

Lélegzet

TÜDŐGYÓGYÁSZOK EGYMÁS KÖZÖTT

IX. ÉVFOLYAM 2. SZÁM / 2022. SZEPTEMBER

NAGYGYŰLÉS

VÉGRE SZEMÉLYESEN IS TALÁLKOZHATOTT 800 TÜDŐGYÓGYÁSZ!

BÖSZÖRMÉNYI MIKLÓS-DÍJ

SZERETET AZ VAGY VAN, VAGY NINCS!

EMLÉKÉREM

TUDOD KI AZ A KOVÁTS FERENC?

KÖNYVAJÁNLÓ

NINCS HOLD, HA NEM
NÉZED



A Magyar Tüdőgyógyász Társaság együttműködésével

2

COPD kezelés^{1,2}

2

x naponta^{1,2}

2

lépéses inhalátor^{1,2}

Napi kétszeri alkalmazás a JAVULÓ kora reggeli, nappali és éjszakai COPD TÜNETEKÉRT^{1-4,*}



Bretaris® Genuair® ▼322 µg inhalációs por
Brimica® Genuair® ▼340 µg/12 µg inhalációs por

Összetétel: Bretaris®: 322 µg akliidiniumnak megfelelő 375 µg akliidinium-bromid leadott dózisonként. Brimica®: leadott dózisonként 396 µg akliidinium-bromidot (340 µg akliidiniumnak megfelelő) és 11,8 µg formoterol-fumarát-dihidrátot tartalmaz. **Terápiás javallat:** A Bretaris® és Brimica® Genuair® fenntartó hörgőtágító kezelésként a krónikus obstruktív tüdőbetegségben (COPD) szenvedő felnőtt betegek tüneteinek enyhítésére javallott. **Adagolás és alkalmazás:** A javasolt adag belégzése naponta kétszer. Inhalációs alkalmazásra. A betegeknek meg kell tanítani, hogyan alkalmazzák helyesen a készítményt. Részletes útmutatásért olvassa el a betegájékoztatót. **Ellenjavallatok:** a készítmények hatóanyagaival vagy bármely segédanyagukkal szembeni túlérzékenység. **Különleges figyelmeztetések és alkalmazással kapcsolatos óvintézkedések:** Nem szabad asthma esetén alkalmazni. Az akliidinium-bromid alkalmazása paradox bronchospasmust okozhat. A klinikai vizsgálatok során paradox bronchospasmust nem figyeltek meg a Brimica® Genuair® ajánlott adagban történt alkalmazásánál. Nem javallott akut bronchospasmus kezelésére. A megelőző 6 hónapon belül myocardialis infarctuson átesett, a megelőző 3 hónapon belül instabil anginában, újonnan diagnosztizált arhythmiaiban szenvedő, illetve a 470 msec feletti QTc értékű, vagy a megelőző 12 hónapon belül a „New York Heart Association” szerinti III-as és IV-es funkcionális osztályba tartozó, szívelégtelenség miatt kórházba felvett betegeknek csak óvatosan szabad alkalmazni. Brimica®: hosszú hatású β₂-adrenerg-agonistákat elővigyázatosan kell alkalmazni azoknál a betegeknek, akik kórelőzményében a QTc-intervallum ismert meghosszabodása szerepel, vagy akiket a QTc-intervallumot befolyásoló gyógyszerekkel kezelnek. A Brimica® súlyos szív- és érrendszeri betegségekben, görcsrohamokkal járó betegségekben, thyreotoxicosisban és pheocromocytomában szenvedő betegek esetében csak fokozott óvatossággal alkalmazható. Antikolinerg aktivitásuk miatt óvatosan alkalmazandó tüneteket okozó prostata hyperplasiában, vizeletretencióban vagy szűkzúgú glaucomában szenvedő betegeknek. A szájszárazság, melyet antikolinerg kezelés mellett figyeltek meg, hosszú távon fogszuvasodással járhat. Laktózt tartalmaznak. **Gyakori mellékhatások (≥1%-<10%):** fejfájás, nasopharyngitis, húgyúti fertőzés, sinusitis, fogtályog, álmatlanság, szorongás, szédülés, tremor, köhögés, hasmenés, hányinger, szájszárazság, myalgia, izomgörcsök, perifériás ödéma, a vér kreatin-foszfoforináz érték növekedése. **Kiadhatóság:** Kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszerek (V). **Bővebb információért, a mellékhatások, ellenjavallatok és az alkalmazással kapcsolatos óvintézkedések teljes listájáért, kérjük, olvassa el az alkalmazási előírások teljes szövegét!** A hatályos „alkalmazási előírások” teljes szövegét megtalálja az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/) vagy az Európai Gyógyszerügynökség (http://www.ema.europa.eu) honlapokon. OGYEI honlapon keresztül történő elérési útvonal: www.ogyei.gov.hu; ADATBÁZISOK, NYILVANTARTÁSOK; Gyógyszer-adatbázis, Gyógyszer neve, a „KERESÉS INDÍTÁSA”, a találatok oldalán ikonra kattintás, majd az ikonra kattintás. **Bretaris® Genuair® 322 µg inhalációs por 60 adagos kiszerelés:** Szakorvosi javaslatra EU 90% (3b₂ és 3b₃; EU 90 pontok) ártámogatásban részesül. **Térítési díj:** 1011 Ft (közfinanszírozás alapjául elfogadott ár: 15408 Ft, az ártámogatás összege 9099 Ft. **Brimica® Genuair® 340 µg/12 µg inhalációs por 60 adagos kiszerelés:** Szakorvosi javaslatra EU 90% (3b₂ és 3b₃; EU 90 pontok) ártámogatásban részesül. **Térítési díj:** 1922 Ft (közfinanszírozás alapjául elfogadott ár: 15408 Ft, az ártámogatás összege 13486 Ft). **Az aktuális árak tekintetében kérjük, ellenőrizze a www.neak.gov.hu honlapon található információkat.** Elérési útvonal: <http://www.neak.gov.hu> > szakmának, gyógyszer/gyógyfűrdő > egészségügyi szakembereknek > publikus gyógyszerterzs > végleges törzs > Publikus gyógyszerterzs – lakossági tájékoztató.

Referenciák: 1. Brimica® Genuair® 340 µg/12 µg inhalációs por alkalmazási előírát (2021.06.02.). 2. Bretaris® Genuair® 322 µg inhalációs por alkalmazási előírát (2021.05.31.). 3. Beier J, et al. Efficacy and safety of acclidinium bromide compared with placebo and tiotropium in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease: results from a 6-week, randomized, controlled Phase IIIb study. COPD. 2013;10(4):511-22. 4. Bateman ED, et al. Acclidinium bromide and formoterol fumarate as a fixed-dose combination in COPD: pooled analysis of symptoms and exacerbations from two six-month, multicentre, randomised studies (ACLIFORM and AUGMENT). Respir Res. 2015;16:92. * Vs. placebo és monokomponensű kezelése. Az összesített kora reggeli, nappali és éjszakai COPD tünetek súlyosságának értékelése a 6. és 24. hét után a placebohoz képest Bretaris® Genuair®^{1,3}, illetve Brimica® Genuair®^{1,4} kezelés mellett, valamint a monokomponensű kezelésekhöz képest a 24. hét után Brimica® Genuair® kezelés esetében.^{1,4}

▼ Ezek a gyógyszerek fokozott felügyelet alatt állnak, mely lehetővé teszi az új gyógyszerbiztonsági információk gyors azonosítását. Az egészségügyi szakembereket arra kérjük, hogy jeleljenek bármilyen feltételezett mellékhatást. A dokumentum lezárásának időpontja: 2021.10.11. Érvényessége: 2023.10.11.



Kedves Olvasó!

Az útlevelemben ott a pecsét, hogy jártam a bakancslistas Machu Picchun! Hogy Peru milyen? Fantasztikus a történelme, és azt is megtanultam, hogy az inkák építésze egy milliméterrel sem marad el a római kor tudása mögött, hogy 5000 méteren az Andokban alig terem meg valami, viszont nincs még egy ország, ahol 3000-féle krumpli lenne, ahol a színek ilyen kavalkádja fogadna...

