

A jövő útja az innováció

Interjú Dr. Bódis József nőgyógyász professzorral

Közelmúltban elindított nőgyógyászati rovatunkban – a tudományág művelőit leginkább foglalkoztató kérdések megtárgyalása mellett, terveink szerint – bemutatjuk olvasóinknak a szakma hazánkban működő legfontosabb csúcshintézményeit. Körképünk soron következő állomása ezúttal Pécs, az ország legrégebbi egyeteme. A Pécsi Tudományegyetem (PTE) ÁOK KK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján tett látogatásunk során vendéglátónk a klinika professzora – s egyben a PTE rektora –, Dr. Bódis József volt. Beszélgetésünkben kiviláglott, hogy az egyetem értékrendjében hangsúlyos tradícióisztelet és hagyományápolás mellett legalább annyira fontos helyen szerepel az innovációra való törekvés, ami többek között a Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán jelenleg zajló, rendkívül ígéretes kutatási projektben ölt testet.

MEGÚJULÓBAN A KLINIKA

– Mit tartott a legfontosabb feladatának 2007-ben, amikor átvette a klinika irányítását Dr. Szabó István professzor úrtól?

Az egyik legegésztőbb teendő az igen rossz állapotban lévő, több mint százéves klinikai épület felújítása volt. Megjegyzem, a klinika új épülete is húsz éves már, és bizony, rászorul a korszerűsítés. Nemrég fejeztük be a komfortosítását, aminek köszönhetően a kórtermekbe vizesblokkok kerültek. Így ma már a betegeknek nem kell elmenniük a folyosó végén található fürdőszobáig, hogy tisztálkodhassanak. A kismamák kényelmét szolgálja a vadonatúj szülőszoba is, amelyet a meglehetősen elavult, egymástól paravánnal elválasztott szülőágyakkal működő, régi szülőszoba helyett alakítottunk ki. Büszkék vagyunk az új Neonatológiai Intenzív Centrumunkra is, amely ma már tanszékként működik. Közelmúltbeli beruházásaink eredményeképpen megújult a műtői traktus, az intenzív osztály, a meddőségi centrum és a nőgyógyászati onkológiai osztályunk. Egynapos sebészeti osztályt létesítettünk, ahol betegeinknek legfeljebb 24 órát kell eltölteniük, majd hazatérve otthonukba, saját környezetükben lábadozhatnak. Átszerveztük a járóbeteg ellátást, ennek keretében új ambuláns ellátó helyiségeket hoztunk létre. Ma már elmondhatjuk, hogy gyakorlatilag nincs olyan szeglete a klinikának, ahol ne végeztünk volna valamilyen átalakítást.

– Mennyibe került, és milyen forrásból hajtották végre a beruházásokat?

Az új műtőblokk és intenzív osztály kialakítása egyetemi forrásból, egy 360 millió forintos projekt keretében történt. A

többi, összességében mintegy 300 millió forintot kitevő felújítást a klinika alapítványára befolyó adományokból oldottuk meg. Mindezen felül, jelentős összeget fordítottunk a klinika műszerparkjának felújítására. A neonatológiai osztályunkra először húszmillió forint értékben vásároltunk különböző műszereket, majd a TIOP pályázat keretében 450 milliós műszerparkot állítottunk a betegellátás szolgálatába. További tízmillió forintért új ultrahangkészülékeket szereztünk be, és felújítottuk az endoszkópos gépparkot. Összesen húszmillió forintba került a szülőszobára kerülő három darab ún. STAN készülék, amely lehetővé teszi a magzati EKG részletes elemzését. Ez a mérőeszköz a hagyományos CTG, illetve ultrahangvizsgálathoz képest részletesebb információval szolgál a magzat méhen belüli állapotára nézve, ezért rendkívül nagy jelentőségű a magzat biztonsága szempontjából.

– A felsorolt fejlesztések összköltsége megközelíti a milliárdos nagyságrendet. A napi működtetés költsége is hasonló sikerrel tudják fedezni?

