

SZÜLÉSZETI PREVENCIÓS TEVÉKENYSÉG AZ ALAPELLÁTÁSBAN

Póka Róbert dr.

*Debreceni Egyetem, ÁOK,
Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet,
Debrecen*



O L O . H U

A cikk online változata

megtekinthető a

www.olo.hu weboldalon.

Az egészségügyi ellátásban vezető helyet érdemlő prevenció típusai között a primer prevenció a leghatékonyabb. Könnyen belátható, hogy a szakorvosi erőforrásokat a beteg emberek ellátására érdemes koncentrálni, az egészségesek prevenció ellátását pedig inkább az életmód-tanácsadásra, az egészségmegőrzésre, az egészségi állapot és a betegségkockázat felmérésére, illetve prevencióra szakosodott személyzetre kell bízni.

VÁRANDÓSGONDOZÁS

A várandósgondozás lényege és célja a várandós nő egészségének megőrzése, a magzat egészséges fejlődésének és egészségesen történő megszületésének elősegítése, a veszélyeztetettség és a szövődmények megelőzése, illetve megfelelő időben történő felismerése, valamint a szülésre, a gyermek korai kötődésére, a szoptatásra és a csecsemőgondozásra való felkészítés. A várandósgondozás akkor kezdődik, amikor a szülész-nőgyógyász szakorvos a méhen belüli várandósságot megállapítja, a rizikóbesorolást elvégzi, és erről a várandós részére igazolást ad. Alacsony rizikójú a várandósság akkor, ha a várandós családi, egyéni, fertilitási és – nem első várandósság esetén – az előző várandósságra vonatkozó anamnézisében nincs olyan tényező, amely szakorvosi megítélés szerint az anya vagy a magzat egészségét hátrányosan befolyásolhatja. A várandósgondozás a szülés megindulásáig vagy a várandósság megszakadásáig tart. A várandósgondozás olyan komplex egészségügyi szolgáltatás, amely a védőnő, a háziorvos, a szülész-nőgyógyász szakorvos, a várandós választása esetén a szülésznő, a gyógyszerész, valamint a várandós együttműködésén alapul. A várandósgondozást a szülész-nőgyógyász szakorvos által megállapított alacsony rizikójú várandósság esetén a szülész-nőgyógyász szakorvos vagy

a szülésznő, magas rizikójú várandósság esetén kizárólag a szülész-nőgyógyász szakorvos végzi a védőnő és a háziorvos együttműködésével. A 2014-ben hatályba lépett várandósgondozási rendelet új fogalomként definiálja a felelős személyt. A várandós gondozásában felelős személy az a szülész-nőgyógyász szakorvos vagy szülésznő, akik a rizikóbesorolást követően a várandós gondozását végzik. A felelős személy és a védőnő feladatait a rendelet részletezi.

A háziorvos a gondozásba vételt követően:

- a:** kiemelt figyelmet fordít a várandós anamnézisére, amely alapján a feladatkörébe tartozó, indokolt vizsgálatokat elvégzi,
- b:** a várandósgondozási könyvben kitölti a vonatkozó szakmai irányelvben foglaltak szerint a rizikó megítéléséhez szükséges, rá vonatkozó részt,
- c:** szükség esetén a várandósságot a rizikóbesorolás felülvizsgálatának javaslatával a szülész-nőgyógyász szakorvoshoz irányítja, és a javaslatot a várandósgondozási könyvben rögzíti,
- d:** az 1. táblázat 2. pontjában szereplő, a várandósgondozási könyv részét képező beutaló kitöltésével a várandósságot az ott meghatározott vizsgálatokra beutalja,
- e:** a várandósságot az egészségi állapotának megfelelően további szakorvosi vizsgálatokra utalja, és

f: az általa végzett vizsgálatok eredményeit és az elrendelt vizsgálatokat rögzíti a várandósgondozási könyvben.

