

Tisztelt Rektor Úr, Kancellár Asszony, Professzor urak, kedves kolleginák, kollégák!

Amikor megkaptam a megtisztelő felkérést, hogy e konferencián áttekintést nyújtsak az általános orvoslás fejlődéséről az életem során, ami immár majd százegy évet jelent, voltaképpen számomra egyúttal igazi élménybeszámoló elkészítését jelentette, melynek előzményei kisgyermekkoromra nyúlnak vissza.

Mint minden orvos akkortájt, édesapám is a lakásán rendelt. Itt volt az 1920-ban alapított körzeti orvosi praxis központja. Így egészen kis koromtól egy klasszikus értelemben vett házi-családorvosi környezetben szocializálódtam. Így pl. vacsora asztalnál – egyéb témák mellett – mindig előkerültek a betegekkel kapcsolatos témák. Anyám általában észrevette, ha a papát valami nyomasztja, nyugtalanítja. Ilyenkor esetenként kiderült, hogy pl. egy beteg tüdőgyulladásra aggasztja. Ne feledjük: az antibiotikumokat akkoriban még nem ismerte az orvostudomány. A szív erősítésén, támogatásán múlt (és bizony igencsak kezdetleges szerekkel), hogy kibírja-e, a tüdő gyulladással lezajlásáig, vagy sem? Ez pedig akkoriban – szorongással teli – hat hetet jelentett, nemcsak a beteg hozzátartozói, de a kezelőorvos számára is! És, az adott esetben, vacsora után még egyszer – aznap harmadszor – látogatta meg a beteget. Az aggodásban ilyenkor – bevallom – magam is részt vettem és emlékszem, hetek múlva a beteg gyógyulásakor érzett örömben is (kicsit belekóstolva az orvosi sikerélmény eufóriájába).

Azokban az időkben még nem létezett ügyelet, így a körzeti orvos munkaideje a nap huszonnégy óráját, az év háromszázhatvanöt napját jelentette. Akkoriban minden házban volt házmester, aki este tíztől reggel hatig zárva tartotta a kaput. Éjfélig tíz, azután húsz fillér kapupénzt kellett fizetnie annak, aki a házmestert kicsöngette. Mobiltelefon nem létezett, hagyományos telefonja csak nagyon keveseknek, pl. orvosoknak volt. A jelzett körülmények miatt, aki késő este akart orvost hívni, igyekezett tíz előtt a doktorért futni, hogy ne kelljen kapupénzt fizetni.

Történt egy napon, kapuzárás előtt: „Kérem, jöjjön doktor úr, a feleségem két napja lázas, már nem merünk még egy éjszakának nekimenni”, lihegte a szegény férfi. Elkísértem a papát (ekkor 1940-et írtunk, már tizenhét éves és az orvosi pálya elkötelezettje voltam). Táltos-u. 7-9. Ahogy megyünk az alagsorba, egyre intenzívebben érzem azt a jellegzetes szegény/nyomor-szagot. A pincei doh és a paprikás krumpli szagának keveredését. Utóbbi engedhették meg maguknak a szegény emberek. Petróleumlámpa fényénél történt a vizsgálat és receptírás. Papa pár fillért tett a receptre, hogy legyen miből kiváltaniuk. Nemcsak orvosi vizit-gyakorlat, de egyfajta szociológiai esettanulmány is volt ez számomra.

Évi rendszerességgel visszatérő rém volt az őszi-téli hónapokban a házi-orvosok számára az influenzajárvány. Akkor még védőoltás nem létezett e súlyos, nem ritkán végzetes kimenetelű betegségnek a megelőzésére. Persze a bakteriális felülfertőzés leküzdésére sem rendelkezünk antibiotikummal, de a keringés támogatását segítő, hatékony szerrel sem.

Szinte egyik óráról a másikra tört ki a járvány, ostromállapotot teremtve az egészségügyi alapellátásban: napi 25-30 új fekvő beteghívás, éjszakába nyúló munka a végkimerülésig, járó beteg rendelésen felül... legalább három héten át.