Néhány állomás a sok közül. Lima. A főváros lakosságát tekintve – közel 10 millió – Magyarországnyi. Tipikus nagyváros elképesztő különbségekkel, van nyomornegyed és perui Rózsadomb is. Rengeteg rendőr mászkál az utcán, az egyik korrupcióval vádolt miniszter kihallgatása miatt. Az elnöki palota előtt sorakoznak a tévé stábok, az utcákon szemmel láthatóan feszült a hangulat. Rend és tisztaság mindenütt, ugyanakkor a közbiztonság nem a legjobb. A kerítések fölé itt is-ott is elektromos vezeték húznak 220 voltossal, és jelölik is, hogy semmi keresnivalód erre! Aki felmászik és agyoncsapja az áram, magára vessen, errefelé így működik a rendszer! A várost egyébként Francisco Pizarro alapította 1535-ben, a spanyol gyarmatbirodalom székhelye volt, majd Peru függetlenségének kikiáltása óta – 1821 – az ország fővárosa. Latin-Amerika ötödik legnagyobb városa, Mexikóváros, Sao Paulo, Buenos Aires, és Rio de Janeiro után, városközpontja a világörökség része.

A Szerelmesek parkját kétszer is bejárom, mintha Barcelonában lennék. Csupa szín, hullám, csupa mozaik, mesészerű mintákkal, tisztára Gaudi Güell parkja! Ők egyébként arra használják a parkot, amire való! Középen golf pálya, itt-ott fitness gépek, futópad, súlyemelés karral-lábbal. És mindegyik gép foglalt! A rendszer rém egyszerű. X sol bedobása után fél-egy óráig használhatja, aki a szabadban óhajt edzeni! A fák alatt lassú, harmonikus mozgással egy tai-chi csoport gyakorol.

Cusco a Machu Picchu „előszobája”. Itt akklimatizálódunk, hiszen 3400 méteren fekszik, egykor az Inka Birodalom fővárosa volt. 1533-ban foglalták el a spanyol hódítók, akik bár megőrizték a város alapszerkezetét katolikus templomokat és kolostorokat emeltek, hogy az őslakosok vallását és hagyományait eltörölhessék.

Machu Picchu 1983-ban lett a világörökség része, 2007-ben pedig egyike lett a világ új hét csodájának! Cuscóból panorámatetős vonaton utazunk a romvárosba, pazar a látvány! A Machu Picchu – a fantasztikus hegyvonulat mellett – az inka építészet remekműve is. Ha megmásszuk az olykor hatalmas kőlépcsőket – a 163 centiméteres rém nehéz felhúzódkodni a néha 50–60 centis szikladarabokra – és ott állunk a teraszok közepén, azon töprengünk hogyan emelték és rakták helyükre a hatalmas gránittömböket az inkák? Van itt iskola, templom, vízvezeték, szentély, lakóház, fürdő, a Nap szüzeinek kolostora. És persze a 4 méter magas teraszok, ahol burgonyát, kukoricát és persze kokacserjét termesztettek. A koka mindennapos Peruban. Van koka cukor, koka csoki, koka levél (ezt rágják) és persze koka tea is. Olyannyira, hogy valamennyi szállodában ott az előcsarnokban a szamová – tele koka teával – és már automatikusan nyulunk a csésze után, ahogyan belépünk. Sőt! A hypoxia miatt kialakult állapot kompenzálására valamilyen napi 3x2 tablettát szedünk egy perui gyógynövény készítményből, aminek legfontosabb alkotórésze a koka! Tehát Peruban legális és ajánlott a magassági betegség megakadályozására! És tényleg energetizál és vitalizál, ezt saját tapasztalatomból állíthatom! Az pedig a lapból derül ki, hogy Szondy Klárába koka nélkül is rengeteg energia szorult, bár nyugdíjba ment, életre hívott egy alapítványt, fest, kenyeret süt, és persze rendel is. Ezúttal is olvashatják Balikó Zoltán életképeit, Kovács Gábor képajánlóját, beszámolót a nagygyűlésről, a Böszörményi Miklós-díjas Kádár Gabriellával készült interjút, akinek életében a két legfontosabb kulcsszó az empátia és a szociális érzékenység. Kirajzolódik olvasóink előtt, hogy mit érdemes tudni az iskolateremtő Kovács Ferencről és az is napfényre kerül ki az a Havas Juli, a Nincs Hold ha nem nézed című regény szerzője.

**A többi íráshoz is jó szórakozást kíván:
B. Király Györgyi**



Lélegzet

A Magyar Tüdőgyógyász Társaság együttműködésével készült ismeretterjesztő magazin.

Felelős szerkesztő:
B. Király Györgyi

Szerkesztőbizottság elnöke:
Dr. Kovács Gábor

Szerkesztőbizottság:
Dr. Balikó Zoltán
Dr. Bíró Margit
Dr. Gálffy Gabriella
Dr. Lázár Zsófia
Dr. Pápai-Székely Zsolt

Munkatársak:
Boromissza Piroksa,
† Bozsán Eta, Bulla Bianka,
Csák Elemér, Gubcsi Anikó,
Seregély István, † Vámos Éva és Várhegyi Andrea

Grafika, tördelőszerkesztő:
Tusor Ildikó



Tartalom

NAGYGYŰLÉS

Végre személyesen is találkozhatott 800 tüdőgyógyász! **05**

KÖNYVAJÁNLÓ

Nincs Hold, ha nem nézed **08**

PULMONOLÓGIAI KLINIKA

Kézilabdaedzőnek készült, de túl jól ment a matek... **13**

BÖSZÖRMÉNYI MIKLÓS-DÍJ

Szeretet az vagy van, vagy nincs! **16**

EMLÉKÉREM

Tudod ki az a Kováts Ferenc? **19**

ÉLETKÉPEK

Hova lett a zebra-pinty? **22**

PREVENCIÓ

A stratégia és az „apró munka”
egyaránt fontos **24**

PÖRGÉS NYUGDÍJBAN

Ha van egy jó anyakövészünk,
rém egyszerű a sütés! **27**

NAGYGYŰLÉS

60-at ver, 16-ot lélegzik **30**

GONDOLATOK EGY FESTMÉNY APROPÓJÁN

A beteg gyermek **33**

Végre személyesen is találkozhatott 800 tüdőgyógyász!

Májusban rendezte meg a Magyar Tüdőgyógyász Társaság 62. Nagygyűlését Győrben. A megnyitón Szalai Zsuzsanna, a szervezőbizottság elnöke, valamint Ostoros Gyula az MTT elnöke köszöntötte a résztvevőket. Elhangzott, hogy Korányi Frigyes báró javaslatára éppen 110 esztendeje 1912-ben alakult meg Budapesten a társaság jogelődje, a szervezet 1990 óta viseli jelenlegi nevét. A nagyszabású konferencián 5 plenáris és 9 párhuzamos szimpózium, 115 előadás, 40 poszter, valamint 27 szakmai stand mutatta be a szakma aktualitásait.

„Nagy megtiszteltetés számunkra, hogy a kétevente megrendezett Nagygyűlésnek most először adhat otthont Győr – mondta **Szalai Zsuzsanna**. – Örülünk annak is, hogy két év kihagyás után végre személyesen együtt lehetünk, hiszen a pandémia több rendezvényünket is az online térbe száműzte, vagy hibrid rendezvényen kerülhetett sor a kis létszámú találkozókra. Nem csoda, hogy a kongresszusra több mint 800 résztvevő regisztrált. A helyszín az ETO Park, Győr városának 14 szállodájában 600 szobát foglaltunk el. Orvos- és nővérkollégáink 115 előadással és 40 poszterrel jelentkeztek be, az előadásokon a szakma színes palettájának legújabb eredményeivel és kollégáink frissen szerzett tapasztalataival ismerkedhetünk meg. 5 plenáris és 9 párhuzamos szimpóziumot szerveztünk, 27 szakmai standot tudunk majd meglátogatni. A konferencia első napja a fiataloké: a kutatók előadásai mellett alvási diagnosztikai workshopon vehetnek részt az érdeklődők, a korán kelőket pedig futóversenyre várják a fiatal szervezők.”