A szülész-nőgyógyász szakorvos a várandósgondozási könyvben rögzíti

a: azt a tényt, hogy a várandós a rizikóbesoroláson részt vett, és

b: rögzíti a háziorvosi felülvizsgálat eredményét.

Ha a háziorvos a rizikóbesorolás felülvizsgálatát javasolja, szülésznő csak akkor végezheti a várandós gondozását, ha a várandósgondozási könyv adataiból megállapítható, hogy a várandós a javasolt felülvizsgálaton részt vett, és a felülvizsgálat alkalmával a szülész-nőgyógyász szakorvos a várandósságát alacsony rizikócsoporthoz sorolta be.

Ha a várandóst már választott szülésznő gondozza és a szülész-nőgyógyász szakorvos a rizikóbesorolás felülvizsgálat során az addig alacsony rizikójú várandósságot magas rizikócsoporthoz sorolja be, a szülész-nőgyógyász szakorvos

a: erről a tényről a szülésznő a felelős személyt haladéktalanul tájékoztatja,

b: közli a várandóssal, hogy a várandósság magas rizikócsoporthoz történő besorolása miatt a várandóst szülésznő nem gondozhatja, és

c: javasolja a várandósnak, hogy haladéktalanul forduljon szülész-nőgyógyász szakorvoshoz, aki a továbbiakban a gondozását végzi.

A várandósgondozás során a várandós jogosult arra, hogy

a: a háziorvos legalább egy alkalommal,

b: a védőnő a gondozásba vételen kívül trimeszterenként legalább egy alkalommal, és

c: a szülész-nőgyógyász szakorvos vagy a szülésznő trimeszterenként legalább egy alkalommal gondozásban részesítse.

Ha a várandós állapota alapján szakmailag indokolt, a várandóst az előbb felsorolt előírásnál nagyobb gyakorisággal kell gondozásban részesíteni.

AZ ALAPELLÁTÁS ÉS A SZÜLÉSZETI SZAKELLÁTÁS KAPCSOLATA

Az alapellátás modern praxisközösségeinek tevékenységét az ellátandó népesség összetétele és sebezhetősége határozza meg. A közösségen belüli tevékenységek optimális háló-

ját alapvetően a populáció helyi adottságai és morbiditási mutatói határozzák meg. A praxisközösség által nyújtott szolgáltatások egységekké szerveződnek. A megelőző szolgáltatásokat nyújtó egységek közül három (egészségi állapot felmérése, életmód-tanácsadás, betegségkockázat felmérése) újnak tekinthető a magyar egészségügyi alapellátásban, a negyedik (a krónikus gondozás és a rehabilitáció) pedig a jelenleginél nagyobb hangsúlyt helyez a rehabilitációra.

Az egészségi állapot felmérése, az életmód-tanácsadás, a betegségkockázat felmérése népegészségügyi koordinációt igényel, hiszen ennek eredménye határozza meg a feladatot, a nem orvos végzettségű szakembergárda összetételét és munkáját. Az egyénre szabott, szűkebb értelemben vett várandósgondozás sem nélkülözi a helyi környezeti és morbiditási tényezők meghatározó szerepét. Szélsőséges példaként említhetjük például a veleszületett rendellenességek szűrésének esetét.