Egy ilyen járvány során a papa – este tíz óra után – ijesztő állapotban került haza: hidegrázás közepette lihegte: „tüdőgyulladás, kérek teát, Kalmopyrint, Amidazophent”. Kézmosás és máris ágynak dőlt. Anyámmal együtt aggódva szemléltük. Másnap jött Aszódi Zoltán doktor, papa barátja. Hat héten át tartó küzdelem az életben maradásáért.

A fentiekben, szubjektív elemektől nem mentesen, mégis kellő objektivitással igyekeztem a korabeli családorvosi élet egy szeletét bemutatni. Amikor a klasszikus értelemben vett házi-családorvosi tevékenységet említettem, egy a XX. század elején praktizáló orvos – a korabeli orvostudomány eszközeivel, saját intuíciójával – ösztönösen végzett törekvésére gondoltam, amit az egyének és családok gyógyítása érdekében igyekezett kifejtetni. A gyógyításon volt a hangsúly, már amennyire az orvostudomány korabeli kínálata azt lehetővé tette. Mivel a diagnosztikai és terápiás lehetőségek sokáig igencsak szegényesek voltak, a kor házi-orvosai a klasszikus vizsgálati módszerek mellett, a mainál sokkal nagyobb súlyt helyeztek az orvos-beteg kapcsolat minőségére. „Az orvos maga is gyógyszer” – szölt a nagyon is igaz szlogen. A prevenció témáját csak később, a tudomány fejlődése aktualizálta az immunológia kibontakozásával a kórfolyamatok hátterének detektálásával, a laboratóriumi szűrővizsgálatokat lehetővé tevő felfedezésekkel.

Említettem, hogy a „klasszikus” házi-orvosok ösztönösen végezték – végső soron – szakorvosi tevékenységüket. Az ősi diszciplína elmélete és gyakorlatának módszertana csak jóval később, a század hatvanas éveitől – magának a régi-új orvostudományi szakág elismerése után – került megfogalmazásra, mégpedig a MÁOTE megalapítói által. Köztük magamat is tudhatni, nagyon jó érzés számomra.

Nagyjából a hetvenes évek után gyorsult fel az orvostudomány – és az általános orvoslást is nagy mértékben segítő technika XX. századi fejlődésének folyamata. Az időkorlát miatt a részletekre csak érintőlegesen térnék ki.

A diagnosztikai képalkotó eszközöket illetően, röntgennel már rendelkezünk, EKG felvétel készítésére korlátozottan lehetőségünk volt, de a készülék – nagy méreténél és súlyánál fogva – csak kórházban és egy-egy szakrendelőben volt elérhető. Az orvosi táskában is hordozható, mini EKG még sokáig vágyálom volt. Magam a kilencvenes évek elején tudtam ilyennel a felszerelésemet gazdagítani.

Diagnosztikus ultrahang a hetvenes években kezdett lassan tért hódítani, de csak a kilencvenes évektől vált mindennapos eszközzé.

Jogos a kérdés: hogyan tudták az orvosok ezeket, a ma már mindennaposan használt eszközöket nélkülözni? Hát az ősi „eszköztárral”: szemünkkel, fülünkkel, tapintó-kopogtató ujjainkkal, néha szaglószerünkkel vizsgáltuk a beteget, akit közben éberem megfigyeltünk, miután alaposan kikérdeztük. A célratörő, gondos anamnézis-felvétel és a fizikális vizsgálat – a leggazdagabb technikai felszereltség mellett sem lesz nélkülözhető sohasem.

És valóban, ha visszaidézem azokat az éveket, évtizedeket (!) amikor a beteg kórelőzményéből, klinikai tüneteiből, a fizikális vizsgálat tapasztalataiból tudtunk legalább irány- diagnózishoz, de többnyire végleges kórisméhez jutni, hát azok sem voltak lebecsülni való orvosi eredmények.

A CT, majd az MR-vizsgálat az 1970-es évek óta áll – ha nehézkesen is – rendelkezésünkre.

És most – a teljesség igénye nélkül – szólnék a gyógyszerterápiás lehetőségekről, melyeket a ma orvosa teljes természetességgel használ a napi gyakorlatban, nem gondolva arra, mit is tenne ezek nélkül. Érdekes volt megfigyelhetni a XX. század közepe tájától a hatvanas-hetvenes éveken át ívelő időszakot, mely egy igen élénk és az élettani-kórélettani felfedezések területének komoly fejlődését hozta...