Évek óta hiánygazdálkodást folytatunk az egyetem klinikáin, így a Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán is. Ennek elsődleges oka – véleményem szerint – az, hogy az egészségbiztosító nem ismeri el a progresszív betegellátás költségeit. Klinikánk ugyanis hármaskörűt tölt be a betegellátásban: városi, illetve megyei kórházként végzi Pécs és vonzáskörzete alapellátását, továbbá – mint a legmagasabb progresszivitási szintű ellátóhely – fogadja a dél-dunántúli régió összes problémás esetét.

SPECIÁLIS PROFILOK

Klinikánkra koncentrálódik a régió összes koraszülése is. Idekapcsolódóan érdemes megemlíteni egy nem mindennapi módszert, amelynek kidolgozása tanszéki elődöm, Dr. Szabó István professzor úr és csapata nevéhez fűződik. Munkacsoportjával olyan technikát vezetett be a klinikai gyakorlatba, amellyel az igen korán – a 24. és 32. terhességi hét között – beinduló koraszülések esetében pótolni lehet az elfolyt magzatvizet, közvetlenül lehet beadni a tüdőérészt gyorsító szteroidot a magzatnak, illetve szükség esetén a surfactant anyagot is. Ennek az eljárásnak az alkalmazásával eredményesen késleltethető a még fejletlen, kis súlyú koraszülöttek világra jövele. Ez a speciális ellátási forma kizárólag a mi klinikánkon érhető el, ezért nem csak a saját régióinkból, hanem az ország távoli szegleteiből is hozzánk küldik a rászoruló kismamákat.

– Ezen kívül milyen egyéb, speciális szolgáltatást nyújt a klinika?

A megújult meddőségi központunkban működő szakrendelésen végezzük a meddőség okainak speciális kivizsgálá-

sát és kezelését. Meddőségi teamünkben az endokrinológus, immunológus, genetikus, hematológus és pszichológus kollégák közreműködésének köszönhetően a kliensek teljes körű ellátására van lehetőség.

– Az első magyar lombikbébi éppen az Önök klinikáján látta meg a napvilágot, sőt – ha jól tudom – Ön személyesen jelen volt a megszületésénél.

Így van, az in vitro fertilizációs program nálunk indult el, 1988-ban elsőként az országban. Laparoszkoos szakemberként kerültem be a teambe, akkoriban ugyanis még laparoszkoop segítségével történt a petesejtek leszívása. A kiemelt petesejtet laboratóriumi körülmények között egyesítettük a hímivarsejttel, majd azt visszahelyeztük a petevezetékbe. Az in vitro fertilizációs eljárás fejlődésének és a modern, könnyen adagolható hormonkészítmények bevezetésének köszönhetően a mesterséges megtermékenyítés ma már egyre több meddő házaspár számára teszi lehetővé a gyermekvállalást.

– Az endoszkópia nőgyógyászati alkalmazásában úgyszintén úttörő szerepe volt a pécsi klinikának. Ön milyen típusú műtétek esetében tartja hasznosnak ezt az eljárást?

1990. december 3-án itt, Pécsen történt az első laparoszkoos epehólyag-eltávolítás, amelyben – az endoszkópiában megszerzett gyakorlatom révén – jómagam is közreműködtem a sebész kollégák felkérésére. Mára már olyan szintre sikerült fejleszteni ezt a technikát, hogy a nőgyógyászatban gyakorlatilag szinte minden műtét típus elvégezhető laparoszkooppal – kivéve a császármetszést. Az egyik munkatársam például – sebész kollégákkal együttműködve – laparoszkooppal operálja a mélyen infiltráló endometriózist. Erről a kórképről tudni kell, hogy bár jóindulatú, betüremkedhet más szervekbe, megfoghatja a bél-, vagy a hólyagfalat. Ezért nem ritkán előfordul, hogy a műtét során ki kell venni egy béldarabot, vagy a hólyagfal egy részét. Az operatőrnek arra is figyelnie kell, hogy az endometriózis eltávolítását követően a beteg ki tudja hordani a későbbi terhességét, és meg tudja szülni a gyermekét. Ez a műtét körülbelül hat-nyolc órás, bonyolult művelet, amelyet az országban összesen két intézményben végeznek – az egyik a mi klinikánk. Hogy mi mindenben hasznos segítség a laparoszkoop, arra jó példa a ma délelőtti műtétem is: egy 116 kg testű, méhnyálkahártya-rákban szenvedő hölgy méhét távolítottam el laparoszkooppal, kb. fél óra alatt, majd a kismencei nyirokcsomókat is eltávolítottam. Egyben ki tudtuk emelni a szervet a hüvelyen keresztül, ami azért nagyon fontos, mert darabolással a daganatsejtek könnyen szétkezdhetek volna. Ha nem lép fel utóvérzés, a beteg néhány nap múlva hazamehet. Ezzel szemben, ha ugyanezt a műtétet a hagyományos feltárással végeztük volna, a hölgy körülbelül egy hónapos kórházi utóápolásra szorult volna a vastag hasfal gyógyulási zavara miatt.