A VELESZÜLETETT RENDELLENESSEGEK SZŰRÉSE

A veleszületett rendellenességeket három csoportba soroljuk. Ezek között leggyakoribban (cca. 1:50) a strukturális rendellenességek, amelyek egy-egy szervrendszer alaki eltéréseit jelentik. Gyakoriságukban második helyen (cca. 1:700) állnak a kromozómarendellenességek, a harmadik csoportba soroljuk a monogénes rendellenességeket, amelyek előfordulási gyakorisága többnyire az egy ezreléket sem éri el. Évtizedeken át a velőcső-záródási rendellenességéből adódó nyitott gerinc volt a leggyakoribb veleszületett rendellenesség. Az 1980-as években zajlottak azok a klinikai vizsgálatok, amelyek igazolták, hogy az étrend napi 400 mikrogramm folsavval való kiegészítése negyedére csökkenti a spina bifida kialakulásának kockázatát. Azóta nemcsak „terhesvitamin-készítmények” hadserege, hanem a legkülönbözőbb élelmiszerekben adalékként alkalmazott folsav segíti a prevenciót. A 2 ezrelékre csökkent gyakoriságnak és a szülészeti ultrahangvizsgálatok fejlettségéből adódóan a spina bifida szűrése gyakorlatilag 100%-os érzékenységgé vált. A strukturális veleszületett rendellenességek gyakorisági listáját ma már a szív- és érrendszeri anomáliák vezetik.

A szív- és érrendszeri fejlődési rendellenességek előfordulása kiemelkedően magas olyan várandósok esetében, akiknek a várandósság első három (!) hetében a szénhidrát-anyag-

cseréje nem megfelelően szabályozott. A szénhidrátháztartás meghatározó paramétere a glikozilált hemoglobin (HbA_{1c}) szintje. Normális esetben a HbA_{1c} aránya 4%. Kórosan emelkedett HbA_{1c}-érték esetén növekszik a fejlődési rendellenesség kockázata, 10% fölött pedig biztosra vehető a szív- és érrendszeri malformáció kialakulása. Bár a jelenlegi várandós gondozási protokollban ennek a vizsgálatnak a perikoncepcionális (!) elvégzése még nem szerepel, de előbb-utóbb számíthatunk a bevezetésére, illetve az erre vonatkozó ajánlások megjelenésére.

Várandósságban az egyik leggyakoribb jelenség a vérszegénység. Bizonyos határon belül ezt nem is nevezhetjük betegségnek, hiszen a vér hígulásának élettani szerepe van a szív megnövekedett terhelése káros következményeitől való védelmében. Ennek ellenére az anyai és magzati morbiditás és mortalitás elismert másodlagos oki tényezője a terhességi anaemia. A várandósgondozásban különösen fontos tehát annak felmérése, hogy milyenek a célpopuláció táplálkozási szokásai, milyen a táplálékkal történő átlagos vasbevitel. A terjedőben lévő vegetáriánus étrend várandósságban komoly veszélyt jelenthet. Tudvalevő, hogy a vasanyagcsere rendkívül lassú, és a felszívódás nehézségei miatt a per os vaspótlás képtelen az üres vasraktárakat feltölteni. Ennek megfelelően a vasraktárak feltöltéséről, optimális esetben, már a várandósság tervezésekor érdemes gondoskodni. A korábbi alfejezetekben leírtakból világosan látható, hogy ekkor még sem a szülész-nőgyógyász, sem pedig a védőnő nincs „várandósgondozási” kontaktusban a klienssel, tehát az ideális alapellátási praxis praxisnővére és dietetikusa lesz az a személy, aki erről kellő felvilágosítást adhat, s intézkedhet a házi orvos bevonásáról a terhességi anaemia kialakulásának és következményeinek megelőzésében.

A veleszületett rendellenességek ismert okai között szerepelnek fertőző megbetegedések. Általánosságban elmondható, hogy a szexuális úton terjedő fertőző betegségek szűrése várandósságban Magyarországon nem indokolt. Hogy a várandósgondozásban mégis rutinszerűn tovább él a VDRL-(Venereal Diseases Research Laboratory) teszt, annak az az előnye, hogy évente százával kerülnek felismerésre olyan „fals pozitív” esetek, amelyekben a kardiopilinellenes antitestek jelenlétével igazolható autoimmun betegségére ez a vizsgálat hívja fel a figyelmet első alkalommal. Számos, nem nemi úton terjedő fertőzés okozhat vele-

