

ROMHÁNYI ORVOSTALÁLKOZÓK
EMLÉKKÖNYV
XVII.

Szár, 2018. szeptember 1.

Romhányi György 1905-1991

ISBN 978-615-00-2620-6

Összeállította: Krupánszki Mihályné

A könyv megjelenésének fő támogatói:



ROMHÁNYI ORVOSTALÁLKOZÓK
EMLÉKKÖNYV
XVII.

Az előadásokat összegyűjtötte:
Montz Ferencné

A kötet szerzői:

Csóky András
Derényi Gábor
Kellermayer Miklós
Kerpel-Fronius Sándor
Matolesy András
Pintér András
Szelényi Zoltán
Udvardy György

Moderátor: Szelényi Zoltán

Kiadja:
Szar Községért Baráti Kör
Szar, 2018

A XVII. ROMHÁNYI ORVOSTALÁLKOZÓ ELŐADÁSAI

Kellermayer Miklós egyetemi tanár, emeritus professzor
„Titkok bizonyossága a tudomány csúcsa”

Udvardy György pécsi megyéspüspök
„Egészség, ember, megváltás”

Derényi Gábor főorvos, a MOK F.M.Sz. elnöke
„Az igaz példa”

Szelényi Zoltán egyetemi tanár, emeritus professzor
„Johann Sebastian Bach lutheránus miséiről a Reformáció jubileuma jegyében”

Matolcsy András intézetvezető, egyetemi tanár
„A patológia oktatásának kihívásai a 21. században
- Romhányi professzor nyomdokában”

Csókay András idegsebész, agykutató, ov. főorvos
„Idegsebészet és hétköznapi misztika”

Kerpel-Fronius Sándor szaktanácsadó professzor
„Klinikai vizsgáló csoportokban együttműködő nem-orvos
képzettségű kutatók etikai felelőssége”

Pintér András gyermeksebész, emeritus professzor
„Hippocrates vagy Taigetos: etikai dilemmák az újszülött
sebészetben”

Moderátor: **Szelényi Zoltán** egyetemi tanár, emeritus professzor

A XVII. szári Romhányi Orvostalálkozó programjának moderátori szövege, az előadók bemutatása

Köszöntés: **Balogh Krisztián**, Szár község alpolgármestere
Kellermayer Miklós, professor emeritus
Előadásának címe: *Titkok bizonyossága a tudomány csúcsa*

Udvardy György, pécsi megyéspüspök
1985-ben szentelték pappá Esztergomban. 1985-től káplán majd plébános. Három évig Rómában folytatott tanulmányokat. Később hitoktatási felügyelő, majd plébános volt Budapest-Erzsébetvárosban. 1997–2004 között a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Hittudományi Kar Levelező Tagozatának tanára. Mindeközben a Társadalmi-Oktatási-Kulturális Szakterület püspöki helynöke. 2000-tól az Esztergomi Hittudományi Főiskola tanára, majd az Országos Hitoktatási Bizottság elnöke volt. 1999-ben pápai káplán címet kapott és 2003-tól érseki általános helynök és vagyonekezelő az Esztergom-Budapesti főegyházmegyében. 2004-ben címzetes püspökké, majd segédpüspökké nevezte ki II. János Pál pápa. 2004-ben szentelték püspökké Esztergomban, 2011-ben pedig pécsi püspökké nevezte ki XVI. Benedek pápa. Jelmondata: *Jesus Christus est Dominus / Jézus Krisztus az Úr!*.
Több pasztorációval és hitoktatással kapcsolatos művet publikált 2016-ban. A Magyar Érdemrend középkeresztje kitüntetését nyerte el.
Előadásnak címe: *Egészség, ember, megváltás*

Derényi Gábor, főorvos, a MOK Fejér Megyei Szervezetének elnöke
Dr. Derényi Gábor Pécsen született, iskoláit szülővárosában végezte. A Pécsi Orvostudományi Egyetem elvégzése után, belgyógyászatból és foglalkozás-orvostanból szerzett szakképesítést. Jelenleg háziorvosként dolgozik Székesfehérváron,
Publikációi a „Munkaegészségtan” területén születnek; kiemelendő két szerkesztett könyve és 4 tankönyvi fejezete. 1979 óta dolgozik Székesfehérváron. Kezdeményezője volt Fejér megyében Romhányi professzor szellemi öröksége ápolásának; ő a helyi Romhányi díj egyik alapítója.
Rományi professzor születésének 100. évfordulóján - 2005-ben - iskolája falán, az egykori Ciszterci Főgimnázium, a jelenlegi Megyei Könyvtár épületének homlokzatán helyezték el Romhányi professzor emléktábláját, melynek elindítója, szervezője, irányítója Derényi doktor volt.

Számos szakmai elismerés mellett, 2015-ben a Magyar Arany Érdemkereszt állami kitüntetést kapta meg.

Előadásnak címe: *Az igaz példa*

Szelényi Zoltán, professor emeritus

A Pécsi Orvostudományi Egyetemen szerzett orvosi diplomát és azóta (1964) több éves külföldi ösztöndíjas tartózkodásokkal megszakítva a Kór-életteni Intézetben (jelenleg Transzlációs Medicina Intézet) dolgozik különböző beosztásokban, 1992 és 2005 között intézetvezető egyetemi tanárként. Három és fél évet töltött külföldön kutatóként a dublini Trinity College-ban, a németországi Giesseni Egyetemen és az USA-beli Michigan Egyetemen, Ann Arborban. Később nyolc évig a PTE ETK professzoraként is oktatott kórélettant. Itthoni oktatási tevékenységén túl több más országban is tartott kóréletteni kurzusokat magyar és angol nyelven (Erdély, Írország és Belgium).

Számos tudományos társaság és bizottság tagja illetve vezetőségi tagja volt és jelenleg is tagja az American Physiological Society-nak. Két nemzetközi szakmai folyóirat szerkesztőségének tagja. Több jelentős kutatási pályázat (OTKA, ETT, GVOP) vezetője és résztvevője volt. Szakmai munkája mellett négy évtizedig tagja volt az egyik legjelentősebb magyar énekkarnak, a Pécsi Kamarakórusnak és külföldi szakmai tartózkodásai alatt is énekelt több más jelentős énekkarban Írországban és Németországban.

Kitüntetései közül az Akadémiai Kiadó Nívódíja és a Magyar Érdemrend Lovagkeresztje említhető.

Előadásának címe: *Johann Sebastian Bach lutheránus miséiről a Reformáció jubileuma jegyében*

Matolcsy András, intézetvezető professzor

Általános orvosi diploma (POTE), Kórbonctan és kórszövettan szakvizsga, az orvostudományok kandidátusa, habilitáció, 2000-től az MTA doktora. Posztgraduális képzésekben vett részt az Elektronmikroszkópia és Onkopatológia témában Budapesten, csontvelő hisztopatológia és molekuláris biológia területén pedig Németországban. Péccsett az egyetemi gyakor-
noktól docensig ívelő beosztásokban dolgozott a Patológiai Intézetben és egyetemi tanár majd igazgató a Semmelweis Egyetem I. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézetben 2001-től illetve 2007-től. Hosszabb ösztöndíjas tanulmányutak Németországban és az USA-ban.

Jelentős publikációs aktivitás nemzetközi szakmai folyóiratokban, 7 magyar és külföldi társaság tagja illetve elnökségi tagja. Magyar és nemzetközi folyóiratok szerkesztője, társszerkesztője illetve bíráló bizottsági tagja.

Díjak, kitüntetések közül a Markusovszky díj és egy akadémiai nívódíj emelhető ki.

Előadásának címe: *A patológia oktatásának kihívásai a 21. században – Romhányi professzor nyomdokában*

Csóky András, osztályvezető idegsebész főorvos

1980-ban a Budapesti Műszaki Egyetem Építőmérnöki karán szerzett diplomát. Pályáját mérnökként kezdte, majd 3 év múltával pályát módosított és hat évvel később a Semmelweis Egyetemen szerzett orvosi diplomát szerzett, 1994-ben pedig idegsebész szakvizsgát tett.

Először az Országos Idegsebészeti Intézet munkatársa lett, majd 1993-tól az Országos Baleseti Intézetben dolgozott. Négy évig a szombathelyi Markusovszky kórház Idegsebészeten dolgozott. 2007-ben visszaköltözött Budapestre és majd 2010-től a Miskolc Megyei kórház Idegsebészetének volt főorvosa. Három év múlva újra visszaköltözött Budapestre és 2013-tól a Honvéd kórház idegsebészeti osztályvezető főorvosaként folytatja szakmai pályafutását.

Közel húsz évvel ezelőtt ismertette az általa kifejlesztett éralagút-technika, amely egy új módszer a súlyos traumás agyduzzadás kezelésére, egy új fejlesztést dolgozott ki a koponya-térnyerési technikák műtéti megoldásait illetően.

Szakterülete a koponyasérülések, neurotrauma, mikroérsebészet, hit és orvostudomány. Eddig 11 könyvet publikált az idegsebészet és a hit határterületein. Prima díj és a Magyar Érdemrend Középkeresztje kitüntetés birtokosa.

Előadásának címe: *Idegsebészet és hétköznapi misztika*

Kerpel-Fronius Sándor, professzor

1964-ben végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen. 1999-óta a Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet professzora. Korábban az Anatómiai Intézetben és az Országos Onkológiai Intézetben dolgozott. Igazgatója volt a Clinical Oncology Europe Nagy-Britannia-nak. Később a klinikai onkológiai, immunológiai, idegrendszeri tudományos kutatás vezetője volt Németországban, majd az Országos Gyógyszerészeti Intézet Főigazgatója. Kerpel professzor az MTA doktora. Oktatott onkológiát, klinikai farmakológiát és részt vett a Gyógyszerfejlesztési Szakirányú Továbbképzésben.

Fontosabb bizottsági tisztségek: a Lengyel Klinikai Onkológiai Társaság tiszteletbeli tagja, a Szent István Akadémia tagja, a Magyar Farmakológiai és Farmakoterápiás Társaság vezetőségi tagja, a Semmelweis Egyetem Gyógyszerterápiás Bizottság, elnöke, a Magyar Kemoterápiás Társaság elnöke.

Számos külföldi intézményben dolgozott hosszabb ideig (pl. Karolinska Intézet, Maryland Egyetem, Baltimore, Stockholmi Egyetem, Free University of Amsterdam és a Wayne State Egyetem az USA-ban).

Kitüntetései: Novicardin díj, az MTA kitüntetése, LAM díj, Issekutz díj, a Magyar Felsőoktatásért Emlékplakett

Előadásának címe: **Klinikai vizsgáló csoportokban együttműködő nem-orvos képzettségű kutatók etikai felelőssége**

Pintér András. emeritus professzor

A Pécsi Orvostudományi Egyetemen diplomázott 1962-ben. Gyermeksebészként két nagy mesterét említi, akiktől sokat tanult: Pilaszanovich Imre docenstól a beteg szeretetét és tiszteletét, Mestyán Gyula professzortól pedig a „Soha nem elég!” egészséges nyugtalanságát vette át. Közel két évtized óta hívja meg a világ legnevesebb gyermeksebészeit Pilaszanovich Imre emlékelőadások tartására.

A pécsi gyermekklinikán végigjárta a ranglétrát a klinikai orvostól, az adjunktuson át a professzori címig. 47 évet dolgozott a gyermekklinikán, ahol a gyermeksebészetnek 27 éven át volt a vezetője.

Kitüntetési közül a Schöpf-Merei Ágost Emlékérem, a Magyar Gyermeksebészet örökös tiszteletbeli elnöksége emelhető ki és sokáig volt az Európai Gyermeksebész Társaság elnöke. A nyitott gyermekklinika mozgalom kezdeményezője. Egykor NB I.-es pingpongozó volt.

Pintér professzor az MTA doktora.

Előadásának címe: **Hippocrates vagy Taigetos: etikai dilemmák az újszülött sebészetben**

Előadások

Prof. Dr. Kellermayer Miklós

egyetemi tanár, emeritus professor

Titkok bizonyossága a tudomány csúcsa

Mostanra, a XXI. század kezdetére a tudományos kutatásainkból és az ártásokból, az ártások súlyosságából és természetéből, amelyeket az élővilágban és egymásban okoztunk, teljesen bizonyossá vált a lényegünk, a személy voltunk, a titokzatos egyedüli élőlény voltunk! Más élőlény ilyen ártásokat nem tud okozni, ezekhez olyan élőlény kell, aki „felszabadított” a törvényi rend automatikus érvényesülése alól. Mára éppen a tudományos kutatásaink, a feltárt, megismert igazságok bizonyítják leginkább a lényegünket, 5 fokozatú „titok-lépcsőzet”, 5 fokozatú „titok-kaszád” voltunkat! Az első lépcső, hogy az anyagi világ 13,7-13,8 milliárd évvel ezelőtti létrejöttének és a „működtető”, tökéletes, ésszerű és célszerű törvényi rend eredetének titkához tartozunk, mert része vagyunk az anyagi világnak, atomok, molekulák építik fel a testünket. A második fokozat, hogy az első élő sejt, a „progenitor” 3.5-4 milliárd évvel ezelőtti létrejöttének és az élet folytonosságát és változékonyságát biztosító törvény „megalkotásának” titkához vagyunk kapcsolva, mert az élővilághoz tartozunk, százezer-milliárdnyi élő sejt „társadalma” a testünk. A harmadik lépcsőzet a 150 ezer évvel ezelőtti hirtelen létrejött első emberpár élete, az „emberi élőlényvonulat” indulásának és létének titka, amihez nyilvánvalóan szintén kapcsolunk vagyunk. Emberi élőlény voltunkban értékileg azonosak vagyunk, nincs magasabb és alacsonyabb rendű nép, magasabb és alacsonyabb rendű emberi egyed! A negyedik titok-lépcsőzet a fogantatásunk pillanatában kapott meghatározónk, a teremtett lelkünk és a titokzatosan kapott szabadságunk, amely a tökéletes, ésszerű és célszerű törvényi rend automatikus érvénye alóli személyes felszabadítottságunkat adja. Ebből következik, hogy pusztítani, élő fajokat, erdőségeket kiirtani, embertársainkat legyilkolni, a meg nem született magzatainkat megölni vagyunk képesek és tragikus módon tettük és folytonosan tesszük is! Viszont a vétkeinket megbánni, Krisztus által üdvözülni is képesek vagyunk! Más élőlény nem, csak mi emberi személyek, külön-külön mindegyikünk. A személy voltunk titkának csúcsa tehát az ötödik titok-lépcső, Krisztus ajándéka! Óáltala, Óbenne eljuthatunk az Atyához, részesedhetünk a Szentháromság Egy Isten életében, az örökéletben. A „hogyan?” Ő maga munkálta ki! Meghalt értünk a kereszten, de éltető

táplálékul itt maradt velünk, tehát Őt magát kell az Eucharishtiában magunkhoz vennünk! Ezt pontosan, félreérthetetlenül tudatta is így: „*aki eszi az én testemet, és issza az én véretem, annak örök élete van,*”... (Jn 6,54).