– Ezek szerint komplett nőgyógyászati onkológiai műtétek is végrehajthatók a laparoszkoop segítségével?

Ez így van, de még, ha technikailag meg is oldható így az adott műtét, mindig fel kell tenni a kérdést, hogy abban a

konkrét esetben szabad-e ezt az eljárást választani. Előfordul ugyanis, hogy a probléma egy kis metszéssel frapánsabban és gyorsabban megoldható, mint egy több órán át tartó laparoszkoos eljárással. Egy kezdődő petefészekrákot például biztonsággal és jól meg tudunk oldani ezzel a technikával, viszont ha a daganat előrehaladott stádiumban van, nem szabad ezt az eljárást alkalmazni. Tehát minden esetben személyre szabottan kell felállítani a műtési stratégiát, és a mérlegelés közben szem előtt kell tartani a beteg akaratát is. Elmesélek két történetet, hogy jobban érzeltessem, mire is gondolok. 1997-ben egy 27 éves, petefészekrákos beteg azzal keresett meg, hogy hallott a laparoszkoos műtési módszeréről, és arra kért, hogy ezzel az ún. endobag eljárással operáljam meg. Nehezen álltam kötélnek, mert ebben a körképben nem ez az általánosan elterjedt műtési technika, ám a beteg nem egyezett bele, hogy a hagyományos módszerrel műtsem meg. Megjegyzem: jól járt, mert a műtét óta 16 év telt el, a hölgy pedig ma is él és egészséges. A műtét videója bejárta a világot, mégis sok kritikát kaptam. Egy másik, 41 éves méhnyakrákos betegem esetében a szakma szabályai szerint ki kellett volna venni a méhét. A hölgy azonban még szülni akart, ezért nem engedte a méhe eltávolítását. A következő ciklusban a hölgy teherbe esett, méghozzá ikrekkel. Legnagyobb öröömre ki tudta hordani a terhességét, és császármetszéssel egészséges ikreknek adott életet.

– A beteg akarata tehát felülírhatja a szakmai protokollt?

Fontos, hogy a beteg legyen tisztában a helyzetével, és a lehetőségek közül válassza a számára legjobbat. A mi ténykedésünknek három korlátja lehet: a törvény, amit nem szeghetünk meg; a szakma alapszabályai, amelyeket nem sérthetünk meg; és az etikai normák. Akkor működik jól egy intézmény, ha ezt a három alapelvet betartja, biztosítja a szakmai fejlődést, és munkatársai számára olyan szakmai környezetet teremt, amelyben felszínre tudják hozni a legjobb képességeiket.

SZÉP ÚJ VILÁG?

– Rektorként mit emelne ki az egyetemi oktatómunka legfontosabb eredményeként?

Olyan nemes tradíciók és értékek birtokában vagyunk, amelyeket meg kell őriznünk. Feladatunk, hogy az egyetemen felhalmozott tudást továbbadjuk a fiatal generációknak, egyben felvértezve őket pozitív életszemlélettel, biztos távlatokat nyitó jövőképpel. Kiemelten fontosnak tartjuk a tehetséggondozást. Célunk, hogy hallgatóink minél alaposabban elmélyedjenek a választott tudományterület ismeretanyagában, használják ki az ország egyik legnevesebb felsőoktatási intézménye által biztosított lehetőségeket már az alapképzésben is, majd minél többen folytassák tanulmányaikat a mesterképzésben. A legkiválóbb hallgatók számára pedig adott a lehetőség, hogy a felsőoktatás legmagasabb szintjén, a doktori képzésben tökéletesítsék tudásukat. Örömmel tölt el, hogy 62 országból 1860 külföldi diák vá-

lasztotta a pécsi orvoskard, ahol angol és német nyelvű évfolyamainkon tanulhatnak.