született rendellenességet. Ezek között vannak olyanok, amelyek tünettana, lefolyása, megelőzése és diagnosztikája már több évtizedes múlttal bír (pl. a TORCH – toxoplasma, rubeola, cytomegalovirus, herpes). A B-csoportú *Streptococcus* okozta fertőzések felismerését és kezelését didaktikai okokból egy későbbi bekezdésben, a koraszülés és koraszülöttség kapcsán érdemes bővebben kifejteni. A kromoszómarendellenességek gyakorisága földrajzi tényezőkkel nem mutat korrelációt. A szűrés lehetőségei ma már anyai vérből végzett DNS-vizsgálatokkal bővültek, bár hasonlóan a biokémiai szűrésekhez, az NEAK nem finanszírozza azokat.

A veleszületett rendellenességek harmadik, legkisebb gyakoriságú csoportja jellegzetes földrajzi eloszlást mutat. Európában a leggyakoribb monogénes rendellenesség a cisztás fibrózis. A sejtmembrán egyik ionszűrőjének (CFTR) génmutációja a sejtszintű ioncsért lebonyolító molekuláris folyamat defektusa révén számos szerv működésének zavarát idézi elő. Ezek között legfontosabb a légutak váladéktermelése, amely cisztás fibrózisban kis mennyiségű, sűrű, tapadós nyák kialakulásához vezet, s a légutak tisztulásának defektusa révén visszatérő súlyos tüdőgyulladást eredményez. A rendellenesség autoszomális recesszív módon öröklődik, tehát a heterozigóta hordozók nem betegek. Bár a hibás gén frekvenciája 1:25, és ebből adódóan a homozigóta genotípus várható előfordulása 1:625, az embrionális veszteség miatt születéskor „csak” 1:2000 a betegség előfordulása. Bármennyire is ez a leggyakoribb monogénes rendellenesség, a várandósságban rutinszerűen alkalmazandó szűrővizsgálat költségei olyan magasak, hogy ezt csak a legjobb gazdasági helyzetű társadalmak és az érintettség okán elkötelezett társadalmi érdekcsoportok képesek tudják vállalni. Örvedetes, hogy a monogénes, súlyos rendellenességekkel (pl. haemophiliával, Duchenne-dystrophiával) érintett családok számára ma már Magyarországon is elérhető a preimplantációs diagnosztikával kombinált asszisztált reprodukciós kezelés (IVF).

A veleszületett genetikai rendellenességek érdekes hazai vonatkozása, hogy a trombózis-hajlam leggyakoribb okaként ismert Leiden-mutáció Magyarországon lényegesen magasabb, mint más európai vagy észak-amerikai társadalmakban. A rendellenesség lényege, hogy az érfal sérülésének helyreállításakor a véralvadást leállító természetes mechanizmus lassabban működik, ugyanis a génmutáció

eredményeként az V-ös véralvadási faktor egyik aminosava más aminosavra cserélődik. A mutáns V-ös faktor továbbra is kiválóan el látja a véralvadásban betöltött szerepét, azonban a természetes leállító mechanizmus, az aktivált protein-C (APC) eggyel kevesebb helyen tud a molekulához kötődni, s annak bontását csak jelentős késéssel tudja elvégezni. A jelenség neve, APC-rezisztencia is ebből a jelenségből adódik. A mutáció Európában és Észak-Amerikában átlagosan az emberek 4%-ában fordul elő. Magyarországi felmérések lényegesen magasabb, 9% körüli előfordulást igazoltak, roma nemzetiségűek között pedig csaknem 15%-os előfordulást. Bár a várandósgondozási protokollban nem szerepel, az APC-rezisztencia olcsó funkcionális szűrőtesztjének elvégzése minden várandós számára hasznos lehet, mivel a thromboembolia kiemelkedő helyet foglal el a hazai morbiditási és mortalitási statisztikában, különösen várandóssággal összefüggésben.