A tudásunk, a tudományunk csúcán, amivel a jelenünket általában jelöljük, a személy voltunk tudásához azt az igazságot kell látnunk, megértenünk és magunkévá tennünk, hogy a lényegünkből fakadóan energiahiányosak vagyunk. Pont ide kapcsolódik az 5. titokfokozatunk, az Eucharisztia titka! Szemben minden más élőlényel, amelyek törvényfüggők, mi istenfüggők vagyunk! Ha bálványisteneket választunk és tőlük függünk, látszólag léte-zünk - megtévesztően ezt a léte-zést „életnek” is hívhatjuk - valójában halot-tak vagyunk! Végre meg kell értenünk és be kell látnunk, hogy mi emberi élőlények pusztá létezők, olyanok, mint az élőlények, soha nem lehetünk. Az élőlények pusztá létezésének világából mi a fogantatásunk pillanatában titokzatosan ki vagyunk emelve, éppen ez a személy voltunk lényege! Ennek biztos tudása a ránk, emberi személyekre vonatkozó tudásunk, a tudomány legmagasabb csúcsa! Ebből következik, hogy a létünk minden pil-lanata istenfüggő léte-zés! Bálványistenek függésében, gyűlöletben eltöltött földi lét a halál, az örökhalál! Viszont boldog életünk, örök életünk lehet/van Krisztusban, az Igazságban, a Szeretetben, a Szentháromság Egy Istenben! A bálványistenektől nem kaphatunk, önmagunkban pedig nincs erőnk ahhoz, hogy igazán szeressünk, hogy a Szentháromság Egy Istentől függők legyünk, hogy részesüljünk az örökéletben! Mostanra tehát éppen az lett bizonyos számunkra, minden ember számára, hogy az Eucharishtiában ve-lünk maradt Krisztus magunkhoz vétele nélkül nincs erőnk, ahhoz se, hogy itt a Földön „szeretet-társadalmat” építsünk magunknak. Krisztus valóságos magunkhoz vétele nélkül nincs, nem lehet erőnk, hogy az élővilágban és egymásban ejtett sok súlyos sebet begyógyítsuk, hogy végre a „gyógyítás-világrendet” kimunkáljuk. Ma már nem elégséges úgy elmélkedni, hogy az emberiség keresztény lesz vagy nem lesz, mert csak egy bizonyos: eucharisztikus lesz vagy nem lesz!

Dr. Udvardy György
pécsi megyéspüspök

EGÉSZSÉG – EMBER – „MEGVÁLTÁS” TEOLÓGIAI-ANTROPOLÓGIAI REFLEXIÓ

A Teológiai-antropológia az embert, mint Isten teremtményét, test és lélek egységében vizsgálja. A test révén az egyén térben és időben látható alakot ölt, bonyolult, élő szerkezetté épül. Az Egyház támogatja az emberi szervezet felépítését kutató tudományos munkát és a vele összefüggő szak-szerű, átfogó cselekvést, hiszen a különböző tudományok együttműködve gazdagíthatják egymást, hogy ne csak az ember valamely kiemelt területével foglalkozzunk, hanem minél teljesebb egészében vizsgáljuk létét.

Nagyra értékelem az Önök munkáját, hiszen az orvoslás hivatásában különösen is előtérbe kerülnek az emberi lét legalapvetőbb kérdései. Miközben szakmailag igyekeznek a legjobbat nyújtani és minél hatékonyabban segíteni embertársaikon, az átlagemberhez képest jóval többször látnak krízis-helyzeteket, találkoznak sebzett, félelemmel teli emberekkel. Ez természetes módon hat személyiségükre, életszemléletükre, ugyanakkor hatással van a másik emberre is, akivel foglalkozniuk kell.

Az ember alapvető vágya, az igazságosság, a szabadság a szeretet mel-lett az egészséges élet is. A testi, lelki és szociális jóllét állapota természetes előfeltétele a teljességnek. Mégis az a tapasztalat, hogy bár képes tenni sa-ját egészsége érdekében, mégsem uralja azt. A jóllét egy törékeny ajándék, aminek jövőbeli tartósságában nem lehetünk biztosak. Szembe kell néznünk egészségünk elvesztésének lehetőségével, a halál gondolatával. Az ember-nek tudatosítania kell, hogy léte nem birtokolható, egészsége, hogyléte saját kompetencia körén felül áll.

A test és a psziché működése szoros kapcsolatban áll egymással. Az egészség és annak állapota befolyásolja a tudatot, így testünk hogylététől függ megismerésünk is. Az értelmezési környezet tartománya határozza meg látószögünk szélességét, ezért betegség esetén világunk sokszor beszű-kül, melynek eredményeként kapcsolataink is kárt szenvednek.

Maga erejéből az ember úgy tűnik nem képes önmagán változtatni. Külső segítségre van szüksége. Ezt a szükséges támogatást mindannyian megkaphatjuk Mennyei Atyánktól. Krisztus megváltásával szabadítja meg az embert a bűnök következményeiből fakadó szenvedésektől. Isten irgalmával kitágul az ember és a tudomány lehetősége.

Láthatjuk azt is, hogy az ember testi és lelki egészségében megjelenik világának minden társadalmi, környezeti, gazdasági problémája és diszharmoniója.

Célom az ember önmagán túlmutató dimenziójának, a teremtettség és az újjászületés jelentőségének, egészséggel kapcsolatos vonatkozásainak megemlítése.

EGÉSZSÉG – EMBER - MEGVÁLTÓ IDEOLÓGIÁK

Időről időre megjelennek megváltó ideológiák, mozgalmak, melyek üdvösséget, gyors és egyedüli megoldásokat kínálnak az emberiség problémáira. Ilyen a romantika, a kommunista-, nemzeti szocialista-, liberális társadalmi ideológiák, a hippy mozgalom, a „visszatérés a természetbe” zöldmozgalom, természetes életmód, természetgyógyászati módszerek, stb. Üzenetük: „minden jó”, „minden rendben lesz”. Azt az átfogó alapélményt közvetítik, hogy általuk az élet beteljesedhet, az egészség maradandó, vagy visszaszerezhető, az ember megszabadulhat problémáitól. Áldást, a lét nehézségei feletti győzelmet, teljes biztonságot kínálnak fel.

Ezen eszmék általános jellemzői:

- A reflektálatlan életérzés, a végső dolgokra nem kérdez rá.
- Azonnali eredményt vár, de a jövőbe utalja a megoldást.
- Önmagától működő megoldást nyújt. Az egyénnek ne kelljen érte semmit sem tennie, vagy változtatnia.
- Szlogeneket hangoztat: reform, közösség, igazság, egészségtudatos életmód, erkölcsi alapú cselekvés
- Egyfajta spirituális háttérrel rendelkeznek- érzelmi kötődést alakít ki
- Divatos felvetés pl.: Vaj-margarin, zsír-olaj, szoptatás-elválasztás.
- Főntartásuk különböző csoportok érdekeit szolgálhatja.

Bár a kockázatok érzékelhetőek, mégsem veszíthet súlyából a feladat, mely ezen veszélyek elkerülésére irányul.

EGÉSZSÉG - TELJES ÉLET – ÜDVÖSSÉG

Az egészség a teljes ember (testi-lelki, érzelmi, akarati, fantázia béli, kapcsolati) jó közérzetének tapasztalatához köthető.

Az egészség általános meghatározása sok nehézséget hordoz: elő-felvetésekből, meggyőződésekből, apriori értékekből indul ki. Általánosan elfogadott módon azért nehéz megfogalmazni, mert az olyan fogalmak, mint az egészség vagy az élet értéke, összefüggnek az ember végső céljával, rendeltetésének, életének értelmével.

A szekularizált öntertelmezés előterébe egy immanens egészségfogalom került, melynek értelmében az egészség – az élet minősége – a legfőbb jó (*summum bonum*). Ehhez társul – látszólag ellentmondásos módon – egy szociáletikai egészségfelfogás, ami az embert magán- és közösségi teljesítményekre kötelezi és az egészséget, mint munkaképességet és élvezetkedvet (*wellness, fitness*), sajátos megközelítésű közüggé – gazdasági tényezővé teszi.

A születés és elmúlás törvényszerűsége lényegileg meghatározza az emberi életmódot.

Az egészséghez tehát elválaszthatatlanul hozzátartozik saját életünk elfogadása is, még abban az esetben is, amikor bizonyos fiziológiai funkciókban zavarok mutatkoznak.

Ezért számít egészségesnek, aki egyes akadályok ellenére is képes irányítani életét, akár a közösség segítségének igénybevételével. Így az egészséget nem lehet a *normális* fogalomból könnyen levezetni.

Az ember egy időben lehet létének egy rétegében egészséges, míg a másokban halálos beteg. Egy 800 körüli (*Bamberg*) kódex szerint – nagyon üdvös (*salubris*) lehet az olyan betegség, ami megtöri az ember megkeményedett szívét, és nagyon veszedelmes (*valde pernicioso*) az olyan egészség, ami megerősíti az embert önmagáért való hajszájában.

Az egészséggel kapcsolatban olyan értékek kerülnek előtérbe, amelyek magasabb kapcsolatrendszerre utalnak, és lelki megvilágosítást is megkívánnak. Az egészség nagy értéke végül is az emberi egzisztencia lényegileg vallásos mivoltával magyarázható. Az egészséges lét önmagán túl – az emberi lét egészét magában foglaló – üdvözülésre és üdvösségre törekszik – itt nyeri el teljességét.

Belon Gellért néhai pécsi segédpüspök jelmondata: *Vulnere sanus – Sebtől gyógyult*. Ennek a gondolatnak kifejtése szemléletesen mutatja be az egészség ellentmondásos jelentésárnyalatát:

„Van egy sajátos és megkerülhetetlen különösen szép értelme a *Vulnere sanus-nak*, a sebtől gyógyultnak. Mégpedig az, hogy az ember nem mondható egészsnek, egészségesnek, ha nincs sebe. És az teszi egészségesse, ha sebet kap. Hogy miről van itt szó, az kiválglik abból, ha az egészséges emberek velük született fölényére, „kegyetlenségére”, vagy „gőgjére” mutatunk rá. Egészen másként viselkedik az ember egy betegség mellett, ha már maga is volt beteg. Aki sohasem volt beteg, az könnyen elmegy a betegség mellett néhány könnyörületes szó odavetésével, egy mutatott, de igazából át nem érzett részvét nyilvánításával. Soha meg nem igazítaná a párnát a beteg feje alatt, s hogy egy pohár vizet hozzon, eszébe sem jut.

Jézus megőrizte a sebeket kezén-lábán. Mintha csak mutatni akarta volna, hogy a felebaráti szeretet útját igaziból csak azok tudják járni, akiknek sebes a kezük-lábuk. Milyen óvatosan lépünk egyet, ha fáj a lábunk! És milyen finoman és tapintatosan nyúlunk valamihez, ha sebes a kezünk! Ha sebes lábakkal közelítenénk meg embertársainkat és nem törnénk rájuk az egészségesek lendületével és kíméletlenségével, milyen más lenne a kapcsolatunk. Ha a fájós kéz óvatosságával és gyöngédségével nyúlnánk embertársaink életébe vagy viselt dolgaihoz, milyen másként „festene az élet.”

Alapvetően az emberkép mibenlétének problematikájáról van szó.

AZ EMBERKÉP PROBLEMATIKÁJA

Európai kultúránk egy jó ideje nem vállalkozik az ember alapvető igényeinek, kérdéseinek, céljának egységes megfogalmazására, hanem átengedi ezt a jelenségek leírásával foglalkozó tudományoknak. Bizonyos részterületek — ipar, kereskedelem, média, siker-tudományok — gátlások nélkül, a töredékességet sem tagadva megteszik ezt, paradigmává válnak. Bár sok esetben teljesen elrugaszkodnak a realitástól, de mégis modellé lehetnek. A legtöbbször hiányzik belőlük az ember leglényegesebb kérdéseinek felvétele, úgymint: értelem, cél, végső cél, vallás, örök élet. A jövő, boldogság, biztonság, szabadság fogalmakat csak felszínesen használják. Ennek következtében az emberrel, egészséggel, egészséges környezettel kapcsolatos – egyébként indokolt és megfontolt – alapelvek is csak töredékesen jelenhetnek meg vagy fejthetik ki hatásukat mind a törvényalkotás, mind pedig a közélet számára.