Ostoros Gyula azzal kezdte, hogy a résztvevők – a pandémia meghatározta évek miatt – kiéheztek a személyes részvételre. „Utoljára két esztendeje 2020 augusztusában a nagy lezárások előtti utolsó percben tartottuk meg a pulmonológusok előző nagygyűlését a Vigadóban személyes részvétellel. Természetesen maszkban, a szabályokat betartva, az eredmény: senki nem lett covidos. Győrben most ismét üdvözölhetik egymást a kollégák, az ország valamennyi csücskéből érkező tüdőgyógyászok személyesen is, méghozzá majd kilencszázan. A társaság elnöke így zárta köszöntőjét: „Egyre inkább megtapasztalom, hogy 3 dolog a legfontosabb az életben: az egészség, a megelégedettség és a béke. Hogy ez megvalósul-e, rajtunk is múlik. A többi nem számít.”

Dézi Csaba András polgármester, ahogyan mondta – köszöni a főszervező Szalai Zsuzsanna, egyben orvosa munkáját, allergiáját ugyanis a főorvos asszony kezeli. A Budapest Bár tagjait pedig kardiológusként ő, és egészen biztos abban, hogy jól szórakoztatják majd a résztvevőket. „Győr jó hely, a polgármester meg jó fej!” – zárja rövid, ámde laza köszöntőjét.

Jávor László, a Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház főigazgatója szintén lakonikusan: egy székeley





mondással üdvözölte az egybegyűlteket. „Állj egyenesen, hogy jól lássanak, beszélj hangosan, hogy jól halljanak, légy rövid, hogy meg ne unjanak!”

Tiszteletbeli tagok Németországból és Spanyolországból

Két tiszteletbeli taggal is bővült a Magyar Tüdőgyógyász Társaság. **Michael Kreutert**, az ERSILD szekciójának főtákosát Müller Veronika köszöntötte. A német professzor a Heidelbergi Egyetem Tüdőklinikáján működő Intersticiális és Ritka Tüdőbetegségek Központjának vezetője. A nemzetközi hírű szakértő felkarolja a hazai ILDCentrumok működését, támogatja a hazai kutatásokat és kutatókat. „2005 óta a Heidelbergi Egyetem Tüdőklinikáján dolgozik, klinikai és tu-

dományos tevékenységének fókuszában az intersticiális tüdőbetegségek állnak. A heidelbergi klinika ILDCentruma az Európai Referencia Hálózat (ERN) referenciaközpontja certifikációjával rendelkezik, a szarkoidózis szakértői központja és a WASOG által akkreditált. Az intersticiális tüdőbetegségek kiemelkedő szakértője, aki számos, az ILDCentrumával, epidemiológiájával, kórlefordításával, illetve akut exacerbációjával, valamint diagnosztizálásával és terápiájával kapcsolatos klinikai és tudományos projektekben vesz részt.”

Ramón-Rami Porta laudációját Molnár F. Tamás professzortól hallhattuk, aki hangsúlyozta, hogy a spanyol professzor a tüdőrák TNM rendszer fejlesztésének központi személyisége. „Nem túlzás egyszemélyes TNM Kutató és Népszerűsítő Intézetnek látni őt. Másodjára van itt hivatalos szakmai fórumon. A szocialista tábor legvidámabb barakkjában 1988 szeptemberében Budapesten az Európai Pulmonológia Társaság hetedik kongresszusán már meghívott előadó volt, épp ideje, hogy 34 év után újra eljőjön. Azon a régi látogatáson bibliofil ösztöne hajtotta a Váci utcai könyvesboltba, s ott vette meg első és utolsó magyar nyelvű könyvet, a „Green-kapcsolat”-ot Róbert László tollából. Ez az a kötődés amely a CTSnet-beli profiljában a tüdőrák prognosztikus faktorai és a sebészi stádiumbeosztás közé beékelve szerepelteti Graham Greent a XX. századi világirodalom egyik legnagyobbját a katolikus író. Ugyanolyan jó előadást tudna tartani – ahogy teszi is – Graham Greene életéről, mint ahogy a TNM következő kiadásáról.”



Díjak és emlékérmek...

A megnyitó éremesővel folytatódott, hiszen átadták a Korányi Frigyes-emlékérmét Bauckhnet Éva és Bogos Krisztina részére, a Böszörményi Miklós-díjat Kádár Gabriella kapta.

Jedlinszki Mária elmondta **Bauckhnet Éváról**, hogy „mindig lokálpatrióta volt, születése óta Budakeszin él a szülői házában, ezért amikor lehetősége nyílt, 2014-től a Korányi Intézetben működő budakeszi tüdőgondozóban kezdett el dolgozni. Egész pályafutása alatt fontos volt számára, hogy a lehető legtöbbet tegye a társaság és a tüdőgondozói hálózat érdekében, hosszú éveken keresztül

volt a fővárosi tüdőgondozók munkacsoportjának vezetője. Higgadt, mindenre csendben figyelő, de mégis tekintélyt sugárzó jellemének köszönhetően jelentős érdemei vannak abban, hogy a tüdőgondozói hálózat a rendszer-váltást követően fennmaradhatott a mai napig.”

Gálffy Gabriella kiemelte laudációjában, hogy **Bogos Krisztina** 1998-ban egy hónapos ösztöndíjat nyert az oxfordi egyetemre, ahol palliatív ellátással foglalkozott. Aztán két alkalommal 9, illetve 3 hónapos ösztöndíjat nyert Franciaországba, Nancy-ba, ahol a molekuláris biológiai kutatásokba sikerült bekapcsolódnia. Itthon a klinikai munka mellett kutatott is, 2009-ben pedig PhD tudományos fokozatot szerzett. Számos hazai és nemzetközi publikáció társs, első, vagy utolsó szerzője. 30 éve, az orvosi diploma átvétele után lépte át először a Korányi küszöbét. Ott lett kezdő orvos, alorvos osztályvezető főorvos, orvosigazgató, majd főigazgató. Tehetségét, szorgalmát, kitartóképességét, vezető alkalmasságát egyetlen helyen az anyaintézetben kamatoztatta az intézet, a szakma javára.”



Böszörményi Katalin hangsúlyozta, hogy **Kádár Gabriella** Marosvásárhelyről érkezett férjével együtt Budapestre, ahol Levendel László szárnyai alatt dolgozhatott az Országos Addiktológiai Intézetben. Itt tanulta meg a holisztikus szemléletet, ami később munkáját is meghatározta. „2006 óta vezeti a Korányi Tbc osztályát. Hogy kik kerülnek ide?



Elsősorban a társadalom perifériájára szorulókat: hajléktalanok, alkoholbetegek, személyiségi zavarban szenvedők, akiknek tuberkulózisa ellehetetleníti minimális beilleszkedési lehetőségeit is. A főorvosnő vezette osztály ma már az egyetlen az országban, amely kifejezetten az ilyen betegek ellátására specializálódott. A betegek több mint a fele hajléktalan. Őket csak akkor engedik el, ha biztosították, hogy lesz, aki a kórházból való hazakerülésük után gondoskodik róluk. Az osztályon intézik a betegek egészségügyi járadékkal kapcsolatos problémáit, segítenek lakásügyekben, figyelnek arra, hogy megfelelő hajléktalan szállóra kerüljön, akit kiengednek az osztályról. Gabriella természetéből fakad, hogy csendes, visszahúzó, nem szeret reflektorfénybe kerülni. Szakmai felkészültsége kiváló, mindent tud a Tbc-ről.”

A nagygyűlésen gazdára találtak a Medicina Thoracalis Nívódíjai is, valamint a Kováts Ferenc-emlékérem birtokosait – **Bárczi Enikő**, **Paróczai Dóra**, és **Szabó Mariann** – is megtapsolhattuk.

B. Király Györgyi



Nincs Hold, ha nem nézed



Szerintem szépírósan cseng a születési neve is. Mi indokolta az írói nevet?

– Amikor elkezdtem írni, az első próbálkozásokat már ki is tették egy internetes, kezdő író oldalra. Nyomban felmerült bennem, hogy nem kéne a születési nevemet használnom, mert az alatt szakkönyvet, orvosi cikkeket szerkesztettem. A kettőt így akartam szétválasztani. A döntés gyors volt. A Juli az édesanyám után jött, a Havas pedig a Trónok harcából. Felmerült a Daenerys Targaryen is, de az kicsit hosszú, bonyolult leírni, a kimondásáról nem is szólva.