Bár lényegesen ritkábbak, de szülészeti szempontból kiemelt fontosságúak a vérzékenység generatív korban manifesztálódó típusai. Ezek között messze a leggyakoribb a von Willebrand-betegség. Jellemzően fogzás/foghúzás kapcsán elhúzódó vérzés, menstruációs zavarok vagy a véralvadási rendszer számára jelentős kihívást okozó események (műtét, szülés) kapcsán észlelt elhúzódó vagy bővebb vérzés hívhatja fel a figyelmet az alaposabb kivizsgálásra, ugyanis a véralvadás alaptesztjeiben ritkán okoz eltérést ez a betegség. Ugyanez vonatkozik a véralvadás kardinális komponensére, a fibrinogénre. Évtizedek óta közzismert adat, hogy a nem terhes állapot 1-2 g/l-es normális fibrinogénszintje várandósságban megemelkedik. Populációs szintű hazai adatok szerint a várandósok 95%-ában a fibrinogénszint 3,5-7,5 g/l-re emelkedik, ráadásul ez az emelkedés már a terhesség első és második trimeszterében kialakul. Tekintettel arra, hogy a 3,5 g/l-es koncentráció jelentősen emeli a súlyos szülészeti vérzés kockázatát, indokolt lehet a fibrinogénszint ellenőrzése még a szülés megindulása előtt.

TERHESSÉGI KÓRKÉPEK MEGELŐZÉSE, SZÜRÉSE

Az előzőekben részletesen szó esett a várandósság alatti fertőzésekről, és következtetésként azt vontuk le, hogy ezek általános érvényű szűrése nem indokolt. A perinatológia jelenlegi állása szerint azonban mégis van egy

fertőző ágens, amelynek a jelenlétét fontos vizsgálni várandósságban. A B-csoportú *Streptococcus* (GBS) fontos szerepet játszanak a koraszülés kialakulásában, valamint az újszülöttkori véráram- és idegrendszeri fertőzések kialakulásában. Mivel a kórokozó ubiquiter (*Streptococcus* okozta epidermidis), azaz egészséges emberek bőrén is gyakran kimutatható, és az alsó genitális traktusba kerülve sem okoz kifejezett tüneteket, különösen a koraszülés emelkedett kockázatát hordozó esetekben (pl. előzményi koraszülés, nyitott méhszáj, a méh alaki rendellenességei, korai méhtevékenység, idő előtti burokrepedés, alultápláltság, dohányzás, rossz szociális körülmények stb.) hasznos a méhnyakváladék GBS-szűrése a terhesség második harmadában. A hatályos várandósgondozási protokoll szerint a 35-ik héten indokolt GBS-szűrést végezni. Kellő evidencia áll rendelkezésre a tekintetben, hogy GBS-hordozás esetén a rendszeres hüvelyi fertőtlenítés, valamint a vajúadás alatti intravénás antibiotikus kezelés csökkenti az újszülöttkori fertőzés előfordulását és a súlyos szövődmények kialakulását.

A perinatológiai ellátást, beleértve a várandósság és szülés körüli anyai ellátást, valamint az újszülöttek orvosi ellátását, legnagyobb anyagi terhét a koraszülés és a koraszülöttség jelenti. Sajnos, az orvostudomány és a társadalmi jólét fejlődése ellenére a koraszülés gyakorisága emelkedő tendenciát mutat. A fejlett országok között például éppen az Egyesült Államok vezet a statisztikát 14%-os koraszülési frekvenciával. Magyarországon az elmúlt években 8-9% között volt a koraszülési arány, és becslések szerint, hosszú távon évi néhány tized százalékos emelkedés várható. A szülészorvosok többsége egyetért abban, hogy a koraszülés vezető oka a fertőzés. A kórokozók többsége kevésbé patogén természetű, leggyakrabban a Mycoplasma- és az Ureaplasma-fajok által okozott amnionitis idézi elő a koraszülést. A koraszülés legerősebb prediktora az előzményi koraszülés. Ennek megfelelően, minden olyan várandósnak kiemelten (magas rizikóbesorolás) kell gondoznunk, akinek koraszülés szerepel az előzményében. A kiemelt populációban kritikus fontosságú a megfelelő higiéné, az optimális táplálkozás, a fizikai képzés, a helyes életmód biztosítása. Magyarországon egyelőre még jelentős problémát okoz a szociálisan deprivált városrészek, illetve települések nem megfelelő közműellátottsága. A probléma gyökere sokkal összetettebb, hiszen az iskolázatlanság és a munkanélküli-