Bár nem veszélytelen az emberképre való utalás, - azonban annak megkerülése azon a címen, hogy fölösleges, nincs rá kompetencia, nem lehet egységes elgondolásra jutni, esetlegesen veszélyes, stb., - indirekt módon mégis minden tudományos kutatás mintegy előfeltételként meghatározza az ember képét, amire a tevékenysége lényegileg irányul. Ez azonban nem szükségszerűen magát a teljes embert tartja szem előtt. Nem biztos, hogy ennek az embernek lesz jövője.

Bár valljuk a 'ön-, eszköz-, szimbolikus- beteljesülés értékét, jövője valójában csak az embernek van.

Az ember egészségével, jövőjével kapcsolatban indokolt kerülni az utópisztikus elgondolásokat. Ehhez nyújt számunkra segítséget, ha az élet realitáshoz, normalitáshoz ragaszkodunk, és az ember lényegi/végső, valós igényeit szem előtt tartó és az annak megfelelő emberkép hordozására törekszünk.

Az alkalmazott, feltételezett vagy megengedett emberkép fogalma mindenképpen értelmezési pont az egészséggel kapcsolatban is, hiszen elválaszthatatlan magától az embertől. Nélküle minden jó szándékú terv megvalósíthatatlan az egészségvédelemmel kapcsolatban is.

Az alkalmazott emberkép lényegileg az egészségvédelmi-közbeszéd által elfogadott fogalmak igazi jelentését is meghatározza: *egészség, gyógyulás, egészséges életmód, stb.*

Mindezek alapján láthatjuk, hogy szükséges az emberképet értelmezni, hiszen maga az „ember cselekszik” a természettel és önmagával (egészsége) kapcsolatban is, ami felveti a moralitás kérdését mind az egyén, mind pedig a kutatásban, orvoslásban résztvevők részéről is. XVI. Benedek pápa is ezt fogalmazta meg enciklikájában, melynek témája: az ember teljes értékű fejlődése a szeretetben és az igazságban: „*Nincs emberi cselekedet moralitás nélkül!*” (XVI. Benedek, *Caritas in veritate* nn. 40-51.)

Jövőről, felelősségről, önkorlátozásról, a jövő nemzedékkel való szolidaritásról, egészségről, egészséges környezet megőrzéséről beszélni transzcendens vonatkozások nélkül igen nehezen megvalósítható az utópia-utópisztikus gondolkodás veszélye nélkül. Ugyanis az egészséggel, egészséges életmóddal, az egészséges környezettel, a jövő nemzedékkel kapcsolatos embertől elvárt felelős magatartás messze túlmutat az egyén és a társadalom pillanatnyi érdekein. Ilyen magatartás nehezen várható el az egyén és a közösség végső céljának szem előtt tartása nélkül.

Bibliai emberkép — ami általánosan elfogadottnak tekinthető — adja meg a moralitás alapját:

„Megteremtette az Isten az embert. A saját képére és hasonlatosságára teremtette...” (Ter 1,27)

Az ember személy voltából eredő méltósága a szabadságban gyökerezve, azzal együttesen felelősségteljes cselekedtek formájában a moralitás alapja. A Mennyei Atya teremtő-társaként az ember kötelessége a szolidaritás vállalása a reményteli jövő megalapozásához.

Ez határozza meg a gyógyítás módját is, minden más csak emberi döntés eredménye s ezáltal, mint minden, ami ki van téve az emberi gyengeségnek, meglehetősen törékeny.

Az ilyen típusú emberkép hordozza: a teljes embert – minden embert!

MEGVÁLTÁS – ÜDVÖSSÉG – MEGTÉRÉS

Az eddigiek alapján is látható, hogy a kinyilatkoztatás alapvető tanítása, mutatja a helyes utat a gyógyulás felé. Figyelmünket a jól ismert fogalmaink irányába kell, hogy fordítsuk.

Megváltás – gyógyulás: egyetemes lehetőség, mely „az Isteni rendhez” való visszatérést, a gyógyulást, a szabadságot eredményezheti. Az egyént felülmúló megerősítést ad és távlatot nyit az ember számára.

Üdvösség: vallási, teológiai alapfogalom, ugyanakkor nem teológiai szakkifejezés. Az üdvösség tartalma nem „objektív” eredményt jelez — mint ahogyan az evilági irányzatok és utópiák hangoztatják, — hanem a „szubjektív”, személyes, egzisztenciális gyógyulást, az élet beteljesedését jelenti. Isten tervének befogadását és a belőle fakadó cselekvést eredményezi. Természetesen a személyes hatása mellett közösségi vonatkozásai is vannak. Nem tartalmazza az evilági élet biztonságát. Az abszolút jövőre irányul — de az aktuális életre is hatása van, cselekvésre ösztönöz.

Megtérés, görög szóval metanoia jelentése: Gyökeres és lényegi elfordulás – odafordulás, az értelmén túli valóság felismerése általi új látásmód felé. Isten titokzatos rendjének elfogadása.

A kapcsolat a teremtés, az egészség és a megváltás között abban rejlik, hogy a megváltás valójában új teremtés. Teremtés és megváltás összefonódik, Isten műve mi vagyunk, akiket Krisztus Jézusban teremtett, hogy jót cselekedjünk. (vö Ef 2,10):

„Mert ami benne láthatatlan: örök ereje és isteni mivolta, arra a világ teremtése óta műveiből következtethetünk.”

(Róm 1,20)

„Benne nyertük el a megváltást, bűneink bocsánatát.”

(Kol 1,14)

„Mert benne teremtett mindent a mennyben és a földön... Minden általa és érte teremtett.” (Kol 1,16)

„Íme, újjáteremtek mindent!” (Jel 21,5); „Mi ígérete alapján új eget és új földet várunk, az igazságosság hazáját. (2Pét 3,13); Belétek oltom lelkemet. (Ez 37,14)

Az ember fölfedezheti: *saját isteni képmását – méltóságát – szabadságát – gyógyulását-egészségét.* Ez ösztönöz, ad erőt és ez tesz képessé a helyes, igaz és méltó cselekvésre.

„Az egyház felelősséggel viseltetik a teremtésért és ezt a felelősséget nyilvánosan is érvényre juttatja. Amikor ezt teszi, nem csak a földet, a vizet, a levegőt, hanem mindenekelőtt, az embert védelmezi, sokszor saját önpusztítása ellenében is.” (CV 51.)

A fejlődést elősegítő beavatkozásokban óvjuk azt az elvet, miszerint az embert középpontba állítva, személyét kiemelten szem előtt kell tartani! A teremtett világ, az egészséges élet iránti nyitottság társadalmi és gazdasági kincs. Az egészséggel szembeni kötelezettségeink összefüggenek azokkal a kötelezettségeinkkel, melyeket magával az emberi személlyel szemben, a másik emberrel való kapcsolatainkból fakadóan viselünk.

ZÁRÓ GONDOLATOK

Az ember önmaga létére reflektálni tudó teremtmény, aki létét az ön maga felett álló Istennek tulajdonítja. Lényé, teremtőjének képmásaként hordozza annak tulajdonságait. Ugyanakkor a vágyaiban megjelenő örök élet, teljesség, épség, idő felettség, tisztaság és egészség csak korlátozottan, sok esetben sérülten jelentik életének részét. Mindezek fölött mintha alig rendelkezne hatalommal. Ezekkel együtt és ezt meghaladó módon fájdalommal tapasztalja meg a bűn pusztító realitását. Így szüksége van arra, hogy aki őt létbe szőlította, a maga akaratával vezesse is el az egység, az üdvösség, a jövő teljességére.

Ezért a jövőért az ember képes együttműködni az őt teremtő Istennel. Ezáltal életének, törekénységének és töredezettségének megtapasztalása nem akadályozza meg az abszolút élet, a teljes jövő és az ép természet teljességben való megtapasztalásra. Ez már az üdvösség reménybeli, de reális tapasztalata.

Dr. Derényi Gábor
főorvos

Az igaz példa

Előadásomat ajánlom Dr. Dékány Erzsébet főorvosnőnek, a Csákvári Kórház egykori igazgatójának, Romhányi tanítványnak, aki először hívta fel figyelmemet a Szári Romhányi orvos-találkozóra, kérve a Magyar Orvosi Kamara támogatását. Azóta vagyunk jelen és remélem a jövőben is lehetőségünk szerint kiemelten támogatjuk a Romhányi professzor úr szellemiségét ápoló, további rendezvényeket.

Romhányi professzor úr a magyar orvostudomány kiemelkedő alakjáról, kortársai, kitűnő tanítványai, jelentős tudósok tevékenységét már méltatták, visszaemlékezéseik dokumentáltak. Mit tehet ehhez hozzá egy késői tanítvány, aki nem volt több azon medikusoknál, akik hallgathatták előadásait, és akiket vizsgáztatott – az egyébként egyáltalán nem könnyű, közel 3 órás kollektív szigorlat során – Professzor úr. Romhányi professzor többször emlegette, hogy a visszhangot szereti, amely annál értékesebb, minél távolabbról jön. Valami történt azokon az előadásokon, az oktatás során, ha több évtized múlva arra változatlan lelkesedéssel emlékeznek. Szeretnék néhány szót szólni azon ismereteimről, amit számomra meghatározó személyektől hallottam és a visszaemlékezések során eddig senki sem tett említést róluk. Itt elsősorban számomra az erkölcsi tartás, kiemelkedő tevékenység háttérében fellelhető baráti és társadalmi kapcsolatok, megnyilvánulások teszik érthetővé – Romhányi és pályatársai -, példamutató kiállását és magatartását egy nehéz korszakban. Egyben beszámolok Fejér megyében Romhányi professzor szellemiségének megőrzése érdekében végzett munkánkról.

Egyetemre kerülésemtől az olvasóterem vezetője **Dr. Zsembery Miklós (1933-1980)** volt, aki kerekesszékebe kényszerült, megtisztelő barátságát haláláig élveztem. Miklós 1956-ban az Egyetemi Zászlóalj tagja volt, az oroszok letartóztatták társaival együtt. Lissák Kálmán rektor bátor fellépése után, a szabadulásuk során a Budai vámnál egy orosz teherautón ült, annak balesete miatt sérült meg. A szovjet megszállás első heteiben Miklóst, az egyetemi tanárok közül hárman látogatták meg az Idegklinikán: Romhányi, Lissák, és Szentágothai. Az Idegklinikai világhírű igazgatója Környei István professzor volt, aki szintén példamutatóan viselkedett a nehéz időkben. Legyen erre példa Dr. Rusznyák Istvánhoz a M.T.A. Elnökéhez, 1957. február 9-én írt levele:

„Mélyen tisztelt Elnök Úr! Akadémiánk 7. Osztálya f.évi január 18-án tartott ülésén, annak ellenére, hogy a szavazás előtt kértem, hogy személyemtől tekintsenek el, jelölt a Kossuth-díjra. A szavazás után pedig kértem az Osztályt, hogy a jelöltet ne terjessze tovább. Ugyanis f. évi január 11-én kelt, az osztálytitkár úrhoz intézett levelemben a következőket írtam: „helyesnek tartanám, ha a díjak nem adatnának ki, hanem az utolsó hónapok eseményei során károsultak segélyezéseire, esetleg méltánytalan mellőzés miatt nehéz anyagi helyzetbe jutott tudományos munkások, illetve hátramaradottaik megsegítésére fordíthatnának.” Elvi szempontból pedig azt javasolom, hogy az állami tudományos díjak szűnjenek meg és a tudományos jutalmak szervezése és kiosztása teljesen a Magyar Tudományos Akadémia hatáskörébe utaltassék. Felfogásommal tehát nem volna összeegyeztető, hogy a díjban részesüljek. Nagyon kérem Elnök Urat, hogy szíveskedjék álláspontomat méltányolni és képviselni. Öszinte nagyrabecsülésem nyilvánításával: Dr. Környei István egyetemi tanár.”

Romhányi professzorhoz baráti szálak fűzték **Horváth Adolf Olivért (1907-2006)** ciszterci szerzetest, középiskolai tanárt, a botanika nemzetközi szaktekintélyét, a Mecsek flórájának leíróját, a Szent István Akadémia egyik újjászervezőjét. Hosszú éveken keresztül látogattam Dolfi bácsit, aki szuggesztív egyéniség volt, Romhányi professzorhoz hasonlóan állandóan kérdezett és várta a feleleteket, amelyeket jószerivel csak Ő tudott. Egy alkalommal kérésére autóval hoztam Székesfehérvárra a Ciszterci Rend Gimnáziumába, ahol előadást tartott, majd azt követően vissza Pécsre. Emlékezetem szerint a 90-es évek elején történt, akkor már átadták a Semmelweis emléktáblát az egykori gimnázium falán. Mint ciszterci szerzetes, büszke volt az emléktáblára és ezzel kapcsolatban feltette kérdését: tudod-e, hogy mi volt Semmelweis doktori disszertációjának címe a Bécsi Egyetemen? Nemleges válaszomat rövid kultúrbotrány (!) megjegyzéssel konstatálta, majd megadta a pontos latin nyelvű címet. Horváth Adolf Olivér elvárná, hogy a kérdést ismételjem meg most az előadáson, „mert ezt tudni kell!”. Ezt nem teszem, hanem azt az alábbiakban idézem a wikipédia segítségével: „Semmelweis, Ignatius Philippus (1844): Dissertatio inauguralis sistens tractum de vita plantarum. Typis Caroli Ueberreuter, Vindobonae.” Ismert, hogy a ciszterci rend híres biológia oktatásában központi szerepet kapott a botanika, és Dolfi bácsi ennek is tulajdonította Semmelweis pályaválasztását. Romhányi általában az oktatás során nem tartotta fontosnak a szerzői nevek ismeretét („azok elmúlnak, azokat elfelejtik”), azonban három nevet

tudni kellett: Hyppocrates, Virchow és Semmelweis nevét. Székesfehérváron a Semmelweis tábla mellett helyeztük el 2005-ben Romhányi prof. emléktábláját, születésének 100. évfordulója alkalmából az alábbi felirattal: Itt tanult 1915-1923 között ROMHÁNYI GYÖRGY akadémikus (1905-1991) NEMZETKÖZI HÍRŰ PATHOLÓGUS A MAGYAR ORVOSKÉPZÉS KIEMELKEDŐ ALAKJA (2005. Magyar Orvosi Kamara). Azért is büszkék vagyunk az emléktáblára, mert az országban egyedülálló, hogy Romhányi professzor úr - mint köztudottan nagy Semmelweis tisztelő – megemlékezésének helye tisztelt elődje mellett lett elhelyezve. Fontosnak érzem még megjegyezni, hogy Horváth Adolf Olivér adta kölcsön - elmondása szerint - Romhányinak Kornis Gyula: A tudományos gondolkodás, A tudós lelki alkata c. könyvét, amely egyik kedves olvasmánya lett. Tudomásom szerint mindketten Kornis tisztelők voltak, jelen megjegyzéssel csak azért éltem, hogy erre a műre felhívjam a figyelmet! Számomra érthetetlen, hogy e pótolhatatlan könyvet miért nem adják ki reprint. Örülnének, ha megérhették volna **Kornis Gyula (1885-1958)** szobra felavatását, amely szintén Székesfehérváron áll Romhányi emléktáblájától 20 méterre. A szobor mellett kis tábla jelzi az érdeklődőknek, hogy ki volt Kornis Gyula: Kultúrpolitikus, Klebelsberg Kunó egykori államtitkára, az Országgyűlés Elnöke, az MTA elnöke. A gyanútlan látogató teljes életpályára gondolhatna, a magyar történelem viharos évtizedei pontosítanak e tábla feliratát - ha tehetnék -, a tisztességes tájékoztatás miatt. Piarista szerzetes, a fasiszta és kommunista terror áldozata, először a Gestapo, majd a szovjetek tartóztatják le, 1951-ben kitelepítették Poroszlóra. Haláláig Hajdúszoboszlón él, temetésén hatan vettek búcsút Tőle. Az Akadémia 1989-ben a méltatlan támadások miatt 1948-ban lemondott tagságát helyreállította és folyamatosnak nyilvánította.