Az 1923-as esztendő mérföldkő volt az orvostörténelemben. Hát nem azért, mert az évben születtem, hanem, mert ebben az esztendőben publikálta két kanadai kutató, Banting és Best az inzulint mint a cukorháztartás kulcs-enzimjét...

Nagy áttörést jelentett a nem inzulinfüggő cukorbetegség életében az orális készítmények megjelenése. Erre azonban a hatvanas évek végéig várni kellett. Ezek – napjainkban is használt – első tagja a biguanid-csoportba tartozó Adebit (a Metformin elődje) szerepet játszott az én tudományos próbálkozásaimban is.

Már medikus korom óta foglalkoztatott a hiperlipidaemia problémája. Ekkortájt vált bizonyítottá a magas vérzsír kórokozó szerepe az ún. érlemeszesedésben, a szív- és agy-érrendszeri, gyakran halált okozó heveny katasztrófákban. Arra is fény derült, hogy a vér magas koleszterinszintje csak részben a táplálék állati eredetű telített zsírsav-tartalmából származik. Maga a szervezet is – a májban – termel koleszterint, mivel erre – egy bizonyos mennyiségben – szükség van. A túlprodukciónak került a kutatások előterébe, de még sokáig nem állt rendelkezésre ennek ellenszere.

És akkor, a hatvanas évek közepe táján megjelent az első orális vércukorcsökkentő, az Adebit, melynek szakirodalmában felfigyeltem arra, hogy – kedvező mellékhatásként – csökkenti a vér koleszterinszintjét. Mivel azt is megtudtam, hogy a szer nem hipoglikemizál, nagy lelkesedéssel kezdtem magas vér-koleszterint produkáló, nem cukorbetegeim egy csoportjának (akik familiárisan veszélyeztetettek voltak) adni az eredetileg diabetikusok számára forgalmazott készítményt. 67 betegem esetében tudtam igazolni a szer ilyen irányú szignifikáns hatékonyságát.

1970 szeptemberében, az ausztriai Iglshben megtartott általános orvosi világkongresszuson számoltam be a fenti eredményekről, melyek nagy érdeklődést keltettek, hiszen – mint fentebb említettem – más, direkt koleszterincsökkentő gyógyszerrel akkor még nem rendelkezünk. Azóta a kutatók már megajándékoztak bennünket, gyógyítókat és persze a betegeket a prevenció fontos gyógyszereivel, a sztatinokkal, fibrátokkal, ezetimibbel.

Néhány mondat a *Szív-érrendszert, agyi-érrendszert érintő gyógyszerekről*.

Érdekes arra gondolnom, hogy pl. én élettant, kórélettant 1945-ben, ill. 46-ban hallgattam, amikor az alfa- és béta receptorok létezéséről még nem tudott az orvostudomány. Ez a felfedezés 1948-ban következett be. Ugyanígy sejtelmünk sem volt még a szívizomsejtek működésében ma már részben ismert csatorna funkciókról, a különböző ionok ebbéli szerepéről. Az ötvenes években kezdődött e téren a „megvilágosodás” és csak jóval később, a nyolcvanas-kilencvenes évek során – a célirányos kutatások eredményeképpen – jutottunk végre a szív-érrendszeri betegségek gyógyításában valóban hatékonyak bizonyult gyógyszerek, talán az elsők között a kalcium antagonisták birtokába.

A renin-angiotenzin-aldoszteron rendszerről a kutatók hatvanas évek közepe táján ismerték fel, hogy a vérnyomás szabályozásában fontos szerepet töltenek be. E szisztéma befolyásolására alkalmas gyógyszerek a kilencvenes években váltak elérhetővé. Ez – és a már korábbról rendelkezésünkre állt béta-blokkolók gazdag készlete – egyúttal teljesen átalakította a szívelégtelenség kezelésének gyakorlatát is.

A II. világháború befejezését követően az európai kontinensre is eljutott az antibiotikumok első képviselője, a penicillin. Hatalmas segítséget jelentett ez számos bakteriális betegség leküzdéséhez.