ség csökkentésének nehézségei az infrastrukturális fejlesztéseket is megnehezítik.

A várandósságra specifikus kórképek között gyakoriságában második helyen áll a terhességi cukorbetegség (6%). A gesztációs diabétesz leggyakoribb formája a csökkent glükóztolerancia, amely inzulinkezelést nem igényel, diétával jól egyensúlyban tartható. Az alapellátási praxisközösségek szerepe kiemelkedően fontos ennek megelőzésében, ugyanis a rizikó felismerése már a várandósságot megelőzően felismerhető. A diabétesz családi halmozódása, az előzményben szereplő nagy súlyú magzat, vagy a perikoncepcionálisan kiszűrt emelkedett HbA_{1c}-szint észlelése jelentősen csökkentheti a morbiditást azáltal, hogy még a baj (teratogenitás, toxicitás, szervi károsodás) kialakulása előtt, nem orvosi eszközökkel képes a prevalencia csökkentésére. A szisztematikus közösségi egészségi állapotfelmérés, az életmód-tanácsadás, a dietetikai tanácsadás, illetve a megfelelő orvosi kivizsgálás kezdeményezése hatékonyan képes csökkenteni a szakorvosi ellátórendszerre, s ezen keresztül a társadalom egészére háruló terhet.

A harmadik leggyakoribb, a várandósságra specifikus kórkép a preeclampsia (4%). A hazai anyai halálteki statisztikában a thromboemboliát második helyen követi a preeclampsia. Legsúlyosabb szövődményei az eclampsia, a haemolysis, az emelkedett májenzim szint, az alacsony vérlemezkeszám (HELLP-) szindróma, a disszeminált intravasculáris coagulatio (DIC), az adult respiratory distress syndrome (ARDS) és az agyvérzés, amelyek ritkán, de adott esetben a legfejlettebb orvosi eszközökkel is uralhatatlan állapotot idézhetnek elő. A preeclampsia jelentőségét fokozza, hogy a különösebb szövődmény nélkül kezelt esetekben is lényegesen gyakoribb a későbbi életszakaszban kialakuló hipertónia és a krónikus vesebetegség gyakorisága. A szűrésben itt is meghatározó jelentősége van a svájci hozzájárulással fémjelzett komplex alapellátási koncepció megvalósításának. Az ellátotti kör egészségi állapotának felmérése, a részletes családi előzményi adatok ismerete nagyban segíti a fokozott kockázatú esetek kiemelését még a várandósság kezdete előtt.

A specifikus szülészeti kórképek mellett a hazai és a külföldi várandósgondozás és szülészeti ellátás egyik legaggasztóbb gondja a megnövekedett császármetszés-frekvencia. A mai 41%-os műtéti gyakorisággal Magyarország a legmagasabb császármetszés-frekvenciájú országok között helyezkedik el. A magas