– Professzor úr személyesen is részt vesz az idegen nyelvű képzésben?

Természetesen, angol és német nyelven is tartok előadásokat és vizsgáztatok. A kilencvenes évek elején húsz hónapot töltöttem a németországi Tübingen egyetemi kórházában, az ott megszerzett nyelvtudásnak nagy hasznát veszem az előadások megtartásakor. Mégsem a precíz nyelvi kifejezőmódot tartom a legfontosabbnak, hanem azt, hogy az előadó képes legyen lekötni a hallgatók figyelmét, és fel tudja kelteni az érdeklődésüket az oktatott tantárgy szépségei iránt.

– A klinika honlapján több mint húsz aktuális TDK téma szerepel, a különböző rosszindulatú daganatok kezelésétől kezdve a Streptococcus szűrésen át az in-vazív prenatalis genetikai vizsgálómódszerekig. Ez a szellemi közeg bizonyára inspiráló erejű a hallgatók számára.

Meggyőződésünk, hogy színvonalas oktatás nem létezik jelentős kutatási tevékenység nélkül. Elköteleztük magunkat az innováció és a valódi tudományos teljesítmény mellett. Nagy örömmel számolhatok be arról, hogy legutóbb egy 755 millió forintos TÁMOP pályázat keretében indíthattuk el kutatásunkat a preimplantációs vizsgálatok témakörében. Ennek kifejtéséhez visszakanyarodnék a már emlegetett lombikbébi programunkhoz. Az embrió genetikájának és anyagcseréjének vizsgálata hagyományosan úgy zajlik, hogy kinyernek egy sejtet az embrióból, és azt analizálják. Ez a módszer azonban számos aggályt vet fel. Ezért olyan eljárás kifejlesztését tűztük ki célul, amely elvégezhető anélkül, hogy akár egyetlen sejtet is el kelljen távolítanunk az embrióból. Tömören fogalmazva az alapelvünk: el a kezekkel az embriótól! Ehelyett mi az embriót körülvevő tápoldatból szeretnénk ugyanazt a diagnosztikát elvégezni. Eddigi kutatásaink alapján úgy tűnik, hogy ez lehetséges.

– Az elv hasonlatos ahhoz, amikor az anya hasfalán keresztül kinyert magzatvízmintából állapítják meg, hogy a magzat egészséges-e?

Igen, csak a nagyságrend különbözik. Az embriót körülvevő tápoldat ugyanis mindössze 40 mikroliter. Ebből a mennyiségből diagnosztizálni az embrió nemét, életképességét, és hogy van-e fejlődési rendellenessége, nem éppen egyszerű, de szépen haladunk vele.

– Ha ez a módszer működőképes lesz, bizonyára forradalmasítani fogja az embrionális diagnosztikát.

Igen, mégpedig két okból. Ma a legjobb lombiklaborban végzett asszisztált reprodukció sikerrátája sem haladja meg a 33-34 százalékot. Magyarul ennyi az esélye annak, hogy a mesterségesen megtermékenyített petesejtéből baba lesz. Ha azonban a tápoldat alapján meg tudjuk határozni az embrió életképességét és azt fogjuk visszaültetni az anyaméhbe, amelyik megfelelő, jelentősen növelni tudjuk a sikerarányt. Másrészt, az anyai oldalról nézve, azt is meg tud-

juk vizsgálni, hogy milyen az embrió megtapadási képessége. Ezeknek a kérdéseknek a kutatására akadémiai munkacsoportot nyertünk el, amely ez év július 1-jétől működik. Erre méltán lehetünk büszkék, mivel mindezt Magyarországon soha nem létesült akadémiai munkacsoport a szülészetben.