*A Gyomor-nyombélfekély betegség*, bár nem jelentett közvetlen életveszélyt (a heveny perforáció eseteit kivéve), annál inkább életminőség romlást és anyagi veszteséget a betegnek és a társadalomnak egyaránt. Orvosi pályafutásom első húsz esztendejében csak tüneti kezelést tudtunk nyújtani ezeknek a betegeknek. Meg hát a beteg kikapcsolása a permanens stressz-helyzetből jött még szóba. Ez esetenként akár fél éves betegállományt is jelentett. Ha hosszú idő után a beteg panaszmentessé vált is, gyakori volt a kiújulás. Sok esetben került sor gyomorcsonkolásos műtétre.

A fentiekben túl a páciens szigorú diétás előírásokkal gyötörtük: először a tejkúra, pépes, fűszermentes étrend. Ez sokszor, az amúgy is lesoványodott beteg további súlyvesztését eredményezte. Megemlítek egy – napjainkban megmosolyogtató – adalékot: a körzeti orvos a fekélybetegnek borjúhús utalványt adhatott, mivel – úgymond – az könnyen emészthető tápanyag. Így ment ez a hetvenes évek elejéig, amíg végre hatékony, korszerű gyógyszer első generációjához jutottunk. Ezek voltak a H<sub>2</sub> receptor blokkolók. A kilencvenes években azután a más hatásmechanizmusú, még hatékonyabb protonpumpa gátlókkal gazdagodott terápiás arzenálunk. Ma ezeket – esetenként – a *Helicobacter pylori* elleni antibiotikum kombinációval társítva is használjuk.

*A csontritkulás*, az osteoporosis, ez – többségében – a nők hormonális-változás korában kezdődő betegsége, bár nem mindenkit érint, legalábbis nem azonos mértékben, az idő múlásával nagyfokú életminőség romlást eredményez. Sokáig kalcium és D<sub>3</sub>-vitamin adagoláson kívül mást nem tudtunk az érintett betegnek nyújtani. A semminél ez is többet ért, ha egyáltalán az illető szűrésre került és csontsűrűség-mérés vizsgálat a betegséget kimutatta. Az idők múltával a csontállomány leépülésével fájdalmas deformitások, majd csonttörések nehezítették meg a beteg életét.

A XX. század vége, XXI. század első évtizede hozta meg a gyökeres változást ennek a betegségnek a gyógyításában. A legutóbbi időkben kifejlesztett modern gyógyszerekkel már nem csak lefékezni, megállítani lehet a csontok kóros leépülését, de aktív csontépítő hatást is kifejthetünk.

Az orvostudomány – a fentiekben csak érintőlegesen vázolt – fejlődése természetesen megkövetelte a fejlődés nyomon követését. Ez folyamatos tanulással, önképzéssel, a szakirodalom nyomon követésével kellett járjon már a hivatalos, szervezett, kötelező továbbképzés rendszerének bevezetését megelőzően is.

A korszerű, hatékony gyógyszerek sokasága áldásos lehetőség a gyógyításban, de egyúttal – korábban nem ismert – felelősséget is ró az orvosra. Nem csak a szerek hatásmechanizmusát kell ismernünk, de az egyes szerek lehetséges mellékhatásaival, kölcsönhatásaival is tisztában kell lennünk.

És most néhány szót a technika fejlődéséről.

A mindennapi munkában a számítástechnika és az elektronikus eszköztár jelenti számomra a mai napig a technikai csúcst, melynek – bizonyos szintű – megismerése és használata tette lehetővé azt, hogy napjainkig is orvos-szakmai tevékenységet folytathattam. A közelmúltban lezajlott Covid-járvány idején próbálhattuk ki igazán tömegével a számítástechnikán alapuló, telemedicina néven is emlegetett munkamódszert, mellyel oly sok esetben tudtunk távsegítséget nyújtani. Ugyanakkor arra bízatom az orvos kollégákat: a technika áldásos

előnyei kihasználása mellett, találjanak módot az orvos-beteg személyes kapcsolat fenntartására is, mert ez nélkülözhetetlen alapja az igazi gyógyításnak.

Köszönöm, hogy meghallgattak.