Többször láttam a 48-as téren sétálni Romhányi professzor urat **Salacz Gáborral (1902-1978)**, akivel egy házban az ún. professzori házban lakott. Családunknál Gábor bácsi gyakran megfordult, sokszor mesélt – középiskolás és orvostanhallgató koromban – nagy tisztelettel Romhányiról, kiemelve ókori történelmi ismereteit és zenei műveltségét. Ennek az elismerésnek nagy jelentőséget tulajdonítottam, hisz Salacz Gábor egyetemi tanári pályája ismert volt előttem: Eötvös-kollégista, Szekfü Gyula tanítványa a budapesti egyetemen. Doktorálása után a Bécsi Magyar Történelmi Intézet ösztöndíjasa, Debrecenbe Szabó Dezső tanársegédje. Teleki Pál 1927-ben a bécsi Mária Terézia Akadémia, majd a svájci Institut auf dem Rosenberg, St. Gallen tanárává nevezte ki. Hazatérésekor 1942-ben Szegfü Gyula tanársegédje lett, 1943-ban a Pécsi

Egyetem Jogi Karán az újkori egyetemes történelem tanszékvezetője. 1951-ben mint „klerikális reakcióst” nyugdíjazták. Nehéz anyagi körülmények között üzemi raktáros állása mellett tovább dolgozott, többnyire az íróasztal fióknak. Jelentős egyháztörténeti munkáit csak napjainkban, halála után publikálják Adriányi Gábor egyháztörténész, akadémikusnak köszönhetően. Szeretnék néhány záró gondolatot megfogalmazni megyénkbe 1990-ben létrehozott Romhányi díjról. Ismert, hogy Romhányi professzor úr Száron, Fejér megyében született, Székesfehérváron végezte középfokú tanulmányait a Ciszterci Rend Szent István Gimnáziumában. Iskolateremtő kiemelkedő tevékenységét példaként szerettük volna állítani megyénk orvosai elé. Életpálya díjként, évente két kolléga kaphatja, akik kiemelkedő orvosi, etikai és oktatói múlttal rendelkeznek.

A díjazottak a MOK Fejér megyei Szervezet által létrehozott Képzés, továbbképzés és szociális alapítvány kuratóriuma által adományozott, **Prof. Romhányi György érmet** kapják. 1990-2010-ig Nowotarsky István által készített, majd 2011-től a megújult, Nagy Benedek, Mórón élő szobrász, művészi alkotását. Az utóbbi érem megítélésem szerint az egyik legjobban sikerült alkotás az országban a több Romhányi érmet közül (mellékelt kép). Ezúton is szeretném megköszönni Dr. Romhányi Mária főorvosnőnek, hogy a Család végig támogatta – többször személyes részvételével is – munkánkat.

Végül fogadják szeretettel Romhányi professzor úrról készült, általam válogott 17 perces rövidített filmet, megköszönve figyelmüket.



Prof. Dr. Szelényi Zoltán
professzor emeritus

„Johann Sebastian Bach lutheránus miséiről a Reformáció jubileuma jegyében”

Azzal a kérdéssel kezdem, hogy egy orvosi képzettségű egyetemi oktató miért merészel vállalni előadást Johann Sebastian Bach zenéjéről? Magyarországon sok igen kiváló Bach-szakértő van, például Kamp Salamon professzor, a kiváló budapesti deák-téri Lutheránia Énekkar Kossuth díjas vezetője, akit egyébként szerettük volna felkérni egy Bach egyházzenejéről szóló előadás tartására, de sajnos részben a Reformáció jubileumával kapcsolatos rengeteg kötelezettsége, részben konkrétan a mai napi külföldi előadásra szóló korábbi meghívása miatt, most ezt nem tudta vállalni.

Előadásom címében jelzett témához azonban nekem is van valamilyen közöm: evangélikus vagyok, 40 évig tagja voltam az ország egyik legnívósabb kamarakórusának, de főleg azért, mivel Bach fennmaradt mintegy 200 egyházi kantátájának felvételei különböző hanghordozókon több példányban is birtokomban vannak és fél évszázada legkedvesebb zenei kincseim közé tartoznak. Ráadásul néhány kantáta szóló tételét énekeltem is.

Jól ismert, hogy Johann Sebastian Bach legtöbb vokális zenei műve - elsősorban az evangélikus liturgia fontos részeiként – német nyelvű szövegekre íródott. Ezt a tényt a Biblia - az Újszövetség - először Luther Márton általi németre való lefordítása is alátámasztotta. Nemcsak ő, hanem nagynevű, főleg német evangélikus komponista elődei és utódai (például Buxtehude, Schütz, Telemann, illetve Mendelssohn vagy Brahms) is szinte kizárólag a német nyelvet alkalmazták vokális egyházzenei műveiben. Más országokban is többnyire az adott nemzeti nyelvet alkalmazták egyházzenei műveik céljára. A római katolikus egyházzene Luther előtti és utáni évszázadokban természetesen megmaradt a latin nyelvénél és minőségileg valamint mennyiségileg is dominálta a keresztény egyházzeneét. Mind a mai napig az európai egyházzene magas minőségű gazdag termését sok ezer latin nyelvű vokális zenemű jelenti; csupán néhány zeneszerző óriást említve: Palestrina, Lassus, Monteverdi, illetve később Haydn, Mozart, Beethoven vagy akár Liszt Ferenc és Kodály Zoltán.

Közismert tény, hogy a zeneirodalom egyik leghatalmasabb műve – sokak szerint minden idők legjelentősebb zenéje, beleértve a világi zenét is – Bach *h-moll miséje*, ami természetesen latin nyelvű zene. Ezt a kétórás zenei csodát felekezettől függetlenül minden zeneszerető ember egyedi alkotásként tartja számon, de terjedelme és/vagy nyelve miatt nem lehet része katolikus vagy protestáns liturgikus templomi alkalmaknak. Bach másik jól ismert latin nyelvű műve a *Magnificat*, ugyancsak gyakran előadott csodálatos mű.

Viszonylag későn került felismerésre, hogy Bach a fentiekén kívül még írt négy úgy nevezett kis misét is. Ezek az egyenként 6 tételből álló művek és *Missae breves* vagy *lutheri* illetve *evangélikus misékként* szerepelnek a zeneirodalomban. Átlagosan félórás művekről van szó, amelyek ennél fogva nem tartalmazhatják a teljes latin mise szöveget, mint például a *h-moll mise*, hanem csupán a *Kyrie* és a *Gloria* szövegét használják fel. Az összességében 24 tétel javarészt a szerző korábbi német nyelvű liturgikus kantátáinak átvétele kisebb-nagyobb zenei vagy hangszerelési módosításokkal és a latin nyelvű misék szövegére való alkalmazásokkal. Csupán 4 teljesen új zenei anyag került ezekbe a rövid misékbe.

Felmerül a kérdés, hogy vajon milyen céllal készültek ezek a latin nyelvű misék egy olyan szerző tollából, aki lipcsei karnagyként természetesen a német nyelvű istentiszteletekhez és néhány más helyi világi alkalmakra szánta kantátáit. Utóbbi nem-egyházi alkalmak voltak a város ünnepei, egyes tamásiskolai események ünnepélyesség tételének az igénye. A mesternek az említettekén kívül még volt több rövidebb-hosszabb latin szövegű egyházzenei műve is. Ezek előadása Lipcsében relatíve gyakrabban történt, mint más német lutheránus egyházzenei központban. Fordítva is igaz; Bach például német nyelvre átírta a már akkor is népszerű remekművet, Pergolesi *Stabat Mater*-ét. A német és a latin nyelv alkalmazására még olyan példa is ismert, hogy a mű címében mindkét nyelvű szó szerepel (például az egyik kantátájának címe így fest: *Kyrie Christe, du Lamm Gottes* (*Krisztus, Istenek báránya, kegyelmezz*).

Végül is, a négy lutheránus mise komponálásának célja nem ismert, bár van olyan feltételezés is, hogy mivel lipcsei éve alatt sokszor került összeütközésbe városi és egyházi feletteseivel kisebb nagyobb ügyek kapcsán, változtatni szeretett volna helyzetén. Ezen kívül sokat küszködött a Tamás-iskola fegyelmezetlen diákjaival is, sőt, egy Johann Adolf Scheibe nevű tanítványa még szakmailag is megtámadta. Mindezek miatt talán tervbe vette volna, hogy a lipcseivel azonos zenei rangú drezdai katolikus udvar felé orientálódik és

esetleg megpályázza a szász választófejedelem udvari komponistájának állását. Ehhez nyilvánvalóan latin nyelvű műveket kellett volna felmutatnia.

Ez a feltételezés azonban ellentétben látszik lenni azon általános szokásával, hogy majdnem mindig megrendelésre dolgozott, márpedig a drezdai zenei állás megpályázásra nincsen konkrét bizonyíték. Másrésről az adott művek terjedelme, hangszerigénye valamint az egyházi alkalom szövegi-liturgiai összefüggési voltak azok a tényezők, amelyek úgymond korlátozták a készülő mű méretét és jellegzetességeit.

Ha nem a drezdai hercegi udvar igényei voltak a meghatározók, akkor vajon milyen lipcsei események-alkalmak lehettek azok, amelyek a négy kis mise megírását igényelték és ihlették? Itt merül fel az az ellentmondás is, hogy a kétórás, óriási előadói apparátust igénylő h-moll misét vajon egyáltalán valaha előadták-e Bach idejében Lipcsében, ahol a Tamás templom kórusa, énekes szólisták és a zenészek mennyisége és minősége többnyire igen korlátozott és változó volt.

Ha végignézzük a fennmaradt kétszáz egyházi kantáta előadói igényét, akkor azt látjuk, hogy sok esetben egy vagy két énekes és/vagy hangszeres szólistára írta a kantátát valószínűleg azért, mert éppen azon a héten nem volt több jól képzett és gyakorlott zenész, aki esetleg az istentiszteleten látta először a sebtében megírt és több példányban lemásolt mű kottáját.

Az sem meglepő, hogy a több egyházi év során hetenként megszólaltatott, elvileg új zenén alapuló rengeteg kantáta sok esetben az úgynevezett „paródia” eredményeként készült el, azaz idő hiányában egy korábbi saját kantátájának egy-egy tételét „kölcönözte” az adott heti istentiszteletekhez az aktuális ige szövegéhez alkalmazkodva. Ráadásul ugyanazon a vasárnapon két-három másik lipcsei templomban is elő kellett adniuk a művet, esetleg egy részben másik előadói gárdával.

Hogy ez a többszörös időbeli, és - ma úgy mondanánk, hogy - „stresszes” helyzet, a nem mindig kellő számú és minőségű énekes és hangszeres zenész jelenléte nem nyomta rá a bélyegét az egyházi kantáták zenei változatosságára és zsenialitására, az valóban isteni csodának és persze a mester zsenialitásának tudható be. Bach valahol azt nyilatkozta magáról, hogy zeneszerzőként és zenei vezetőként csak a kötelességét teljesítette és bárki hasonló képzettség esetén ugyanazt a színvonalat tudta volna produkálni, mint ő.

Ezt húzza alá az a tény is, hogy legtöbb szerzeménye végén a kottában három betű szerepelt, „SDG”, azaz „**Soli Deo Gloria**”: **egyedül Istené a dicsőség**”. Egyébként utóbbi a lutheri teológia öt hittétele, az úgynevezett „öt sola” egyike. A többi négy úgy hangzik, hogy *Sola Scriptura* (egyedül a Szentírás), *Sola Fide* (egyedül hit által), *Sola Gratia* (egyedül kegyelemből) és *Solus Christus* (egyedül Krisztus).

