus bizonyítással befolyásolják és megváltoztassák a szemléletet. Mindehhez hosszú tapasztalat, érettség és bátorság kell. Időnként több aktivitás, időnként több türelem a szüléseknél, hogy elérjék a célt: minél kevesebbet beavatkozni! Mint ahogyan mi tettük Stockholmban.

De a szülés elsősorban a szülőké és nem a

szülészé, nem egy medicinális probléma. Az anya szüli a gyermekét, s a szülésznő, az orvos csak támogatja, segíti ebben.

Azt mondják, a szülés a legnagyobb emberi élmény. Hogy hogyan szüljük gyermekeinket, azt nem lehet elválasztani az egyéb társadalmi változásoktól. Ezért éri annyi befolyás a terhes anyákat oly sok irányból, és ezért kell a dialógust a társadalom egészével kialakítani. Biztató, hogy ez a dialógus Magyarországon már elkezdődött: „császárvárosok” címszó alatt több nagyobb vidéki városban.

Manapság sokat hallunk a klímaváltozásról, környezetünk általunk, az emberek által történő negatív befolyásoltságáról, amely veszélyeztetheti a jövő generációk, az emberiség jövőjét. Elgondolkozhatunk azon is, hogyan befolyásolja majd a jövő emberiségét és az emberiség jövőjét, ha a születendő generációnak közel fele nem az általunk ismert optimális, természetes módon jön világra, ami a legjobb indulást adja az életben, hanem egy mesterséges beavatkozással, melynek közvetlen következményeiről tudjuk, hogy rosszabbak, távlati konzekvenciáiról pedig fogalmunk sincs! Idevágó friss irodalmi hivatkozás: Schlinzig, Titus et al.: Epigenetic modulation at birtheraltered DNA-methylation in white blood cells after cesarean birth. *Acta Paediatrica* 2009; 98: 1096–9.

DR. SZABOLCS ANTAL

Egy reformkori balneológus: Czilchert Róbert (1809–1884)

Amikor 1842 nyarán a magyar orvosok és természetvizsgálók a két, 1841-i pesti összejövétel után megtartották első valódi „vándorgyűlést”, a Zólyom vármegyei Besztercebányán (ma: Banská Bystrica, Szlovákia), a résztvevők a közeli Szliács fürdőbe is ellátogattak. E fürdőlátogatás s az ottani szakülés egyrészt hagyományt teremtett a későbbi vándorgyűlések számára, másrészt kezdeményezte a fürdők tanulmányozásának intézményesített formáit is. Erről részletesen a „Hidrográfiai bizottsá-

gok a magyar balneológia ezüstkorában” c. dolgozatunkban írtunk (*MediArt* 2008/3, 15–17). Egy másik dolgozatunkban (Schöpf-Merei Ágoston, a balneológus. *LAM* 2008, 725–727) rámutattunk, hogy az említett, sorrendben 3. vándorgyűlés színhelyének s „kivándorlása” célpontjának kiválasztásában fontos szerepet játszott a reformkor sokoldalú orvosa Schöpf-Merei Ágoston (1805–1858). Schöpf már 1841-ben német nyelvű füzetet jelentetett meg „Die Heilquellen von Szliács in