Akkor tehát nem volt először egy 10-es lista, aztán a három legjobb, stb.?

– Nem, hamar pontot tettem a végére. Ha lett volna időm gondolkodni, akkor mindig úgy érezném, hogy nem ezt kellett volna, hanem azt. Amúgy is nehezen döntök. Ebbe bele is zavarodtam volna néhány nap alatt. Eldöntöttem, és jó választásnak bizonyult. A Facebookon például én vagyok egyedül ezzel a névvel. Ekortájt még nem tudtam, hogy lesz egy regényem, de azon a ponton véglegesült igazán, mert addigra ezen a néven már sok novellám megjelent. Volt olyan doktornős novellám, amit a WMN-en 80 ezren olvastak. A reklámérték miatt sem volt visszaút, főleg, hogy a könyvbizniszben nagyon nehéz, főleg az eladás.

Szalai Zsuzsanna főorvos a Petz Aladár kórház főorvosa, Havas Juli pedig a Kalligram kiadó írója. E két név egy személyt takar, de legkevésbé sem a magyar Dr. Jekyll/Mr. Hyde skizo-kettőst tisztelhetjük benne, hanem egy sokirányú orvosi végzettséggel rendelkező és emellett ragyogó írói vénával megáldott hölgyet. A Nincs Hold, ha nem nézed címmel megjelent regénye kézzől-kézre jár, ezért az alábbi beszélgetés inkább a „kettejük” egyéniségét, világszemléletét, aktuális helyzetét igyeckszik közkinccsé tenni.



De az nem az Ön reszortja, ha nem tévedek. Vagy bele kell folynia némi-képp?

– Az a baj, hogy leggyakrabban az írók reszortja, mert senki sem csinálja meg helyettünk.

De hát van kiadója.

– Igen, van, de a kiadómnak is szükösek a pénzügyi forrásai a sok szerzője miatt. Évente 60–70 könyvet ad ki, én pedig egy vagyok ott a sok közül. És akkor ez még csak egy kis kiadó. A nagyobbaknál ugyanez már többszáz-as nagyságrendű. Én a Libri-nél – mert a Kalligram a Libri csoport része – elvileg tartozom egy marketingeshez de igazi PR tevékenységet ő nem folytat, maximum kiközvetít, hogyha valaki megkeres, és szeretne meghívni valamilyen eseményre.

Akkor jól jön az Ön szervezői múltja! Ha jól értesült vagyok, vándorgyűléseket szervez, előad, publikál.

– Igen de az egészen más. Ott adott, hogy kiket kell megszólítani. Itt viszont csak a közösségi csatornák maradnak. Ebből a szempontból is jó, hogy nem a saját nevemen vagyok ott íróként jelen, bár szeretek facebookozni, jópofa kis kukiságokat megosztani a barátaimmal, de ismeretlenek felé posztolni, kedveléseket és követőket gyűjteni nem könnyű feladat, ezért komfortosabb művésznévem.

Insta sztorijai is vannak netán?

– Nem, mert azt még nem tanultam meg.

Pedig üzletpolitikailag indokolt volna!

– Persze, minden indokolt lenne, még a tik-tok is, de erre nekem már végképp nincs időm. Azzal vigasztalom magam, hogy az olvasóim inkább korombeliek, bár jobban belegondolva sok fiatalnak „tetszettem” így akkor őket is el kéne érni. A nagy kérdés, hogy mikor!?

A cselekmény, a szereplők és a kérdések melyekre rávilágít – ezek alapján a 18–49 tartományt tippem célközönségnek.

– Szerintem 60-ig is elmehetünk, sőt, tulajdonképpen bárkit megszólíthat ez a könyv. Még a volt román tanárnőm is méltatta a regényemet, pedig ő nyolcvan éves. A főszereplő 38 éves, ami középen van.

Jó, csak 40–50 felé az embernek már egy csomó kérdésre az a válasza – még ha látja is a problémáját –, hogy ez most már veszett fejsze, nem tesz semmit. Ugyanakkor, ha egy 20 éves-forma fiatal egy aggályos kapcsolatban találja magát, akkor neki megadatik, hogy időben elfusson.

– Igen, de ha valaki szerelmes, nem fog eszébe jutni, hogy olvasott egy könyvet, amiből kiderült, hogy fölösleges egy nősférfi pazarolni a fiatalságát az ember lányának.

Ez egyértelmű egyébként? Fekete-fehér a helyzet? Nem akadhat százból egy, aki elvállal az új nő miatt, őszinte lesz a szerelem, odaadó, nem hierarchikus, és minden jó lesz a világ végéig?

– Én a többi 99-ről írtam egy történetet. Főleg az érdekelt ebben a sztoriban, hogy sok ilyen hallunk, miszerint egy idősebb férfi oldalán nagyon fiatal nők tűnnek föl, akár a feleség mellett, akár helyette. Hogy az idősebb férfinek ez miért jó, azt értem. Azt viszont nem, hogy egy fiatal nő hogyan tud beleragadni egy ilyen szeretői kapcsolatba. Erre próbáltam elképzelni a lehetséges okokat, és részben találtam is rá választ: ilyen a szülők diszfunkcionális kapcsolata, illetve a korábbi negatív tapasztalatai saját párkapcsolataiban. Ugyanakkor a főhős magának való típus. Így nézve ez neki se volt anyyira rossz, ő ebben nem áldozatként vett részt. Volt olyan interjú, amiben arra jutottak, hogy ez egy klasszikus



bántalmazó kapcsolat. Én nem látom ilyen fekete-fehérnek. Pusztán azért, mert a férfi nem válik el és macsó a viselkedése, ez nem feltétlenül egy bántalmazó kapcsolat. Ez egy értelmes, okos nő, aki átlátta, hogy miben van benne s megfelelt neki. Az az igazság, hogy annyian elemezték már ki szegény Kertész Annát (a főszereplőt), hogy lassan tőlem független életet kezd el élni. Lassan olyan mintha nem is az én teremtményem lenne.

A szakma viszonyulása milyen, tehát a tüdőgyógyász kollégák milyen állásponton vannak?

– Egyelőre még csak irodalmárok szóltak hozzá.

Lassan talán többen kezdenek érteni a lélekhez, mint a focihoz.

– Én pont nem értek hozzá, de nem lehet mindent leegyszerűsíteni. Hasznos, ha föl hívjuk a közvélemény figyelmét akár a me too-ra, akár egy bántalmazó kapcsolatra, akár egy nárcisztikus partnerkapcsolatra. Jó, ha tudjuk ezeket a sémákat, de ismétlem: nem minden diszfunkcionális kapcsolat beteg. Az gyakoribb, hogy tévedünk, rosszul döntünk.

Folytatunk egy olyan viszonyt, aminek se eleje, se vége, se hossza, és értelme sincs. Ez mind jellemző az emberi esendőségünkre. Nem gondolom, hogy a szélsőségekbe kellene bármelyiket becsatornázni. Úgy beszélünk arról, hogy egy nő egy nősférfival kavar x évig, mint hogyha ez egy ritka, „óh, borzalom” eset lenne. Ha körül nézünk nonstop ezeket látjuk magunk körül. Ez szerelmi kapcsolatnak indult egy antiszociális nő és egy konzervatív főorvos között. Mind a kettő talált benne örömet, ami együtt tartotta őket a leginkább a szex. Az antiszociális nőnek nincs feltétlenül szüksége állandó kapcsolatra. Ebben a történetben nincs ítékezés, nincs konzekvencia levonás. Csak elmeséltem egy ilyen viszonyt.

A novellái főleg egészségügyi közegből szólnak.

– Ami leginkább foglalkoztat az orvosnői lét, hogyan lehet ezt az embert próbáló, mondhatni, gyilkos szakmát összeegyeztetni a családdal.

Önök sikerül?