A mestert lipcsei működése során és halála után közel egy évszázad alatt is sokan nem tartották olyan óriásnak Bach-ot, mint mi ma. Erről csupán egy jellemző példát említek: amikor 1723-ban megpályázta a nemrég megüresedett Tamás-kántor állást, akkor a város által preferált nagyhírű hamburgi Telemant szerették volna erre megnyerni, de ő inkább Hamburgban maradt. A lipcsei tanács végül elfogadta Johann Sebastian Bach pályázatát azzal a megjegyzéssel, hogy „mivel a legjobbat nem tudtuk megszerezni, be kell érünk a másodrangúval”. Telemann-nal egyébként baráti viszonyt ápolt (egyik fiának keresztapja volt). Noha a hamburgi mester több mint kétszer annyi zeneművet hagyott hátra, mint az ugyancsak szapora tollú Bach és Händel együttvéve, a zenész szakma magasabbra helyezi Johann Sebastian zenei termését, mint Telemann-ét.

Mielőtt meghallgatnánk két tételt egy-egy rövid miséből, érdekességként megjegyzem, hogy több forrás szerint a Bach család, amelynek 84 zenész tagja volt és közülük 14 jelentőset alkotott, mint zeneszerző és kántor, Magyarország területéről származik: ugyanis az 1500-as évek közepe táján egy Pozsony (Pressburg) közeli faluban működött egy pék, bizonyos Veit Bach, aki családjával bizonyos – talán vallási - okok miatt áttelepült Thüringiába. Ő tekinthető Johann Sebastian Bach ükapjának, bár ezt a direkt kapcsolatot nem mindenki tartja teljesen bizonyítottnak.

Végezetül hallgassunk meg először egy tételt az F-dúr kis miséből, ezt követően pedig egy mozgalmas kórustételt, „és harmadnapra feltámadott” (*et resurrexit tertia die*) a h-moll miséből.

Prof. Dr. Matolcsy András, egyetemi tanár úr
„A patológia oktatásának kihívásai a 21. századba
- Romhányi professzor nyomdokában” című előadásáról
nem készült írásos anyag.

Prof. Dr. Csókay András
emeritus professzor

„A holtak tanítják az élőket”

Öröm, hogy hatalmasat fejlődött a diagnosztika az utóbbi fél évszázadban, a fejlődésnek ugyanakkor káros következménye is van: gyakorlatilag eltűntek a boncolások Európában és a fejlett országokban. Ezzel, a kadaver gyakorló-műtétek lehetősége tűnt el a napi képzésből.

A boncolások „szükségtelemné” váltak, mert a halál ok, a lezajlott kórfolyamat megállapítható anélkül is. Ám több olyan sebészeti szakág van, amely nem tanulható meg asszisztensi oldalról. Ilyenek az egyemberes, kétkezes műtétek, különös tekintettel a nehéz mikrosebészeti vagy az agyi endoszkópos műtétekre, amelyeknek rendkívül nehéz az elsajátítása. Különösen feszített a helyzet ott, ahol az elkövetett hibák nehezen vagy egyáltalán nem korrigálhatók. Akár egy nagy érsérülésnél, egy bélsérülésnél, de még egy rosszul sikerült coronaria bypassnál is van némi idő behívni a tapasztaltabb kollégát, ám egészen más a helyzet a központi idegrendszer és hozzá csatlódó szemészeti, belső fül vagy orr felőli alsó koponyabázis, mikro- és endoszkópos sebészeténél okozott, mikro ér és idegi struktúrák intraoperatív sérüléseinél. Nem lehet kijavítani. Olyankor még a tapasztaltabb orvosnál is fellép stressz, ami tovább ronthatja a helyzetet.

Az ideális gyakorlati képzés alapja rezidenskortól kezdve a rengeteg asszisztencia, valamint az egyre több és nehezebb műtéti rész átadása a tapasztaltabb kolléga részéről. Ez az oka annak is, hogy rendkívül hosszú például a mikroidegsebészeti képzés ideje.

Akinek van módja és pénze, további előnyöket szerezhet a gyakorlati workshopokon való részvétellel, különösen, ha a saját kórháza, klinikája rendelkezik anatómiai laborral, ahol a gyakorlást időszakosan tovább folytathatja. De mit tehetnek a jóval nagyobb számban lévő osztályok világszerte, ahol nincs ilyen állandó gyakorlási lehetőség? Azt is érdemes megemlíteni, hogy a workshopok és anatómiai laborok korábban kémiaiilag konzervált vagy lefagyasztott kadaverjei messze nem életszerűek, plaszticitásuk inkább anatómiai gyakorlatot biztosít.

Mi tehát a valóság? Sok-sok asszisztálás, majd az élő műtétek, gyakorlás, aztán az igazi mély víz az ügyeleti betegeken, végül az elektív eseteken. Érthető, ha a legnehezebb elektív eseteket sokan inkább elküldik oda, ahol még több a tapasztalat. Mindez a nehéz ügyeleti esetek ellátási színvonalának a kárára megy. Ez több irányból támadja a lelket, egyrészt az okozott szövődmények feldolgozása, másrészt az igényes szakmai esetek fel nem vállalása visszaveti az orvost a kreativitását, könnyen kiégetté válik, így az egész szakma ereje csökken.

Az volt a célunk, hogy olyan oktatási-képzési gyakorlatot fejlesszünk ki, amely eltünteti ezeket a hátrányokat. Tudva azt, hogy a sportolók vagy a művészek sem a versenyeken vagy előadásokon gyakorolnak, szinte nevetéses, de így van, hogy az orvosok élőkön gyakorolnak szerte a világban. Próbáltunk kifejleszteni a sportban jól ismert, olyan napi tréninget, amely bármelyik kisebb esetszámú kórházban is rendelkezésre áll. Tudjuk, egyetlen úszónak sem öröm hajnalban kelni és beugrani a hideg vízbe, majd több kilométer edzés után tovább indulni, de a győzelemnek nagy ára van. A zongorista is gyakorol naponta több órát, hogy aztán tökéletesen játszassa Lisztet a pódiumon. A sikerhez igenis befektetés, rengeteg és rendszeres tréning kell. Úgy tűnik, a napi friss kadaver gyakorlatok a legnehezebb műtétek modellezésével jelentősen orvosolják az említett problémákat.

Arra jutottunk a jogi szabályokat áttanulmányozva, hogy ahogy már sok európai országban transzplantációs donor esetében sem, a boncolás minden esetben elrendelhető kriminális, klinikai, tudományos és oktatási célból egyaránt. Így a kadaver gyakorlatra nem kell hozzátartozói beleegyezés, hiszen itt már nem csak az agyhalál ténye igazolható. Egyébként, maga a reguláris boncolás sokkal invazívabb, mint az ép agy, szinte érintés nélküli operációja, ami az élő műtéteknél is fő cél. Megnéztük azt is, milyen eredményeket mutat a vénás vérzés fennmaradása, a szövet és az erek plaszticitásának vizsgálata a friss halottakban az anatómiailag konzervált, illetve a fagyasztott, majd felolvasztott tetemekkel összehasonlítva. Tehát a gyakorlás lényegesen kevésbé okoz az elhunytban testi traumát, mint maga a boncolás, tehát a kegyeleti szempontból semmiféle plusz invázió nem történik a testen. A szöveti plaszticitás a friss nem konzervált nem fagyasztott halottaknál sokkal életszerűbb, mint az anatómiai vagy korábban fagyasztott, majd felolvasztott workshop kadavereken. A folyamatos vénás vérzés életszerűsége, pedig plusz előnyként jelentkezik.

A gyakorló műtétek alapmódszere az, hogy napi!!! rendszerességgel kell gyakorolni, és nem az élőkön. **A „legmélyebb” helyzetekben, az agyalapon, vagy agykamrákban szabályos feltárással mesterséges ér vagy ideg sérülést okozunk, majd ezt varrattal vagy bypasszal látjuk el.** Agyidegsérülés okozása után graftot használunk. Az állandó gyakorlás rendkívüli módon finomítja és készség szinten begyakoroltatja és fenntartja a magas szintű mikrosebészeti technikát és a pontos mikroanatómiai tájékozódást, amit könnyen lehet felejtetni, ha régebben voltál abban a régióban. Számos előadás és egy alapcikk közlése mellett 3 éve indítottunk külföldi és hazai képzést ingyenesen, hogy minél több országba eljusson az új hazai képzési módszer, a napi!!! 60-90 perces, napi friss kadaver gyakorlat. Tehát nem évente 3 nap workshop, vagy havonta vagy hetente hanem minden nap!!! A „learning curve” pc szép kifejezés, de mögötte rettenetes tragédiák vannak. Erről nem beszélnek a neves kongresszusi előadók. Ez az idegsebészet sötét oldala. Ezt kívánom eltüntetni a napi gyakorlással.

Az elmúlt 14 évben több mint 3000 műtétet végeztem el friss kadaveren, a legnehezebb műtéti helyzeteket modellezve. A napi friss kadaver gyakorlatok legnagyobb előnye, hogy amint a sportban, itt is nélkülözhetetlen a mindennapos tréning. Nagyon örülhet az az idegsebész, akinek évente 100 extra nehéz műtét jut, hangsúlyozom nem átlagos agyműtétekről van itt szó. Ezt a számot csak a leghíresebb, legnagyobb külföldi klinikák vezetői érik el, az átlagos szám 30-50 alatt van, a centrumok ezreiben. Ennek is jelentős része ügyeleti. Ez érthető, hiszen az elektív betegek nyilvánvalóan a híres, óriási műtéti számmal rendelkező idegsebészek felé áramlanak. A mindennapos gyakorlatokkal azonban az extra nehéz műtéti helyzet reprodukálását akár 3-400 fölé is lehet emelni évente, így extrém gyakorlatra lehet szert tenni a relatíve alacsonyabb, élő esetszám mellett is. Elsősorban az akut betegeknél jó és a szegényeknek, akik nem jutnak el specialistához. A már nem operálhatónak nyilvánított esetekben, súlyos cardio-resp állapot miatt, vagy a 80 évesnél idősebb betegeknél extra méretű jóindulatú agydaganatok esetében is jó eredmények születtek a gyorsaság miatt, ami a mikrosebészetben egyébként nem alapkövetelmény érthetően. Volt olyan complex eset, akit már mindenhol elutasítottak, ahol 29 rágyakorló kadaver műtét történt, mielőtt elkezdődött volna a tényleges élő műtét. De nagyon jó az idegsebészeknek is, mert elkerülik azt a lelki károsodást, hogy elegendő tapasztalat híján, önhibájukon kívül nem tudtak úrrá lenni egy nehéz helyzeten. A szakma fejlődésének szintén jót tesz, hiszen egyre

több kolléga vesz részt a nehéz műtéteken, tehát több tehetség és kreativitás fog összeadódni, ami a szakma ugrásszerű fejlődését eredményezheti, így a tudás nem válhat önző hatalommá, hanem megmarad alázatban. Tapasztalom, hogy aki vállalkozik erre a nehéz lelki és fizikai munkára, annál jelentősen csökken a szövődmények előfordulása. Nehéz az együttlét minden nap az elhunyt testvéreink testével, de a kereszténység biztos reménye, nemcsak a lélek hallhatatlanságában, hanem a test feltámadásában megadja az erőt mindehhez. Olyan jövőnkben hiszünk ami már Jézussal megtörtént és velünk is megtörténik, ha tudunk „job latori” bűnbánatban élni és meghalni.

Prof. Dr. Kerpel-Fronius Sándor
egyetemi tanár

Klinikai vizsgáló csoportokban együttműködő nem-orvos képzettségű kutatók etikai felelőssége

Sok évszázadon keresztül, a gyógyszerfejlesztés tudományának korai szakaszában a betegellátás és a gyógyszerterápiás kutatás egy együttest képezett a kezelő orvosok gyakorlatában. Az eredményes kezelési eljárások kimerítése után az orvosok gyakran próbálkoztak újabb, sokszor kellően nem ismert kezelés bevezetésével. Az új terápia alkalmazásának etikai felelőssége teljesen az orvosok hatáskörébe tartozott. A társadalom etikai támogatása nélkül ez hatalmas pszichés megterhelést jelentett számukra. Jellegzetesen mutatja az egyedi pszichés megpróbáltatás súlyát William Withering (1741-1799) feltehetően már élete vége felé írt megjegyzése: „Végső soron, a vélemények, előítéletek vagy tévedések ellenére, az Idő fogja e felfedezés valódi értékét megállapítani és eldönteni, vajon rákényszeríttem véleményemet magamra és másokra, vagy a tudomány és az emberiség javát szolgáltam.” Érdekes módon a digitalis purpurea szívbetegségben kedvező hatásáról egy népi gyógyászattal foglalkozó asszonytól értesült, aki a növény kivonatát egy komplex hatóanyag-keverékben alkalmazta. Withering érdeme volt, hogy megállapította, hogy a keverék hatásáért a digitalis purpurea felelős. Mint tudjuk, a digitalis terápiás szélessége igen keskeny. Nagyobb dózisban súlyos mellékhatásokat, gyakran halált okoz. Nem véletlen, hogy az orvosi társadalom körében súlyos kétségek merültek fel a szer terápiás használat kapcsolatban. Sokan hevesen támadták Withering elméletét. A vita máig tart annak ellenére, hogy nagyon sok tudományos adatot és klinikai tapasztalatot gyűjtöttek össze az elmúlt két évszázadban. Az orvostársadalom ma is megosztott e kérdésben. Ennek tudatában még jobban tudjuk érzékelni azt a pszichés terhet, melyre Withering fenti megnyilvánulása utal.