– Mikorra várják az első eredményeket?

Az első eredmények már most megvannak. Részletekbe mindaddig nem bocsátkozhatok, amíg a szabadalmaztatási eljárás folyamatban van. Amint meglesz a szabadalmi bejegyzés, azonnal publikálni fogjuk az eredményeket. De nem állunk itt meg, mert az elméleti kutatási eredményeket a gyakorlatban is hasznosítani szeretnénk. Egy holland intézménnyel történő együttműködésben ún. chip-diagnosztikát dolgozunk ki. Ha ezzel elkészülünk, akkor a tápoldat egyetlen cseppjét a chipre cseppentve meghatározható lesz az embrió neme, és bizonyos betegségek – például a Down kór – megléte is.

– Ez egészen futurisztikusan hangzik, sőt, a szelekció révén bioetikai aggályokat is felvethet.

Nézzé, mi nem szelektálunk. Természetesen az embrió nemének meghatározása nem a nemi szelekció miatt történik, hanem bizonyos nemhez kötött, öröklődő betegségek kiszűrése céljából. A jelen az, hogy a meddő párok a mesterséges megtermékenyítés útján gyermeknek adhatnak életet. A nem túl távoli jövő pedig azt hozhatja, hogy az embrióban diagnosztizálni tudunk egyes familiárisan halmozódó betegségeket, és a néhány embrió közül ki tudjuk majd választani azt, amelyik nem hordozza a hibás géneket. Már látszik a távolabbi jövő is: egérkísérletben a tudósok megtalálták a reparáló mechanizmust, amellyel génszinten lesz kezelhető a Down kór és egyéb veleszületett betegségek.

– A mesterséges megtermékenyítés során hány embrió áll rendelkezésre egy szülőpár esetében?

Az asszisztált reprodukció lényege, hogy a nő szervezetében petefészkek működést serkentő hormonnal egyszerre több petesejt érését idézzük elő. Egyeseknél 15-20 petesejt ér, másoknál csak egy-kettő, de ideálisnak az átlagos 5-10 darab mondható. Napjainkban egyre gyakrabban hallható az a tudományos vélekedés, miszerint nem jó, ha stimulált ciklusokból nyerjük ki a petesejtet, mert az ún. természetes ciklusból nyert petesejt tűnik életképesebbnek. Ha ki tudjuk majd szűrni a nem életképes, illetve fejlődési rendellenességet hordozó embriókat – amelyek külsőleg éppen úgy néznek ki, mint egészséges társaik –, akkor tudjuk valóban garantálni azt, hogy akár két embrióval jobb eredményt érjünk el, mint most öt-tízzel. Azon dolgozunk gőzerővel, hogy az eredményeinket tudományos bizonyítékkal támasszuk alá, majd az említett chip kifejlesztésével eljussunk az innovációig. A chip-diagnosztika gyakorlati alkalmazásának bevezetése igazi fegyvertény lesz, amellyel nem csak a határainkon belül, hanem nemzetközi megmérettetésben is rangot vívhatunk ki a magyar szülészet-nőgyógyászatnak.

Boromisza Pirooska

NÉVJEGY



Prof. Dr. Bódis József habil, DSc, egyetemi tanár, rektor, szülész-nőgyógyász szakorvos

Tanulmányok: Pécsi Orvostudományi Egyetem (1971-1977)

Szakvizsga: szülész-nőgyógyászat szakorvos (1981)

Munkahely: Pécsi Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati

Klinika: 1977-től gyakornok, 1981-től egyetemi tanársegéd, 1987-től egyetemi adjunktus. 1994-1995 között a POTE egyetemi docense. 1995-2007 között a Baranya Megyei Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály osztályvezető főorvosa. 1997-től a POTE egyetemi magántanára. 2001-től a PTE Egészségügyi Főiskolai Kar egyetemi tanára, a Klinikai és Ápolástudományi Intézet igazgatója. 2005-től az Egészségtudományi Doktori Iskola vezetője, a PTE ETK tudományos dékán-helyettese. 2006-2010 között a PTE ETK dékánja. 2007-től a PTE ÁOK KK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika tanszékvezető egyetemi tanára, klinikai igazgató. 2010-től a Pécsi Tudományegyetem rektora.