– Senkinek sem sikerül tökéletesen. Valamelyiket föl kell adni,



ugyanis egy kórházi munka mellett – amikor havonta 4-5 ügyeletet is vinni kell –, nagyon nehéz helyt állni otthon is. Négy ügyelet azt jelenti, hogy nem vagyok otthon négyszer, valamint zombiként vagyok otthon plusz négyszer, tehát a másnapokon. Ez azt jelenti, hogy havonta 8 napom esik ki. A pályám elején tízszer ügyeltünk, ha belegondolok, az húsz. A férjem is ügyelt. Valóságos gyermeknevelő GMK voltunk. Egymással szinte nem is találkoztunk. Ismétlem, ez egy gyilkos szakma. Erre mindenütt kihegyezem a tollamat – a novellákban és a regényben is próbáltam ezt minden szinten megmutatni. Van egy menekülőösvény, a szakrendelőbe átigazolás, ahol legalább éjjel nem vagyunk leterhelve. Viszont aki szeretne haladni a szakmában az folyamatosan tanul, ennek sosincs vége. Ezeket szájbarágósan szoktam megírni a laikusoknak, hogy picit legyenek velünk megengedőbbek, ugyanis most egész elképesztő bizalomvesztés van az egészségügyben. Ha egy picit is hozzá tudnék tenni ahhoz, hogy pozitívabban álljanak hozzá, annak nagyon örülnék. Ez az oka annak is, hogy a regényemben a Covid-dal kapcsolatos részletekbe nem is írtam negatívumot.

Miért romlik a megítélésük?

– Egyszerűen azért, mert az embereknek, a lakosságnak nincsenek természettudományos ismeretei. Ezzel párhuzamosan az ostobaságot korlátlanul terjeszthetik a közösségi

médiában. Jobban hisznek egy véleményvezérnek, mint egy tudósnek, amit a tudós mond, azt meg sem értik. Ez világtendencia, nem csak ránk, magyarokra jellemző, hogy elbutultunk, hanem az egész világ butul annak ellenére, hogy a technológia fejlődik, miközben az ismereteink szűkülnek. Amikor egy orvos vagy nővér szemben áll a beteggel kettesben ott soha nincs probléma. Probléma akkor van, amikor már sokan vagyunk a rendszerben. Belődül a sok hozzátartozó, és mindent jobban tudnak. Olyan követelésekkel jönnek, ami egész egyszerűen nem „valid”. Íme egy példa: több éve tombol az ételallergia hiszti – a lakosság jelentős hányada be is dőlt ennek az össznépi átverésnek, hogy milyen gyakori az ételallergia, és miből kell diétázni. Mindig azt mondják, hogy a gyógyszereken milyen profit van, és

hogy a gyógyszergyárak pénzért adják a gyógyszert. Soha egyetlen ilyen ételallergiásnak álmódott betegnek sem jut eszébe, hogy az ilyen-olyan mentes termékek, csatornák, posztok hátterében is a profit áll. Az emberek nem gondolkoznak. Én magam allergológus is vagyok, de a magánrendelésemen nem nagyon fogadok ételallergiást, mert egyszerűen belefáradtam abba, hogy magyarázzam a betegnek, hogy miért nem korrekt a drága pénzért megvett laborlelete, és miért nem használhatjuk.

Ön magának keresi a bajt – ha úgy veszem –, mert tudógyógyászként végzett, de a tudását folyamatosan bővíti. Manapság készül újabb vizsgát letenni?

– Nem, már így is túlteljesítettem a tervet.

A kórház honlapján azt írják, hogy 2020-ban alvásmedicina licenc vizsgát tett. Ez az utolsó?

– Azt még a korona közepén, a regényírás közben sikerült, illetve előtte volt a PhD, 2016-ban. De igen, az volt az utolsó, mert most már le tudom foglalni magam a regénnyel.

Jellemző, hogy hol ír?

– Fejben.

Mikor jegyzi le?

– Otthon. Folyamatosan fejben találok ki mindent, és azt már csak le kell írni. Akkor már gyorsan megy maga az írás, ott nem szöszölök. Ha nem tudok mit írni, akkor nem ülök le a számítógép elé. Ha eszembe jutnak dolgok, akkor gyorsan beírom a



telefonba, nagyjából meg is fogalmazom a fejemben, otthon pedig leírom. A regény írásában az okos füzetem használtam, az egy stílusosabb Moleskine: Hemingwaynek volt a kedvenc füzet. Abba írtam például, amikor ki kellett találni a címet. Volt rá vagy 25 variáció, aztán amikor leadtam a kéziratot, a szerkesztőnek egyik se tetszett, úgyhogy az utolsó percben véglegesítettük.

Előfordul olyan, hogy az írásaiban magukra ismernek kollégák, és nem örülnek neki?

– Nagyon érdekes, hogy ebben a regényben is mindenki kereste, hogy mit írtam magamról, mit írtam másokról, de én nem nagyon tudok magamról, meg másokról írni. Egyetlen olyan novellám van, amit egy jó barátomról írtam, aki kiment Dominikára, és ott szerelembe esett. Ő egy klasszikus bántalmazó kapcsolatban élt, ezt megírtam részben novella, részben igaz történet formájában. Rengeteget szenvedtem vele, mert nem tudtam elszállni. A valós történet nem nekem való. Nekem az megy amikor teljesen szabadon, kötetlenül azt írhatok, amit akarok. Olyan tulajdonságokat adok a karaktereimnek, amik jólesnek. De azért minden karakternek lehet egy-egy olyan megjegyzése, mondata, gesztusa, amitől az embernek déja vu érzése lesz.

Lesz folytatás?

– Legközelebb egy másfajta nőről szeretnék írni, az egy önálló, másik regény lenne. Csak azért nem kezdtem még el, mert hirtelen annyi ötletem támadt, hogy nem tudom, melyiket válasszam. Fantáziában sincs hiányom, csak most írni is nehezebb, mert a Covid egy kegyelmi állapot volt: hirtelen nagyon sok időnk lett. Nem azért, mintha nem kellett volna a kórházban halálra dolgoznunk magunkat, hanem mert olyan inger-szegénnyé vált az életünk délután fél öttől másnap reggelig, hogy abba bőven belefért az írás. Ez a regény a Covid kitörésétől kilenc hónapig tart, pontosabban: a második hullám elejéig. A főhősöm számára ez egy nagyon zsúfolt időszak volt, úgy szakmailag, mint magánéletileg. Nekem viszont pont az ellenkezője: nagyon nyugodt periódus, volt idő



az alkotásra. Amellett persze, izgalmas is, mert nagyon félttem a járvány elején, miközben rengeteg feladatot kapott a szakmánk és az osztályunk.

A főhőse aneszteziológus szakorvos.

– Igen. Covid alatt volt egy kötelező egyhetes tanfolyam a rezidenseknek, ahova én is beneveztem. Ők voltak a frontvonal legtetején, így egyértelművé vált, hogy a főhős doktornő anesztes lesz.

Egy zárkózott anesztes, akinek nem kell a betegekkel beszélgetni. Irigy rá néha e miatt?

– Nagyon szeretem a tüdőgyógyászatot, nincs ilyen érzésem. Az osztályon mindannyian szenvedünk kommunikációs nehézségektől. Nem vagyok egy kommunikációs zseni, ha agresszív a hozzátartozó, nem tudom megőrizni a higgadtságomat, és ez nem jó. Van azonban olyan kolléganőm, aki ebben nagyon jó, és el is nyeri méltó jutalmát, mert az összes problémás beteg nála köt ki.

Az rengeteg plusz idő, ami luxus.

– Kiveszi az emberből az erőt, egyenes út a kiegész felé. Nagyon jó közösségben dolgozom, a humor va-

lamelyest megvéd minket. Itt mindenki brillírozik a szellemességével, ez nagyon sok nehézségen átsegít minket.

Témakereséskor nem kacsintgat más területek fele?

– Nem. Én nagyon későn kezdtem az írást, nekem erre nincs időm, így azt kell kimaxoljam, amihez értek és ez az orvoslás. Ebben mások annyira nem jártasak, úgyhogy érdemes ezt az előnyt megtartanom. Állandó készletet érzek arra, hogy írjak. A Facebook oldalamra folyamatosan gyártok posztokat, amire nagyon ráfókuszáltam, az a híres írók, irodalmi személyek betegségei. Részben azért, mert megfeledeztünk arról, hogy az orvostudomány fejlődik. Írtam már Hemingway sérüléseiről, Orwell TBC-jéről, Kazinczy kapcsán a kolerajárványról, legutóbb pedig Boris Vian szívéről és a Tajtékos napokról. Ő gyerekkorában reumás lázban szenvedett, majd reumás szívbetegségben, és ennek szövődményében halt meg 39 évesen, nagyon fiatalon. Ezeket részben a saját örömemre, részben egy kicsit ismeretterjesztő céllal művelem. Valamit mindig írok.