A 19. század második felében jelentek meg a betegellátást forradalmasító, jól felszerelt és személyi állományukban jól képzett, jelentős mértékben specializált orvosi és ápoló személyzetet foglalkoztató kórházak. E környezetben teremtődtek meg a célirányos, széleskörű orvos-szakmai együttműködések kialakulásának a feltételei. Példaként említhető a 19. század végén a berlini Charité-ben dolgozó Virchow, Koch, Ehrlich és von Behring sokszor súlyos

véleménykülönbségeket mutató, tudományos féltékenységtől sem mentes együttműködése, mely számos korszakalkotó, mai napig ható tudományos felismeréshez vezetett. Természetesen a tudományos együttműködés egyben a klinikai vizsgálatokkal kapcsolatos etikai felelősség kérdéseinek újraértelmezését is szükségszerűvé tette. Az 1900-ban megjelent porosz állásfoglalás az etikai felelősség alapjául a hippokratészi esküt fogadta el, mely a helyes orvosi magatartás széles körben elfogadott alapelveit tartalmazza. A tudományos kutatás etikai elfogadhatóságát és betartását a szabályzat a klinikai ellátást irányító, vezető orvos feladataként jelöli meg. Ez az etikai irányelv természetesen támaszkodik arra is, hogy valamennyi, a vizsgálatban együttműködő további klinikai szakmát képviselő, de nem közvetlenül a kutatást vezető orvos irányítása alatt dolgozó orvos is a hippokratészi etikai elvek betartásával működik közre a vizsgálatban.

Az elmúlt évtizedek újabb forradalmi változást hoztak a gyógyszerkutatás és klinikai gyógyszerkezelés területén. A molekuláris biológia, genetika, immunológia, sejtbiológia fejlődése új gyógyszerterápiás lehetőségeknek nyitott teret. A kis molekulatömegű, kémiai gyógyszerek mellett megjelentek a nagy molekulatömegű, fehérjéket tartalmazó biológiai gyógyszerek. Ezek alkalmazása a gyakorlatban a kémia gyógyszerekhez hasonló elvek szerint történik bizonyos speciális adagolási feltételek betartása mellett. Elvi különbséget jelentenek azonban az ún. fejlett gyógyszerterápiás készítmények, melyekhez a génekkel, szomatikus sejtekkel, módosított szövetekkel, illetve gyógyszer-orvosi eszközök kombinációjával végzett beavatkozások tartoznak. Ezeket a gyógyszerterápiás készítményeket gyakran egyedileg, a beteg számára specifikus módon készítik el, közvetlenül a gyógyszerbevitelt megelőzően. Példaként említhető a közelmúltban engedélyezett tumorelles immunterápiás készítmény. Az eljárás során a beteg tumor-antigénje ellen termelődött antitestek nagyon specifikus antigénkötő részének felhasználásával egy új ún. kiméra antigénreceptort építenek ki géntechnológiai módszerek alkalmazásával a betegből izolált T-limfocitákban. A módosított T-sejteket ezután in vitro szaporítják, majd a nagyszámú módosított T-limfocitát visszajuttatják a beteg szervezetébe.

Könnyen belátható, hogy ezeknek a készítményeknek az alkalmazása egy komplex kezelési csoport szorosan összehangolt együttműködését követeli meg. Ebben a munkamegosztásban az orvos résztvevő feladata a gyógyszer

beadása és a kezelt személy biztonságának védelme. Ezen utóbbi feladat keretében önállóan dönthet a kezelés megszakításáról, amennyiben a vizsgált személy biztonsága ezt megköveteli. Azonban még ilyen extrém helyzetben is a csoporttal tudományosan egyeztetve kell meghatározni a kezelés biztonságos megszakításának módját és idejét. Ilyen különleges esetektől eltekintve a fejlett terápiás készítmények fejlesztésekor, illetve terápiás alkalmazásakor a gyógyszer alkalmazását végző csoport orvos és nem-orvos végzettségű tagjai szakmailag és tudományosan egyenrangú döntési felelősséggel rendelkező résztvevői a beavatkozásnak. A géneket, sejteket vagy módosított szöveteket tartalmazó készítmények beteg-specifikus elkészítése, minőségének biztosítása eltérő szakmai képzettségeket igényel. A különböző szakmákat képviselő kezelési csoport tagjai csak közösen, a beavatkozás valamennyi részletét figyelembe véve, együttes döntéseket hozva tudják a beavatkozás sikerét és biztonságát garantálni.

Az összetett, több szakmát képviselő orvosi munkacsoportok együttes munkája egy jelentős új etikai kérdést vet fel, nevezetesen, hogy milyen etikai felelősség terheli a nem-orvos résztvevőket a komplex klinikai gyógyszervizsgáló, illetve gyógyszerterápiás munkacsoportokon belül. A kérdésnek több vonatkozása van. A gyógyszerfejlesztés vagy terápiás beavatkozás tervezésekor a nem-klinikai elméleti kutatóknak is részt kell vállalniuk a vizsgálati, illetve terápiás terv kialakításában. Össze kell egyeztetniük a módszereik hatásosságát, biztonságát, illetve mérési pontosságát a vizsgálati személy fizikai és pszichés terhelhetőségével. Választ kell adniuk arra is, hogy közvetlenül a beavatkozás kapcsán a vizsgált személy számára egyedileg készített gyógyszernek milyen minőségi követelményeknek kell megfelelnie ahhoz, hogy eredményesen és biztonságosan alkalmazható legyen. Sok esetben a betegől nyerhető szomatikus sejtek mennyisége nem elegendő az egyedi sejterápiás készítmény elkészítéséhez, vagy gondot jelenthet a génterápiás készítmény kellő mennyiségű bevitel. További megválaszolandó kérdés, hogy a vizsgálat során szükséges kontrollvizsgálatokhoz mennyi biológiai mintát lehet venni. Ezenkívül azt is biztosítani kell, hogy megfelelő érzékenységgű mérő módszerek álljanak rendelkezésre. Több szakma együttműködése esetében az egyes szakmák követelményei és tudományos érdekei ellentétesek lehetnek. E szempontokat a vizsgálati terv összeállításakor kell közösen, minden szempont gondos elemzésével tisztázni. A tervezett beavatkozás során azonban váratlan helyzetek keletkezhetnek, melyek a vizs-

gált személy biztonsága érdekében gyors döntéseket igényelnek. Ilyenkor is a közös döntés a siker kulcsa. Egyedi döntést csak a vizsgálatot vezető orvos hozhat, amennyiben a vizsgált személy komoly károsodásának veszélyét kell elhárítani. Noha ezekben a döntésekben szakmai kérdéseket kell megoldania, minden alkalom szakmai-etikai problémák is felvetődnek.

A klinikai kutatás etikai kérdéseit összefoglalóan taglalja az Orvosi Világszövetség által kidolgozott Helsinki Nyilatkozat. A Nyilatkozat részletes előírásai biztos támpontot nyújtanak a vizsgálatot végző személyeknek az etikailag megkövetelt, helyes eljárásról az embereken végzett kutatások során. A Nyilatkozat a preambulumban foglaltak szerint a korábbi porosz állásfoglaláshoz hasonlóan abból indul ki, hogy az emberen végzett gyógyszervizsgálatok az orvosok hatáskörébe tartoznak:

9. „Az orvosi kutatásban részt vevő orvos kötelessége, hogy a kutatás alanyainak életét, egészségét, emberi méltóságát, épségét, önrendelkezéshez, magánélethez és titoktartáshoz fűződő jogát megvédje. A kutatási alanyok védelméért a felelősséget mindig az orvos vagy más egészségügyi szakember köteles viselni és az soha nem hárítható a kutatási alanyokra, jöllehet a részvételhez beleegyezésüket adták.”

A továbbiakban a vizsgálat végzéséhez szükséges feltételekre is kitér a Nyilatkozat:

12. „Embereken végzett orvosi kutatást csakis megfelelő etikai és tudományos képzettséggel és minősítéssel rendelkező személyek végezhetnek. A betegek és egészséges önkénteseken végzett kutatásokhoz mindig szükséges hozzáértő és megfelelően képzett orvos vagy más egészségügyi szakember felügyelete.”

Az ICH Harmonised Guideline for Good Clinical Practice E6(R2) 2016-ban megjelent felújított változata folytatja ezt a gondolatot, azonban itt már utalás történik a multidiszciplináris kutatásra. A kutatás vezetőjének kötelessége a megfelelő szakértők névsorát feltüntetni, akiket jelentős kutatási feladatok ellátásával bízott meg. A WHO közreműködésével kidolgozott CIOMS guideline (International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans) felhívja a figyelmet arra, hogy a humán vizsgálatban résztvevő valamennyi kutatónak megfelelő szakképzéssel és tapasztalattal kell rendelkeznie. Ez a feltétel a szakmai képzésen túl magába foglalja a humán vizsgálatok végzéséhez szükséges etikai ismereteket is. Noha az

újabb tudományos eredmények ismeretében már utalások történnek további szakmák képviselőinek részvételére a humán kísérletekben, ezek etikai felelősségét a fenti dokumentumok nem említik, azaz gyakorlatilag a vizsgálat orvos vezetőjére hárul az egész etikai felelősség.

Ez a hozzáállás azonban a rendkívül változatos hatásmechanizmussal rendelkező fejlett terápiás készítmények alkalmazásakor már nem tűnik kielégítőnek. Ezért az IFAPP Etikai Munkacsoportja úgy döntött, hogy szükséges felmérni a nem-klinikus szakemberek etikai felelősségét a komplex, multiprofessionális klinikai munkacsoportok tevékenysége során. Pharmaceutical medicine, vagyis a klinikai gyógyszerfejlesztés egy klinikai tudományos szakirány, mely a gyógyszerek kutatásával, fejlesztésével, értékelésével, törzskönyvezésével, ellenőrzésével, valamint a gyógyszer forgalmazás orvosi vonatkozásaival foglalkozik a betegek és a népegészségügy javára. Az International Federation of Associations of Pharmaceutical Physicians and Pharmaceutical Medicine (IFAPP) társaságot a gyógyszeriparban dolgozó orvosok alapították 1975-ben. A társaság feladatából adódóan a klinikai gyógyszerkutatás etikai kérdései mindig a Társaság egyik fő témáját képezték. E munka eredménye volt a 2003-ban közreadott IFAPP International Code of Ethical Conduct for Pharmaceutical Physicians című kiadvány, melyben először foglalkoztak részletesen a klinikai gyógyszerfejlesztés, alkalmazás, kereskedelmi forgalmazás speciális etikai kérdéseivel. Természetesen az IFAPP által kidolgozott szakirányú irányelvek támaszkodnak a humán kísérletekre vonatkozó korábban leírt általános útmutatásokra.

Az elmúlt évtizedben a gyógyszerkutatásban lezajlott forradalmi újítások és a megjelent új gyógyszer típusok által felvetett etikai kérdések miatt a Társaság úgy ítélte meg, hogy időszzerűvé vált a korábbi IFAPP etikai irányelvek felújítása. Ezt a feladatot a Társaság Etikai Munkabizottsága kapta meg. A munkában európai, É- és D-amerikai, ázsiai és ausztrál klinikus és gyógyszergyári szakemberek vettek részt. Számos Kolléga ezenkívül jelentős tapasztalattal rendelkezik fejlődő országokban végzett vizsgálatok terén. [Sandor Kerpel-Fronius* (Hungary), Sander Becker, (Australia), Jane Barrett (UK), Johan Brun (Sweden), Roberto Carlesi (Italy), Anthony Chan (Ireland), Luis Collia (Argentina), Dominique Dubois (Belgium), Peter Kleist (Switzerland), Greg Koski (USA), Chieko Kurihara (Japan), Luis Filipe Laranjeira (Portugal), Johanna Schenk (Germany), and Honorio Silva (USA)].

A felújított IFAPP etikai dokumentum címében az irányelv szót keretrendszer kifejezéssel helyettesítettük. Úgy véltük, hogy az irányelv kifejezésnek kifejezett fegyelmelési vonzata van, mely adott esetben rendreutasítást is vonhat maga után. Az etikai követelmények inkább az elvárható helyes magatartásra ösztönöznek az embertársak együttélésének megkönnyítésére. A rendkívül eltérő felépítésű és hatásmechanizmusú fejlett terápiás készítmények esetében még nehezebb specifikus etikai követelményeket megfogalmazni. Ezért helyesebbnek gondoltuk egy keretrendszerbe gyűjteni azokat az elveket, melyek egyaránt segítik az orvos és nem-orvos képzettségű szakembereket, hogy az adott helyzetekben a legmegfelelőbb etikai eljárásokat alkalmazzák. Ilyen megfontolások alapján, hosszabb vita után alakult ki az etikai állásfoglalás címe: „Az IFAPP nemzetközi etikai keretrendszere a klinikai gyógyszerfejlesztő orvosok és gyógyszerfejlesztő kutatók számára” [„IFAPP international ethics framework for pharmaceutical physicians (PPs) and medicines development scientists (MDSs)”].

A gyógyszerfejlesztő kutató kifejezés nem-orvos diplomával rendelkező kutatókra utal, akik a természettudományok különböző területein, gyógyszerészetben, orvosi műszeriparban tevékenykednek, megfelelő képzéssel rendelkeznek a nem-klinikai és klinikai gyógyszerfejlesztés terén, és szükség szerint aktívan részt vesznek klinikai gyógyszervizsgálatok kivitelezésében. Noha az IFAPP alap célkitűzése a gyógyszeriparban dolgozó orvosok számára különálló orvosi szakképesítés elismertetése, jelenleg csak három országban, Angliában, Írországbán és Svájcban létezik különálló pharmaceutical medicine orvosi szakvizsga. Az aránylag kisszámú gyógyszeripari orvosszakértő számára a különálló szakképesítés bevezetése számos, kisebb gyógyszeriparral rendelkező országban bizonytalannak tűnik. A fentiekben ismertetett komplex készítmények megjelenésével párhuzamosan egyre nagyobb számmal kéri nem-orvos gyógyszerfejlesztő szakemberek felvételüket az IFAPP nemzeti társaságokba. Ma már a társasági tagok közel 50%-a nem-orvos diplomás gyógyszerfejlesztő szakember. Önmagában ez a jelentős részesedés a nem-klinikai és klinikai gyógyszerfejlesztésben is indokolja, hogy az IFAPP foglalkozzon speciális feladataik etikai kérdéseivel.