Tudományos minősítések: 1989: orvostudomány kandidátusa (MTA, Budapest), 1996: habilitáció (Pécsi Orvostudományi Egyetem), 1998: MTA doktora (MTA, Budapest).

Publikációk: 228; impakt faktor: 178,638; citációk: 1118, előadások: 262

Tanulmányutak: 1988 Kuopio, Finnország (Dep. of Obstetrics and Gynecology, University Medical School of Kuopio, Finland); 1991-92 Tübingen, Németország (University Women's Hospital of Tübingen, Alexander von Humboldt ösztöndíj)

Nemzetközi tudományos együttműködések: Giessen, Németország (Prof.Dr.H.R.Tinneberg); Tübingen, Németország (Dr.Ph.Cledon), Ulm, Németország (Priv.Do. Dr.V.Hanf), Boston, USA (Prof. G.Jako), New York, USA (Prof.I.Merchenthaler, Dr.Kett A.)

Szerkesztőségi tagságok: Magyar Nőorvosok Lapja, Laparoendoscopic Surgery, Comments in Obstetrics and Gynecology – Elsevier

Társasági tagságok: Magyar Nőorvos Társaság (elnök), Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társasága, European Society of Gynecological Endoscopy, American Association of Gynecological Endoscopy, Pécsi Akadémiai Bizottság tagja, PAB Orvosi Szakosztály Manuális munkabizottság elnöke

Társadalmi szervezetek: Magyar Orvosi Kamara Baranya Megyei alelnöke (1998-2002), majd elnöke (2002-2006)

Díjak, kitüntetések: Gyógyszereink – Nívódíj (1985), Magyar Nőorvosok Lapja – Nívódíj (1988, 1995a, 1995b), Pécsi Akadémiai Bizottság tudományos szervezői díja (2005), Magyar Köztársasági Érdemrend Tisztikeresztje (2005).

A Magyar Tudományos Akadémia által támogatott kutatócsoport vezetője 2013. július 1-től.

„Az idősebb felnőttek lelki egészségének megőrzése”

Magyar Pszichiátriai Társaság

A Lelki Egészség Világnapjának idei fő témája: „Az idősebb felnőttek lelki egészségének megőrzése”. Az idősebb életkort megértek állapota, az egészségi, ezen belül a lelki állapot mintegy összegezve mutatja az adott időszak, társadalmi, egészségügyi helyzetét. Az idős ember életének, ezen belül egészségének, mentális állapotának alakulását azonban jelentősen befolyásolják a szocializációs faktorok: a család, az iskola, a munkalehetőségek, a társadalmi körülmények, köztük az egészségügy állapota.

A népesség öregedésével járó társadalmi, demográfiai problémák az elmúlt évtizedekben világszerte az érdeklődés középpontjába kerültek. Az idősek aránya 1950-ben az egész világon 8%, 2000-ben 10% volt, 2050-ben azonban – az ENSZ „A világnépesség öregedése 1950–2050” című, 2000-ben közzétett kiadványa szerint –, az emberiségnek már több mint egyötödét, Európában 36-37%-át 60 éven felüliek teszik majd ki.

Az Európa egészére érvényes általános öregedési folyamat Magyarországon is jellemző. A népességben folyamatosan, ráadásul az utóbbi években gyorsuló ütemben csökkent a 14 éves és ennél fiatalabb korcsoport aránya, miközben emelkedett az idősebb aktív korúaké, de még inkább a 60 éven felülieké. Mindez a születések és a halálozások trendjeiből ered, amit tovább rontottak az elmúlt években ehhez járuló, főként a fiatalabb korosztályt érintő külső (el)vándorlások is.

A 2011-es WHO felmérés alapján a 60 éves, vagy annál idősebb emberek esetén az érintettek 19,4 százaléka küzdött mentális elégtelenséggel, miközben súlyos financiaális gondjai voltak 3,8 százaléknak, fizikai korlátokkal pedig 2,7 százalékuknak kell szembenéznie.

Folytatás az 53. oldalon