Góczán András

Az ELLIPTA¹⁻⁴ a COPD-s és asztmás betegek preferált inhalátorának bizonyult.^{5*}

4 féle hatóanyag kombináció ugyanolyan ELLIPTA eszközben¹⁻⁴

24 ÓRÁS HATÁS az aktív hatóanyagok tekintetében^{1-4,}**

Könnyen használható 30 adagos ELLIPTA inhalátorból^{1-5,*}**

INCRUSE ELLIPTA
umeclidinium

ANORO ELLIPTA
umeclidinium/vilanterol

RELVAR ELLIPTA
fluticasone furoát/vilanterol

TRELEGY ELLIPTA
fluticasone furoát/umeclidinium/vilanterol

Rövidítések: COPD: krónikus obstruktív tüdőbetegség, FEV₁: kényszerített kilégzési térfogat 1 másodperc alatt, ICS: inhalált kortikoszteroid, LABA: hosszú hatású béta₂-adrenerg receptor agonista, LAMA: hosszú hatású muszkarin receptor antagonist, SABA: rövid hatású béta₂-adrenerg receptor agonista

*Multicentrikus, multinacionális, prospektív, randomizált, kontrollált, nyílt, keresztetett, egy víztes vizsgálat volt, ahol a placebo Ellipta inhalátor használatát hasonlították össze a placebo Diskus (n = 171), adagolószelepes aeroszolos inhalátor (n = 80), a Turbohaler (n = 100), a HandiHaler (n = 118) és a Breezhaler inhalátorokkal (n = 98) 40 év feletti COPD-s betegeknek és a placebo Diskus (n=70), adagolószelepes aeroszolos inhalátor (n = 32), a Turbohaler (n=60) ≥ 18 éves asztmás betegeknek, akik korábban nem használtak Elliptát és legalább az egyik összehasonlító inhalátort. A betegeket az Ellipta-eszközhöz és az egyik összehasonlító inhalációs készülékhez véletlenszerűen rendelték, amelyikre nézve naivak voltak. A vizsgálat elsődleges végpontja azon betegek aránya volt, akiknél legalább egy kritikus hiba volt az inhalátor használatakor. Kritikus hiba: bármely hiba, mely szignifikánsan csökkentette, hogy az inhalációs por minimálisan vagy egyáltalán ne legyen inhalálva.⁵

A COPD-s vagy asztmás betegek jelentősen nagyobb arányban részesítették előnyben az Ellipta inhalátort a Diskus / Accuhaler, egy adagolószelepes aeroszol inhalátor, a Turbohaler, a HandiHaler vagy a Breezhalerhez képest (p < 0,001 minden összehasonlításnál), vagy a Diskus / Accuhaler (p < 0,001), adagolószelepes aeroszol inhalátor (p = 0,002) vagy Turbohaler (p < 0,001) eszközhöz képest.⁵

A FEV₁, 24 órás szignifikáns javulása az Incruse Ellipta² vagy az Anoro Ellipta³ és a placeboval szemben (p < 0,001) 6 hónapos COPD-ben szenvedő betegeknek. A súlyozott átlag FEV₁ javulása az adagolás utáni 0-24 órával a Relvar Ellipta 92/22 µg és a placebohoz képest (p < 0,001) egy 12 hetes vizsgálatban asztmás* betegeknek, valamint a Relvar Ellipta 184/22 µg vs. flutikazon-furoát 184/22 µg naponta egyszer (p = 0,048) és a flutikazon-propionát 500 µg naponta egyszer (p = 0,003) az asztmás betegek 24 hetes vizsgálatában.⁴ * A COPD-s betegek szignifikánsan nagyobb arányban értékelték az Ellipta eszközt „nagyon könnyen vagy könnyen” használhatónak a Diskus/ Accuhaler eszközhöz, egy adagolószelepes inhalátorhoz, a Turbohaler, HandiHaler vagy Breezhaler eszközhöz képest (p < 0,001). Az asztmás betegek szignifikánsan nagyobb arányban értékelték az Ellipta eszközt „nagyon könnyen vagy könnyen” használhatónak a Diskus/ Accuhaler eszközhöz, egy adagolószelepes inhalátorhoz vagy a Turbohaler eszközhöz képest (p < 0,001).⁵

Referenciák: 1. TRELEGY Ellipta Alkalmazási előírás, 2021.02.16. 2. INCRUSE Ellipta Alkalmazási előírás, 2021.08.11. 3. ANORO Ellipta Alkalmazási előírás, 2021.07.23. 4. RELVAR Ellipta 92/22 µg és 184/22 µg Alkalmazási előírás, 2021.10.21. 5. Van der Palen J et al., NPJ Prim Care Respir Med. 2016;26:16079.

Bővebb információért olvassa el a gyógyszerek alkalmazási előírását, amelyeket a QR-kódok leolvasásával ér el. A hatályos alkalmazási előírások teljes szövegét megtalálja az Országos Gyógyszerészeti Intézet és Elemezés-egészségügyi Intézet (www.ogyei.gov.hu) honlapján.



TRELEGY Ellipta



ANORO Ellipta



INCRUSE Ellipta



RELVAR Ellipta 92/22 µg
RELVAR Ellipta 184/22 µg



Az aktuális árak tekintetében kérjük, ellenőrizze a www.neak.gov.hu honlapon található információkat, melyet a QR-kód leolvasásával ér el.
Kiadhatóság: Kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszerek (V) (KGY).

▼ Ezek a gyógyszerek fokozott felügyelet alatt állnak, mely lehetővé teszi az új gyógyszerbiztonsági információk gyors azonosítását. Az egészségügyi szakembereket arra kérjük, hogy jeleljenek bármilyen feltételezett mellékhatást.

Kizárólag egészségügyi szakembereknek szóló kommunikáció.



Berlin-Chemie/A. Menarini Kft. I 2040 Budaörs, Neumann J. u. 1. | Tel.: 23/501-301
HU-ELL-01-2022-V02-ad-#28461 • A dokumentum készítésének időpontja: 2022.03.04. • Érvényessége: 2024.03.04.

INNOVIVA

Kézilabdaedzőnek készült, de túl jól ment a matek...



Nyílt lapokkal szeretnék játszani – dohányos ember vagyok. Ezennel vége az interjúnak?

– Ez az Ön magánügye, én nem vagyok egy elítélő típus, úgyhogy természetesen folytathatjuk a beszélgetést. Ez az egész azonban azért szomorú, mert egyértelműen káros és tényleg nehéz róla leszokni. A legnagyobb baj, hogy ez a dohánytermék létezik.

A munkájának hány százalékát teszi ki a dohányzás okozta, tüdőt érintő betegségek gyógyítása?

– Jelentős részét, körülbelül 80%-át ugyanis a daganatos betegségek mellett a COPD és az asztma hátterében is ez áll.

„Esetünkben” szóba jöhet a transzplantáció? Májátültetésnél régebben az alkoholizmus kizáró ok volt.

– Bizonyos feltételek mellett igen. Például le kell szoknia legalább egy évre, valamint pszichológiai vizsgálaton is át kell esnie, tehát ilyen szempontból nem részesítjük hátrányban.

Az Ön tüdeje kristálytisza?

– Az enyém biztosan. A rendes éves kötelező mellkas-röntgen vizsgálatok bizonyítják.

Manapság a gyógyításban mennyivel tágabb a mozgástere, mint a pályája elején volt?

Bohács Anikó egyetemi docensi státusza a Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinikáján csak egy a sok közül. Fontos szerepet játszik a tüdőtranszplantáltak életében, az utánpótlás-nemzedékek szakmai fejlődésében, ritka betegségek elhivatott kutatója, megannyi tanulmány szerzője, társszerzője. Szuperképessége is van – a legkedvezőtlenebb fordulatokból is előnyt képes kovácsolni. És természetesen toleráns típus is, máskülönben az alábbi beszélgetés már az első kérdés feltétele után be is fejeződött volna.