A pharmaceutical medicine kifejezést nagyon nehéz magyarra lefordítani. Talán a legjobban kifejezi a szakma tartalmát a klinikai gyógyszerkutatás.

Ez a kifejezés azonban nem foglalja magába a gyógyszerfejlesztés egész tartományát. A gyógyszerfejlesztés gyakorlatilag azzal a döntéssel indul, amely egy kedvező tulajdonságokkal rendelkező molekulát elindít a klinikai gyógyszerfejlesztést megelőző, előkészítő nem-klinikai gyógyszerfejlesztés útján. Ezeket a vizsgálatokat már a gyógyszerbevezetés pontosan meghatározott elvei szerint kell végrehajtani.

Nagyon sok gondot okoz az elméleti, akadémiai kutatás és az ipari gyógyszerfejlesztés közötti határ átlépése. Sajnos a gyakorlat azt mutatja, hogy az akadémiai kutatások alapján klinikai alkalmazásra javasolt gyógyszerek, illetve a klinikai kutatásban és gyógyszerfejlesztésben egyre jelentősebb szerepet játszó biomarkerek leírt kedvező tulajdonságai gyakran nem reprodukálhatók a gyógyszerfejlesztés által megkövetelt igen szigorú feltételek mellett. Feltehetően egy szisztémás hibával állunk szemben, mely az akadémiai gyógyszerkutatás jellegében és körülményeiben gyökerezik. Ritka esetben azonban sajnos a csalás, esetleg az adatok összességének nem kielégítő, hiányos közlése sem zárható ki.

Elsősorban a belső és külső validitás nem megfelelő biztosítása járul hozzá az akadémiai vizsgálatok megbízhatatlanságához. A belső validitás arra utal, mennyire zárja ki a vizsgálat terve és kivitelezése a tévedés (bias) lehetőségét. Itt olyan egyszerű megoldások alkalmazása nyújthat megoldást, mint például a kísérleti állatok randomizációja, és az eredmények dupla vak értékelése. A külső validitás jelzi, hogy az állatkísérletek mennyire szolgálnak megfelelő alapot az eredmények humán betegségek gyógyszeres kezelésére történő kiterjesztésére. Itt az állati betegségmodellek eltérése a humán betegségtől jelent gondot. Sok esetben a tünetek azonosak, azonban a betegség pathomechanizmusa teljesen eltérő. Ilyen körülmények között természetesen nehéz a humán betegségek oki kezelésére alkalmas gyógyszerek azonosítása. Az elmúlt években például sikerült az átoltott, kísérletes egértumorkokat gyógyítani, de ezek a modellek nem vezettek a humán tumorok jelentős többségének meggyógyításához. Az elméleti és gyakorlati kutatás közötti átmenet nehézségei nemcsak jelentős elvi és anyagi gondot okoznak a gyógyszerfejlesztés számára, hanem komoly etikai problémákat is jelentenek. Ennél fontosabb, hogy a téves adatok félrevezethetik a klinikai kutatókat, az etikai bizottságokat. Ez különösen jelentős veszélyt jelenthet a korai klinikai vizsgálatok során. Éppen ezért a nem-orvos gyógyszerfejlesztők egyik legfonto-

sabb tudományos és messzemenő etikai felelősséggel járó feladata az állatkísérletek eredményeinek biztonságos átvétele a humán gyakorlatba.

A transzlációs medicina koncepciója jelentősen biztosabbá tette a gyógyszerkutatás állat-humán átmenetét az elmúlt években. Ennek alapján a nem-klinikai gyógyszerkutatás és klinikai gyógyszerfejlesztés mezsgyéjén megjelentek az ún. mikrodózisú (fázis 0) vizsgálatok, melyekben igen alacsony, az emberekre feltehetően veszélyt nem jelentő gyógyszeradagokkal igyekeznek a kiválasztott gyógyszer humán hatásait vizsgálni. Ez a feladat a fejlett terápiás készítmények esetében gyakran az állatkísérletekben kifejlesztett komplex terápiás eljárások alkalmazását is jelenti a humán gyakorlatban, mely gyakran magába foglalja az egyedi gyógyszerterápiás készítmény létrehozását, állatkísérletekben kifejlesztett új beviteli módok alkalmazását emberben. Ezeknek a komplex eljárásoknak a humán alkalmazásában a nem-orvos résztvevőknek kiemelten fontos szerep jut, természetesen szorosan együttműködve a klinikus kutatókkal.

Valamennyi humán vizsgáló etikai alapelveit alapképzettségüktől függetlenül egyaránt a korábban tárgyalt etikai dokumentumok határozzák meg. A Belmont Report értelmezésében a legfőbb etikai elvek a vizsgált személy autonómiájának tisztelete, a jóakarat és az igazságosság, melyek megvalósulását a Helsinki Nyilatkozatban lefektetett elvek biztosítják. Ehhez számos további etikai megfontolás kapcsolódik: konfidencialitás, szubszidiaritás, szolidaritás és természetesen a társadalom iránti kötelezettség. Az etikai elveknek megfelelő döntések meghozatala nem minden esetben könnyű feladat, hiszen szakmai felkészültségük és érdekeik alapján a vizsgálatok során felmerülő helyzetekben a résztvevők véleményei eltérőek lehetnek. Nem-életveszélyes komplikációk esetén közösen kell mérlegelni a vizsgált személy elfogadható fizikai és pszichés terhelhetőségét, valamint a tudományos cél megvalósításának szükségességét a társadalom érdekeinek megfelelően. Az első szempont kiemelten az orvos résztvevő szempontjából döntő jelentőségű, míg a második cél elérése kifejezettebben a résztvevő kutatók érdekkörébe esik. Fontos kihangsúlyozni, hogy ilyen esetekben nem az etikai elvek megtagadásáról van szó, hanem az etikai elvek közötti súlyozás lehet eltérő a résztvevők között. Pszichológiai kísérletekben bizonyítani lehetett, hogy különböző képzettségű személyek más-más etikai döntést helyeznek előnybe, ha a kísérletes helyzet feltételeit módosították. Ki kell hangsúlyozni azonban, hogy a vizsgált sze-

mély súlyos veszélyeztetése esetén az orvos résztvevő döntése az egyedül mérvadó, hiszen a vizsgált személy biztonságának védelme az orvos vizsgáló feladata. Valamennyi résztvevőnek fontos közös kötelessége annak biztosítása, hogy a nem-klinikus végzettségű vizsgálok ne befolyásolják a betegeket vagy a közvéleményt olyan tudományos eredményekkel, melyeket előzőleg a kezelő orvos nem helyezett megfelelő orvosi információs környezetbe.

Az IFAPP etikai munkacsoportja a klinikai vizsgálatok során előforduló számos kérdésben igyekezett javaslatokat megfogalmazni. Ezek közül csak néhány kérdést kívánok említeni e rövid összefoglalóban.

- A kompetencia és gondosság körébe tartozik, hogy a munkacsoportokban orvos és amennyiben szükséges, megfelelő képzettségű alapkutató legyen képviselve a szükséges szakmai egyensúly biztosítására. Fontos továbbá a résztvevők számára a humán vizsgálatok követelményeinek megfelelő etikai képzés biztosítása.
- Komoly gondot szokott okozni a vizsgálati terv kialakításakor a biológiai minták nagyságának meghatározása, melyeknek a szükséglet szerint lehető legkisebb mértékűeknek kell lenniük.
- Természetesen ennek feltétele, hogy az alkalmazott tudományos módszerek a lehető legnagyobb érzékenységgel és megbízhatósággal rendelkezzenek. A szükséges kompromisszumok tudományos és etikai meghatározása komoly szakmai kihívást jelent minden munkacsoport számára.
- A vizsgált személyek biztonsága miatt a fázis I dózisztitrálási vizsgálatokban nagyon fontos, hogy dózisemelés előtt valamennyi személy valamennyi adata értékelésre kerüljön, és csak a résztvevő különböző képzettségű szakemberek egyöntetű döntése után kerüljön sor a következő adagolási lépcső vizsgálatára.
- A szakmák együttműködésére természetesen a vizsgálati terv etikai bizottsági értékelésekor is nagy szükség van. Ez jelentős gondot jelent kisebb kórházak esetében. Ezért számos országban, így Magyarországon is, közös nagy országos vagy regionális etikai bizottságok alakultak a szakmai kompetencia növelése céljából.

A multiprofesszionális munkacsoportok folyamatos, eredményes működésének biztosítása jelentős szervező munkát és etikai mérlegelést igényel. Minden problémát, mely megakadályozhatja azt, hogy más szakmákhoz tartozó kollégák saját szervezetük szabályait követhessék, gondosan fel kell

tárni és megfelelő megoldást kell találni az eredményes együttműködéshez még a vizsgálat megkezdése előtt. Még jelentősebb feladatot jelent az egyre gyakrabban előforduló együttműködés biztosítása a beteg-szervezetekkel a klinikai kutató csoportokban. Sajátos szerepük teljes megértését kívánja meg a csoport szakmai résztvevőitől, de természetesen hasonló tudományos és etikai megértés várható el a beteg-szervezetek tagjaitól is.

Összefoglalva megállapítható, hogy a tudomány fejlődésével együtt járó új kihívások az etikai elvek folyamatos adaptálását teszik szükségessé. A komplex orvosi gyógyszerfejlesztési csoportok valamennyi résztvevőjének együttesen kell viselnie a klinikai vizsgálat tervezésével és kivitelezésével kapcsolatos tudományos és etikai felelősséget.

Prof. Dr. Pintér András
emeritus professzor

Hippocrates vagy Taigetos: etikai dilemmák az újszülöttsebészetben

A közelmúltban egy amerikai kórháznak jelentős anyagi kártérítést kellett fizetni egy családnak, mivel a kis súlyú, súlyos agyi károsodással világra jött újszülöttet a szülők kérése ellenére életben tartották. Ez a történet és sok más, bírósági szakaszba nem jutó etikai jellegű eset számos kérdést vet fel, melyekkel egyre gyakrabban szembesülünk.

Évezredek óta **vitatott kérdés**, hogy mi történjen a súlyos fejlődési rendellenességgel világra jött újszülöttel. **Ezen örök etikai kérdést** két egymással merőben szemben álló álláspont jellemezte. Az ismert hippocratesi eskü útmutatásával (Nil nocere, salus agroti suprema lex) szemben áll a görög Taigetos gyakorlata, vagy a skandináv halászok ősi törvénye. „Minden újszülöttet fel kell nevelni kivéve azokat, akik deformitással születtek. Őket ki kell vinni a tengerpartra és el kell őket ásni ott, ahol sem ember, sem állat nem jár”.

Mi változott az elmúlt 1-2 évezredben? Semmi! Ma is a fenti két szélsőséges nézet között igyekszünk a beteget, a szülőket, a hagyományokat, az ugrásra készülő jogászokat és saját lelkiismeretünket megnyugtatni. Ugyanakkor helyzetünk ma még nehezebbé vált, mert ma már nemcsak a fejlődési rendellenességgel világra jött újszülöttekről kell véleményt mondanunk, hanem a magzat valószínűsített malformációjáról is nyilatkoznunk kell.

Előadásomban megkísérlek olyan **gyakorlati** iránytűt adni, mely segíthet a szélsőséges nézetek között navigálni. A javaslattevés – és nem döntéshozatal – bonyolult és hosszú folyamat, mely során fontos elméleti és gyakorlati kérdéseket kell megválaszolni.

Mik ezek a filozófiai kérdésfeltevések, melyeket javaslattevésünk során figyelembe kell venni?

- Az élet értékének elemzése.
- A szülői jog határa.
- Mi az újszülött legjobb érdeke?
- A személyiség kérdése.

Ad.1. / Az élet értékének értelmezése

A vitalista szemlélet szerint az emberi élet olyan kategória, mely magasabb érték, mint az élet minősége, vagy az életben tartás költsége. Eszerint minden újszülöttet életben kell tartani, függetlenül attól, hogy milyenek a beteg életkilátásai. Ezzel a „vitalista” nézettel áll szemben az „objektivista” álláspont, mely jól meghatározható kritériumok – gestatio kor, születési súly, anatómiai és morfológiai anomáliák – alapján mond véleményt és dönt a kezelés szükségességéről.

Ad.2. / Szülői jog kérdése

A szülők jogai már a régi társadalomban is igen erősek voltak. A szülők döntenek a gyermek fogantatásáról, a terhesség megszakításáról, a gyermek iskoláztatásáról, vallási neveléséről, több országban a szülők néhány éves korában eldönthetik, hogy kivel kössön házasságot. Ha a szülőknek biztosítja a törvény a jogot, hogy szabadon dönthessenek gyermekük sorsáról szinte minden kérdésben, akkor miért kellene ezt a jogot elvenni tőlük egy súlyos, esetleg reménytelen fejlődési rendelleneséges újszülött esetében.

1982-ben Indiana államban (USA) 31 éves anya harmadik terhességéből (két egészséges gyermeke már volt) fiú született oesophagus atresiával, tracheo-oesophagealis fistulával és Down-kórral (2722 g). A szülők nem egyeztek bele a műtétbe. A beteg csak nyugtatót és fájdalomcsillapítót kapott, a 6. napon meghalt. Az eset igen heves vitát váltott ki. Az USA Department of Health and Human Service igen határozott – sokak által csak nehezen indokolható és elfogadható – törvényt hozott a szülőkkel és az orvosokkal szemben a károsított újszülött jogainak védelmére.