császármetszés-frekvencia okai öt csoportban sorolhatók: szülészeti-neonatólogiai ellátás fejlődése, a jogi környezet, a finanszírozási környezet, az ellátórendszer hierarchiája és a társadalmi elvárások. Az ellátórendszer hierarchiájában fellelhető okok szerteágazóak. Az 5 éve kodifikált szülésznői önállóság csak névleges, mert burkoltan továbbra is korlátozott. Ezt igazolják azok a beszámolók, amelyek szerint a szülésznők önálló munkája a mindennapi – kórházi gyakorlatban jogilag – sem engedélyezett. A hatályos előírások szerint az orvosok továbbra is kötelesek szülészeti felvételi vizsgálatot végezni, kétóránként észlelni a vajúdot és leleteiket írásban rögzíteni. A szülésznői tevékenység háttérbe szorított helyzete némileg javult az elmúlt évtizedben, de a szakmai hatóság és persze a várandósok többsége ragaszkodik a folyamatos orvosi jelenlétéhez. A szülésznők képzés hiányossága, miszerint a szülésznőhallgatók kevés lehetőséget kapnak a szülésvezetés gyakorlására, éppen ebből adódik. Ahhoz, hogy a szülésznői szakma önállósága megvalósuljon, szükség van egy olyan szülésznő-generációra, amelyik képes oktatni a sajátos ismeretanyagát.

Társadalmi trend, hogy a nők későbbi életkorban szülnek. Hazánkban a nők 50%-a első gyermekét 30-ik életéve után hozza világra, nem marad idő a tervezett második, harmadik gyermek vállalására. Ugyanakkor, ebben a korban már egyre nő az anyai megbetegedések, ennek következtében a szövődményes terhességek, a műtétes szülésbefejezések száma. A javuló neonatális eredmények ellenére támogatnunk kell azt az igényt, hogy kevesebb orvosi beavatkozásra kerüljön sor a szülészeti ellátás során, és ebben fontos szerepet tudunk adni a szülésznők meghatározott kereteken belüli önállóságának. Ha az élettani vajúdot során jelenleg érvényben lévő kötelezettségük alól a szülész szakorvosok felmentést kapnak, akkor megnyílik a lehetőség a változó társadalmi igények teljesülése és a nem kívánatos beavatkozási statisztikák javulása előtt. A dülük előtt egyre több ellátóhelyen nyitottak a kapuk. Több egyágyas, otthonosan berendezett, „családbarát szülészobára” lenne szükség. Az elmúlt 20 év során a szülészeti intézményi finanszírozás súlyszámai 40%-kal devalválódtak. Bár a volumenkorlát megszűnt, a kiadások továbbra is magasabbak, mint az OEP-bevételek. A szülések finanszírozásában nagyságrendbeli különbséget jelen, hogy kóros terhesség vagy élettani terhesség után történte a szülés. A legnagyobb gazdasági nehézséget

számunkra az adja, hogy a finanszírozási rendszer csak azt a terhességet tekinti kórosnak, amellyel, a szülést megelőzően, legalább 14 napig feküdt a várandós kórházban. A köznyelvben a veszélyeztetett terhesség gyakran azt a következtetést sugallja, hogy a várandóst csak orvos vezetheti, vagy azt, hogy a szülés nagy eséllyel császármetszéssel fejeződik be. Látni kell azt is, hogy a hazai ellátórendszer számos olyan vizsgálatot finanszíroz, amely Nyugat-Európában csak térítés ellenében biztosított. Az orvosi beavatkozások elszaporodása háttérben szerepet játszik az is, hogy az orvostudomány ma már a gyermekvállalás esélyét a legesélytelenebbek számára is képes biztosítani. A szervátültetett betegtől a dagantos vagy agyvérzésben szenvedő várandósig a legsúlyosabb kórképekben is képesek vagyunk a gyermekáldás szülészeti céljait teljesíteni, de érthető okokból e célok teljesítése gyakrabban igényel orvosi beavatkozásokat. A háborítatlan, családközpontú szülészeti ellátáshoz egyágyas, otthonosan berendezett szülőszobák, kézi műszerek, műtők, kellő számú személyzet, a gyermekágyas osztályokon 1-2 ágyas kórtermek szükségesek, s ezt kormányzati intézkedések is segítik.

Több tanulmány szerint is a nőkre jó hatással van, ha orvosok helyett szülésznők vezetik le a szülést, és az orvos csak akkor avatkozik közbe, ha probléma van. A jelenlegi szülésznői létszám duplája sem lenne elég ahhoz, hogy minden vajúdó mellé biztosítsuk egy szülésznő folyamatos jelenlétét.