– 25 éve dolgozom ezen a területen és mondhatom: sokkal. A felderítésben például egy „low dose” röntgen vizsgálatra mehetnek a veszélyeztetettnek tekintett 40 év felettek. A gyógyításban 2015 óta választhatjuk az immunterápiát, műtétkor ma már minimál-invazív sebészeti beavatkozásokat végzünk, bizonyos típusú daganatok esetében pedig, genetikai vizsgálatot követően célzott biológiai terápiával gyógyítunk.

Ön specializálódott az idők folyamán?

– Amihez mindenkinek érteni kell az a tüdőgyógyászat. Ezen felül némiképp feloszlik a terület. Én a súlyos-asztma ambulancián és az intersticiális tüdőbetegség ambulancián dolgozom. Ezekon felül a transzplantációs tüdőbizottságot vezetem, illetve a tüdőtranszplantáltak gondozásában vagyok jelen.

A napi rutinon és az ezen felüli pozíciókban végzett munkáján kívül számos tanulmány szerzője vagy társszerzője. Ezt szívesen csinálja?

– Igen, még akkor is, ha ez műfaj csak munkaidőn kívül üzhető, mivel annyi a beteg. Aki egyetemre jön dolgozni az tudja, hogy ha itt akar maradni, már csak a tudományos fokozatok és vizsgák teljesítése miatt is muszáj kutatásokban, tanulmányokban, publikációkban részt venni, különben átminősül pl. klinikai főorvossá. Szerencsém van, mert nekem a munkám a hobbim is, hiszen nagyon szeretek oktatni, illetve ezt megelőzően az előadások összeállításakor örömmel élem ki a kreativitásomat. Az orvosi munkában élvezem például a tükrözést, a csapolást, tehát a manuális részeket, és a ritka betegségek

felfedezése is izgalmas kihívásokban bővelkedik. Nem tudok nemet mondani az „egyéb” felkérésre sem. Most például tankönyvfejezetet írok a belgyógyász szakmának. Ehhez naprakésznek kell lenni, de szeretek olvasni.

Az oktató-tudást átadó munkájába kapaszkodva – vannak büszkeségei a „nevelt gyermekei” körében?

– Az eleve nagyon jó érzés, hogy akik nálam voltak TDK-sok, később medikusként is hozzám jönnek. Egy kolléga költözött menet közben külföldre, de családi okok miatt, úgyhogy ez nem ér. Sok hallgatóm sokra vitte már, itthon és külföldön egyaránt.

Őn nem kacérkodott soha a nemzetközi karrierrel?

– Röghöz kötött típus vagyok. Itthon él az egész család, amire persze lehet az a válasz, hogy ma már nem okozna nehézséget a meglátogatásuk a világ távoli pontjairól sem, de a három fiam kapcsán annak idején arra jutottam, hogy a világ ártalmait ellen azzal tudom a legeredményesebben felkészíteni őket, ha a családi kötődésre helyezem a hangsúlyt. Ebben pedig komoly szerepük van a nagyszülőknek is. A családi hálónál szerintem nincs nagyobb védelem.

A tüdőtranszplantáltak köre nyilván máshogy, de szintén a családjának számíthat, hiszen élethosszig tartóan végzi a gondozásukat.

– Lehet mondani. 2008 óta, mint egyetlen országos centrum végezzük ezt a munkát. Baráti kapcsolatot nem tudunk ápolni velük, de a kontrollok révén naprakészen informálnak bennünket az életük alakulásáról. Tudom, hogy ki nősült meg, kinek ment férjhez a lánya, értesülünk a gyermekáldásokról, sőt, fényképeket is kapunk. A huszoneves kapcsolatoknál már a rezdülésükből is kiolvasom a hangulatukat. 2015 óta végzünk itthon tüdőátültetéseket, addig Bécsben folytak ezek a beavatkozások, mi „csak” az előkészítésben játszottunk szerepet. Immár 7 esztendeje évi 20 körüli transzplantáció történik a Mellkassebészeti Klinikán. Világszinten nem tartozunk a legnagyobb centrumok közé – Torontóban például évi 100 ilyen beavatkozásra kerül sor, de Európán belül minden szempontból nagyon jók vagyunk a mezőnyben. Azért használok mindig többszámot a munkám bármely területéről is legyen szó, mert egyrészt ezek közös sikerek, másrészt olyan szellemiség uralkodik minden egyes közösségben, ami példás. Az intézmény korábbi vezetője Losonczy professzor, és napjainkban Müller professzor aszszony rendkívül aktívak és elkötelezettek a betegellátás, az oktatás és a kutatás területén egyaránt. A



teljességhez nélkülözhetetlen persze a kollégák ezzel harmonizáló gondolkodása, viszonyulása is. Fontos a példamutatás. A rezidenseink látják mit csinálunk, és kialakul bennük az eltökéltség, hogy ők is szeretnék ezt a munkát ugyanolyan elkötelezetten végezni, mint mi, az időközben „seniorrá” vált elődök. Inspirálólag hat, hogy már a kezdetekkor beforgatjuk őket akár az oktatásba is. Az egész munkacsoport szellemiségének ilyennek kell lennie, mert ebben a műfajban egyedül senki nem képes extrém teljesítményre, közösen viszont „felturbózódnak” az agyak. Könnyebben jönnek az ötletek a betegellátásban is csapatként viszonyulunk egy-egy nehezebb esethez. Sikerünk záloga lehet a baráti viszony is. Nálnak legkevésbé sem érződik a klasszikus hierarchia, helyette a támogatás, a közvetlen hangvétel dominál. Talán ezeknek köszönhető a gyér fluktuáció. Számos kollégám annak idején itt kezdte a pályafutását és a nyugdíjas éveiben is aktívan velünk van. Kontra érv lehet, hogy a „sima” kórházi műszakoknál is jóval több időt vesz igénybe ez a munkakör, de a sikereink kárpótolnak mindenért. Az is kifejezetten doppingol bennünket, hogy az élvonalhoz sorolnak bennünket, így hozzájutunk a legújabb műszerekhez, illetve részt veszünk a legkomolyabb programokban.

A diákjaira nagy hatással van ez nem vitás, de mi a helyzet otthon? A saját gyermekei fontolgatják, hogy az Ön nyomdokaiba lépnek?

– A 19 éves fiam más irányba indult, mérnök-informatikusnak készül. A 16 és 13 éves fiaimnál még érdemes lehet kampányolni, de egyelőre úgy tekintenek rám, hogy nem tartják képesnek magukat a pályámra, pontosabban azt tippelik, hogy ez a volumenű szorgalom nincs meg bennük. Azt már korábban össze-rakták magukban, hogy nagyon sok a munka, viszont cserébe nem jár vele sem telefon sem autó, mint ahogy az a menedzser-világban gyakori. A tárgyi motiváció alapján nem felém billen a mérleg nyelve, ez igaz.

Na de – Moldovával szólva – és a szív és a lélek? Ráadásul ez az Ön-nél bizonyosan tapasztalható lelkesedéssel kiegészítve kevés?

– Ők inkább műszaki beállítottságúnak tartják magukat. A férjem gépészmérnök – lehet, hogy e tekintetben az Ő példája dominánsabb, de én mindig mondom nekik, hogy ez színes – legkevésbé sem monoton munka, továbbá változatos is, a szellemi szabadságról nem is szólva. Önálló döntéseket lehet itt hozni, ami persze felelősséggel is jár, de ha az egészsége engedi, élethosszig folytatható.

Tüdőtranszplantált betege, az általa írt matematika könyvvel



Nagyobb összeget tennék rá, hogy a nyugdíjkorhatár elérése után sem tervezi nyomban szögbe akasztani a köpenyét, de azért van egy-két olyan terv, amit feltétlen meg szeretne majd valósítani?

– A leendő unokáimban sok örömet tervezem lelteni, illetve nagyon szeretném a horvát partokat motorcsónakkal bejárni. Jó lenne, ha több időm jutna színházra és kiállításokra is, mert szeretem a művészeteket is. Főzni is szeretek, úgyhogy biztosan el tudnám ilyesmivel is foglalni magam.

Nyaralások alkalmával sincs olyan, hogy csak sütteti a hasát és látványosan semmit tesz?

– Szoktam napozni, de közben mindig olvasok. Viszszatérő jelenség, hogy a gyerekeknek kiszabott ajánlott irodalmaira fanyalodom, mert kevés könyvet viszek magammal. Egyebek mellett újraolvastam nemrég a Vörös

és feketét. Ezeket a műveket magamtól biztosan nem vettem volna elő, de határozottan élveztem.