Ha a szülőnek biztosítja a törvény és a társadalom a jogot, hogy szabadon dönthessen gyermeke sorsáról, akkor miért kellene (miért szabadna) ezt a jogot tőlünk elvenni tőlük egy súlyos, esetleg reménytelen szomatikus és/vagy mentális fejlődési rendelleneséges újszülött esetében? A fetus, az újszülött nem tud dönteni sorsáról. A szülő döntési joga általában akkor kerül előtérbe, ha a jog és az erkölcs nem tud útmutatást adni. Ugyanakkor a szülők döntési szabadsága nem végtelen. Egy operálható anomália esetén (pl. duodenum atresia) nem utasíthatja vissza a kezelést. De sokkal bonyolultabb a helyzet, ha ez a patkóbél-elzáródásos újszülött Down-kóros is. Ezzel kapcsolatos a neonatológia egy igen ismertté vált jogi esete (Baby Doe).

Ad.3./ Mi magzat és az újszülött „legjobb érdeke”?

Talán ez legvitatottabb és legnehezebben megválaszolható kérdés, melyet különböző csoportok, az egyház, a filozófia, a vallás, a szülők, az orvosok különbözőképpen ítélnek meg. Minden javaslatételnél figyelembe kell venni annak hosszútávú hatását, a gyógyítási lehetőségeket, az ápolási igényeket, melyet jól érzékeltet az alábbi, rövid esetismertetés.

Az USA-ban fiatal házaspár gyermeke rekeszsérvvvel, a két felső végtag és a jobb alsó lábszár hiányával született. A szülők nem egyeztek bele a rekeszsérvműtétbe. A kórház etikai bizottsága azonnal összeült és a rekeszsérvműtét elvégzését javasolták azzal az indokkal, hogy az élet későbbi minősége nem ítélnél meg, mivel a jövőben a jelenleginél jobb végtagprotézisek készülhetnek.

Ad.4. / Személyiség kérdése

Ezeket főleg olyan fejlett agyi képességek jellemzik, amelyekkel az újszülött még nem rendelkezik, gyakran csak a későbbi élet során alakulnak ki. Ilyen pl. az öntudat, érzékenység, jövőképzés, tud-e majd környezetével kommunikálni, ki tudja-e érzéseit fejezni, megérti-e környezete feléje irányuló megnyilvánulásait? Down-kóros betegek egy része nem rendelkezik ezen képességgel. Egy példa a személyiség kérdésére.

Milyen funkcionális és mentális képességeket kell értékelni etikai véleményünk, javaslatunk meghozatalában?

- kommunikációs képesség - beszéd
- független élet folytatása – legalább önmagát tudja ellátni
- orvosi-egészségügyi gondoskodás mértéke
- várható élettartam – pl. Edward syndroma
- fog-e szenvedni a beteg?
- mekkora teher a család és a társadalom számára

Etikai javaslatételünk meghozatalában segít, ha a fejlődési rendelleneséges magzatokat és újszülötteket súlyosság szerinti csoportokra osztjuk.

Az 1. csoportba azok a magzatok és újszülöttek kerülnek, akikben teljes gyógyulás várható (oesophagus atresia, omphalocele). A 2. csoportba tartozókkal megközelítőleg normális élet biztosítható (magas anorectalis atresia, hátsó urethra-billentyű). A 3. csoportba a súlyos fizikai károsodásos újszülöttek kerülnek (meningomyelocele, cloaca anomália). A 4. csoportban az

1-3. csoport anomáliái mellett nem súlyos mentális károsodása is van a betegnek (pl. Down kór vagy hydrocephalus). Az 5. csoportba tartozóknál a mentális érintettség már súlyos (pl. agyvérzés), míg a 6. csoportba pedig az életképtelen újszülöttek tartoznak.

A javaslatétel alapvető feltétele, hogy azt az érintett szakemberek - nőgyógyászok, képpalkotók, genetikusok, idegsebészek, gyermeksebészek - KÖZÖSEN, szakmai vitákban, egymás szempontjainak elismerésével hozzák meg javaslatukat, tehát akkor, amikor a fejlődési rendellenesség lehetősége felmerül és még mielőtt az ultrahangos, szülész-nőgyógyász vagy szülész tájékoztatja a szülőket az anomália lényegéről, kezelhetőségéről és a valószínű kórjóslatról.

A javaslatétel algoritmus a következő. A javaslattevő team a prae-natalis szakban indokolt esetben javaslatot tehet a terhesség megszakítására, vagy a terhesség megtartására. A terhesség megtartása esetén, az már szakmai kérdés, hogy a szülés milyen úton történjen, illetve, hogy az programozott szülés legyen-e. Megszületés után dönthetünk a kezelés megkezdéséről, vagy a nem-kezelésről, azonban nem-kezelés esetén, ha mégis később úgy alakul, elkezdhető a kezelés. Reménytelen esetekben pedig a megkezdett kezelés leállítható.

Lehet-e a szülőket jól informálni? A válasz: nem. Bármilyen világosan is magyarázzuk meg a szülőknél az anomália lényegét, kezelhetőségét, kórjóslatát, mindig figyelembe kell venni, hogy a szülő e téren tudatlan. Mindenképpen időt kell hagynunk a szülőknél, hogy feldolgozzák ezt a feldolgozhatatlan élményt.

Milyen legyen a szülői tájékoztatás? A korábbi **diktáló jellegű** tájékoztatást felváltotta a **felvilágosító** jellegű informálás. A leghasznosabbnak tűnik a **részletes** és **lépcsőzetes**, a szülőket a **döntési mechanizmusba bevonó** objektív tájékoztatás.

A szülők a következő kérdésekre várnak választ:

- mi az anomália lényege?
- mi okozta a problémát?
- mi az újszülött túlélési lehetősége?
- mi a tervezett műtét lényege?
- milyen lesz a műtét utáni szak?
- kórjóslat egy hosszútávú életre

Mi van akkor, ha a kezelést szakmailag indokoltnak ítéljük meg, de a szülő abba nem egyezik bele? Forduljunk-e az intézeti etikai tanácshoz (ha van), esetek bírósághoz, bár erre hazánkban alig van példa. Mi van akkor, ha a szülő ragaszkodik az általunk reménytelennek ítélt újszülött kezeléséhez?

Külön kérdéscsoportot képvisel, hogy mi az orvosok joga és kötelessége e bonyolult problémakörben?

A Hippokratesi eskü szerint a beteget életben kell tartani, de ennek az eskünek vannak további részei is. Az orvos kötelessége az is, hogy megóvja a beteget a szenvedéstől és ne végezzen olyan kezelést, amely nem szolgálja a beteg érdekeit („best interest”), életben tartásával meghosszabbítja szenvedéseit.

Előadásom végén arra a szinte **megválaszolhatatlan** és **megkerülhetetlen** kérdéssel szeretnék foglalkozni, hogy mi történjen a reménytelen kórjóslatú újszülöttekkel.

Az 1970-es évek óta a tartós gépi lélegeztetés, parenteralis táplálás, ECMO, szervátültetés és néhány más gyógymód lehetőséget teremtett a korábban a születés után néhány nappal meghaló reménytelen kórjóslatú újszülöttek életben tartására. Ezen új helyzetben a neonatológusoknak, újszülött-sebészeknek két szomorú lehetőség között kellett választani, vagy az emberi életre nem alkalmas, nem élvezhető életet **hosszabbítják** meg a high technika alkalmazásával, vagy passzivitásunkkal – esetleg aktivitásunkkal – a szenvedést és súlyos anyagi terheket csökkentő halált választják. Így a kérdés most már nem mindig az, hogy **meg tudjuk-e** menteni a fejlődési rendellenes újszülött életét, hanem az, hogy **érdemes-e** megmenteni az életet.

A XX. század második felétől növekvő számban jelentek meg közlemények arról, hogy a kilátástalannak tartott betegek intenzív gyógyítását vagy el sem kezdték, vagy a már elkezdett, reménytelen kezelést abbahagyták.

Duff és Campbell 1973-ban számoltak be először az orvosi irodalomban a kezelés leállításáról olyan újszülöttekben, akikben az igen rossz kórjóslat miatt a kezelést céltalannak ítélték meg.

Cuttini és munkatársai 7 nyugat-európai ország 122 intenzív osztályán végzett felmérése alapján jelentős különbséget regisztráltak az orvosok döntési mechanizmusában. A válaszadók jelentős része a reménytelen esetekben el sem kezdte el a gépi lélegeztetést, vagy az később leállították.

Wall és Partridge 165 újszülött halálának elemzése során 44-ben az újszülött haláláig folytatták, 13-ban el sem kezdték, míg 108 újszülöttben leállították a kezelést.

Hollandia e téren nemcsak számunkra, hanem Európa számára is új utakon jár. A Rotterdami Egyetem Sophia Children's Hospital intenzív osztályán az elmúlt 5 évben 104 beteg halt meg. A betegek több, mint fele úgy halt meg, hogy a kezelést el sem kezdték, vagy az eredménytelennek, kilátástalannak ítélt kezelést állították le. A hollandiai Gröningen Egyetemi Kórház neonatológusai 2005-ben protokollt közöltek a New Eng. J of Medicine-ben, hogy indokolt esetben miként lehet aktívan a reménytelen kórjóslatú újszülöttet halálba segíteni.

Kikerülhetetlen etikai problémák sorával szembesülhetünk nap, mint nap. Mi történjen azzal az újszülöttel, akiben a kezeléssel leálltunk? Milyen kezelést kapjanak addig? Le merjük-e állítani a teljes parenterális táplálást egy vékonybél nélküli újszülöttben, vagy a respirátort egy súlyosan agyvérzett újszülött esetében? Mit tegyünk akkor, ha a kezelést orvosilag indokoltnak tartjuk, de a szülő nem egyezett bele abba? Szülői engedély nélkül kezeljük (operáljuk) a beteget vagy forduljunk bírósághoz műtéti engedélyért? Fogadjuk el a szülő döntését?

Mi lesz etikai állásfoglalásunk? Fetális sebészet várható fejlődése: nagy biztonsággal lehetővé válik a méhen belül pontosan kórismézett, a megszületés után csak kisebb eséllyel vagy esélytelenül kezelhető fejlődési rendellenesség gyógyítása, de a mater nem egyezik bele az intrauterin műtétbe? És végül figyelembe kell venni az úgynevezett társadalmi erkölcsöt is. Jogunkban áll 612 hónapos parenterális táplálást alkalmazni egy 1015 cm-es bélel rendelkező újszülöttben? Költhetünk-e sok millió forintot egy igen bizonytalan kezelésre, amikor nincs elegendő pénz a sokkal nagyobb életkilátású újszülöttek, betegek gyógyítására?

Felmerül az a kérdés is, hogy hol tanuljuk meg az etikát? Egyetemen nem oktatják kielégítően: USA-ban és Kanadában a gyermeksebészeti szakorvosi képzési programban levő 107 fiatal orvost kérdeztek meg, hogy mi a véleményük etikai képzésükről általános sebész és gyermeksebészeti tréningjük során oktatták-e őket e kérdésben. 88%-uk csak a betegellátás során találkozott etikai kérdésekkel. A fiatal orvosok eseteken alapuló gyakorlatias bioetikai oktatást tartottak szükségesnek.

Az etikai problémák az emberi kapcsolatok elkerülhetetlen jellemzői, melyek gyökerei mélyen visszanyúlnak kulturális és történelmi hagyományainkba. Ezek az etikai problémák károsított magzatok és újszülöttek esetében felerősödnek, amikor az újszülött „**legjobb érdekét**” kell megtalálni a **helyes** és a **helytelen** között, és megtenni az **adott körülmények közötti legjobb** javaslattevést. Ezután már a kellően tájékoztatott szülők **átgondolt döntéseit** egy **bizonyos határon** belül el kell fogadni, tiszteletben kell tartani, mert ennek következményeit nem mi, hanem ők, a szülők fogják majd egy életen keresztül viselni.

Joggal merül fel a kérdés, hogy mi alakítja ki etikai felfogásunkat? Szerteágazó filozófiai és morális tradíciók. Ezek általában épp olyan nehezen követhetők, mint a társadalom vallásos meggondolásai. A jog megpróbál ezekben a kérdésekben rendszert kiépíteni, amely azonban nemcsak hazánkban, hanem a világ más országaiban sem sikerült. Tudomásom szerint csupán Hollandiában és az Egyesült Királyságban jutott át néhány ilyen jellegű etikai kérdés a bírósági szakig.

Alapelvként elfogadhatjuk, hogyha a jog és a szakma nem tud javaslatot tenni, a kellően informált szülő joga, hogy döntést meghozza.

Tisztelt Hallgatóság!

Előadásomban a ma problémáival foglalkoztam. A holnap valószínűleg ma még alig sejthető további etikai dilemmákkal szembesít bennünket, mint például a bérnyaság, a klónozás, fetális sebészet, génszövet, szerv-transzplantáció.

Előadásomat egy Indiából származó gondolattal fejezem be: „Isten adj tisztánlátást, hogy el tudjam fogadni azt, ahol nem tudok segíteni, adj erőt, hogy változtassak ott, ahol tudok és adj bölcsességet, hogy lássam, hol van a különbség a kettő között.”

TARTALOMJEGYZÉK

Prof. Dr. Szelényi Zoltán Moderátori szöveg	5
Prof. Dr. Kellermayer Miklós „Titkok bizonyossága a tudomány csúcsa”	9
Dr. Udvardy György, pécsi megyéspüspök „Egészség, ember, megváltás”	11
Dr. Derényi Gábor „Az igaz példa”	18
Prof. Dr. Szelényi Zoltán „Johann Sebastian Bach lutheránus miséiről a Reformáció jubileuma jegyében”	22
Prof. Dr. Csókay András „ Idegsebészet és hétköznapi misztika”	27
Prof. Dr. Kerpel-Fronius Sándor „Klinikai vizsgáló csoportokban együttműködő nem-orvos képzettségű kutatók etikai felelőssége”	31
Prof. Dr. Pintér András „Hippocrates vagy Taigetos: etikai dilemmák az újszülött sebészetben”	41