Európai Unió legtöbb országában szülésznők biztosítják a szülészeti alapellátást. A szakorvosi felügyelet természetesen elengedhetetlen, de ennek konkrét megvalósulása a szülésznői ténykedés szűrőjén keresztül történik. Sajnos, a hazai rendszer a magas rizikó merev értelmezése miatt olyan születek vezetéséből is kizárja a szülésznőt, amelyek esetében a szülésvezetés módjának nincs köze a korábban megállapított rizikóhoz. Erre jó példa a diétával jól kontrollált terhességi cukorbetegség vagy a meddőségi kezelést követően létrejött várandós-

ság. Ilyen esetekben a morfológiai és a funkcionális szempontból is kifogástalan magzati és anyai paraméterek ellenére „betegként” kezelik a vajúdót, és nagyobb az orvosi beavatkozás esélye. A cél e tekintetben az lehet, hogy a rizikóbesorolást a helyén értékeljük. Számítatlan olyan körülmény van, amely a várandósság kezdetén magas rizikóba sorolja a terhest (pl. ismétlődő vetélés, cukorbetegség vagy magas vérnyomás a családban), de a zavartalan terhesség végén ezek a körülmények már értelmüket veszítik a konkrét szülés észlelésének és vezetésének módjára vonatkozóan. A koraterhességben végzett rizikófelméreéstől élesen el kell különíteni azokat a rizikóköörülményeket, amelyek a szülésvezetés módjára vannak kihatással, és a vajúdás kapcsán csak ezeket kellene figyelembe venni. Természetesen, ettől függetlenül a vajúdás során kialakulhat olyan körülmény, amely szakorvos bevonását teszi szükségessé, de ezek ab ovo nem szükségszerű következményei a korábban megállapított rizikótényezőnek.

A császármetszések magas gyakorisága önmagában képes a frekvencia további emelésére, hiszen az előzményi császármetszés minden egyéb körülménytől függetlenül növeli az újabb császármetszés és a szövődmények esélyét. Ennek az ördögi körnek a lefékezése csakis az indokolatlan császármetszések visszaszorításával lehetséges, különösen az először szülő nők körében. A jogi környezet és a hatósági szakmai előírások a defenzív medicinát támogatják, így elsődlegesen a társadalom részletes felvilágosítása a császármetszések korai és késői szövődményeiről, a várandósok természetes szülés iránti igényének erősödésétől várható a helyzet javulása. Az alapellátás szerepe kulcsfontosságú lehet a helyes tájékoztatásban és a természetes szülés iránti növekedő igény érvényesítésében. Ennek legfontosabb eszközei az egészségi állapot felmérése, az életmód-tanácsadás, a szülésre való felkészítés, a természetes szülés és az anyatejes csecsemőtáplálás előnyeinek megerősítése, valamint a szülésznői gondozás erősítése.

IRODALOM

1. Működési kézikönyv a praxisközösségek népegészségügyi szolgáltatásaihoz. 5. verzió. 2013. március 31. <http://nepegeszsseg.hu/swiss/>
2. 26/2014 (IV. 08.) EMMI rendelet a várandósgondozásról. http://net.jogtar.hu/jrigen/hjegy_doc.cgi?docid=A1400026.EMMI
3. Balácsi I. Védőnői méhnyakszűrés Szabolcs-Szatmár-Bereg megye, 2009–2014.
4. Sz. Sz. B. Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve.
5. Odor A, Tóth G, Csordás Á. (szerk.). A védőnő preventív alapfeladatai, kötelezettsége és felelőssége a megelőző ellátásban. Országos Tisztiorvosi Hivatal 2004. https://www.antsz.hu/data/cms26771/vedono_preventiv_alapfeladatai_2009030920.pdf