A Pál utcai fiúkkal egy kis szakmát is becsempészhettek. Nem bosszantotta Nemecek tüdőgyulladásos halála, a mai Klinikák tőzsomszédságában?

– Az azért nem, de a Fűvészkertet szeretem. Szervezett idegenvezetővel is jártunk itt korábban a kollégákkal. Én az egyetemi évek alatt pont ráláttam a kollégiumból, ahol laktam, úgyhogy régi ismerős a terület. Pár éve megint ezen a környéken lett a második otthonom, hiszen a „Diósárokból” a Tömő utcába költözött az intézet. Ez akár kiszúrás is lehetne, mert azóta jóval többet kell utaznom, de nézem a jó oldalát – olvasásra fordítom a menetidőt. A buszról leszállva 15 perc séta következik, ami ugyanennyi visszafelé is. Jó alkalom a kapcsolásra.

És talán sportértéke is van. Mást is sportol mostanában?

– Nem, de a szülővárosomban, Kisvárdán a kézilabda volt a nagy szerelmem. 11 éven át űztem is, az egyetemi csapatban is játszottam. Sokáig kézilabdaedzőnek készültem, de az osztályfőnököm lebeszélte róla, mert túl jól ment a matek. Nyaranta lovagoltam is Várdán, de teniszezni és síelni is szeretek. Utóbbi a gyerekek érkezésekor szünetelt. Aztán sajnos lett egy gerincsérülésem, úgyhogy most a gyógytorna a fő „sport” az életemben, de tervezek újra fitneszterembe járni.

Az a tippem, hogy eddig Önnel minden úgy történt ahogy szerette volna, s ha újrakezdene is így alakítaná a dolgait. Akad mégis valami, amit sajnál?

– Nem igazán, hacsak azt nem, hogy a tudományos fejlődésem a szüleim után kicsit lelassult. Lépést tartottam ugyan a tudománnyal, naprakész voltam, sőt előadásokat tartottam, illetve a várandósságaim alatt mindig visszamentem dolgozni. A gyermekeim első éveit viszont mindenképpen velük szerettem volna tölteni, mert a már korábban is említett családi kötődést nagyon fontosnak tartom.

Góczán András



Szeretet az vagy van, vagy nincs!



Az erdélyi származású Kádár Gabriella a temesvári gimnáziumi évek után a Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetemen folytatja tanulmányait. Pályájának következő állomásai Budapest, Nagykovács, majd ismét Budapest. Ma az országos Korányi Pulmonológiai Intézet tbc-s betegekkel foglalkozó Krónikus Tüdőgyógyászati osztályának vezetője. A hatalmas empátiával és szociális érzékenységgel rendelkező szakember az idei vándorgyűlésen lelkiismeretes és kiemelkedő munkájáért Böszörményi Miklós-díjban részesült.

A díjátadón a laudációban kiemelték az empátiáját és a szociális érzékenységét.

– Ez volt a két kulcsszó nálunk. Erdélyi református pap családból származom, már a nagyapám is református pap volt. A feleségek vagy háziasszonyok, vagy – amikor már elfogadottá vált, hogy az asszonyok is dolgoznak – az egészségügyben munkálkodtak, akár asszisztensként, akár nővérként. Elsőként én lettem a nők közül orvos a családban. Az empátia mindig is jelen volt nálunk. Ezért természetes volt számomra, hogy olyan területet válasszak, ahol ez kibontakozhat. Temesváron jártam gimnáziumban és mivel jó tanuló voltam, tanáraim is arra felé terelgettek, hogy „nagyban” gondolkozzak. Jelentkeztem az orvosi egyetemre, férjemmel egyszerre végeztünk és össze is házasodtunk. Abban az időben, ahhoz, hogy dolgozhassak, orvosi kamarai tag kellett legyek. Az viszont csak akkor lehettem, ha volt munkahelyem. Így az elképzelésem, hogy gyerekgyógyász és gyerekpulmonológus legyek szertefoszlott. A testvérem református pap volt Soroksáron, jó kapcsolatot ápolt a segítő szervezetekkel. Így jutottunk el Levendel László professzor úrhoz, aki a Korányiban létesítette azt az osztályt, ahol a nehezen kezelhető, problémás tbc-s betegeket gyógyították komplex módon, szociális és pszichológiai, pszichiátriai segítséggel. Így kezdtem el dolgozni ezen az osztályon, így lett a Korányi Pulmonológiai Intézet az első munkahelyem. Akkor még nem volt hol laknunk, így albérletbe költöztünk. Az Országos Addiktológiai Intézetben keresztül helyeztek ki a Korányiba, később a Nagykovácsi Elmeógyógyintézetben kaptunk szolgálati lakást. Ott is kihelyezettek voltunk, így lehetőségünk volt visszajönni. Az egyik fiam még Marosvásárhelyen született, a másik már Nagykovácsán. Visszatértünk Budapestre, akkor döntöttem el, hogy felnőtt tüdőgyógyász leszek. Megszereztem a tüdőgyógyász szakvizsgát, majd az addiktológiai is. Ez főleg a problémás nehezen kezelhető betegek miatt hasznos.

**Az Ön osztályán igazán nehéz esetek találhatóak. Most mi-
ben segítenek a betegeknek?**

– Ha a beteg már nem fertőz és együttműködő, akkor hazamehet. A protokoll szerint havonta nézünk köpetvizsgálatot és egyéb kontrollt. Aki nem működik együtt, vagy rosszak az életkörülményei, hajléktalan, vagy szerfüggő, biztosítottabbnak látom, hogy a kórházban maradjon a teljes kezelés alatt. A minimális kezelés egy gyógyszerérzékeny tuberkulózisnál 6 hónap. Ilyenkor a szociális munkásaink segítenek, hogy egészségügyi járadékot kapjon, hogy legyen helye a hajléktalanszállóban. De volt már arra is példa, hogy összehoztuk az egymástól eltávolodott családtagokat, ők pedig visszafogadják az élet peremére került rokonukat. Arra is figyelünk, hogy a kikerülő betegeknek valamiféle célt mutassunk a gyógyulás után. Az egyéni foglalkozások során szinte mindenkihez megtaláljuk a kulcsot. Sok éve összeszokott csapattal dolgozom.



Jó hivatást választott?

– Szeretem gyógyítani a tbc-t és nagyon érdekesnek tartom, ahogyan fejlődött a diagnosztikája. Sajnos új gyógyszerek nem igazán jelentek meg az utóbbi években. Nem csak a betegséget, vagy egy szervet nézek, hanem mindig az egyént kezelem és ez a tbc-s betegeknél hatványozottan így van. Elég magas a szakorvosainknál a korfa és nem látom biztosítva az utánpótlást, nem állnak sorban az ifjú tüdőgyógyász jelöltek, hogy jönnének az osztályomra.

Bő tíz éve arról beszélt egy interjúban, hogy volt olyan betegük, aki tizedszer szökött meg a kórházból anélkül, hogy meggyógyították volna. Változott-e a szabályozás és a trend 10 év alatt?

– A kényszer-gyógykezelésnek törvényi háttérre van, nagyon szigorúan meghatározzák a feltételeket és azt is, hogy ki rendelheti el. Az intézetünkön belül működött is ilyen osztály egészen a Covid járványig, ahol a nem együttműködő tbc-s betegeket kezeltük. Nehéz a kezelésük, mert általában komoly személyiségzavaros emberek, akik sok esetben fenyegetést is jelentettek az egészségügyi személyzet számára. Az itt kezelteteket sikerült mind meggyógyítani. Nem tudjuk újraindítani ezt az osztályt, mert a COVID osztályra még mindig szükség van. Az is tény, hogy a tbc-s betegek száma fokozatosan csökken. Régen, a hajléktalansággal és a mélyszegénységgel volt kapcsolatos ez a betegség. Ma új trend van kialakulóban. A tbc-vel magasan átfertőződött országokból Magyarországra tanulni, vagy dolgozni érkezők közül egyre többen kerülnek kórházba, gyakran rezisztens, gyógyszereknek ellenálló kórfarmákkal. Ők egy teljesen más jellegű betegcsoportot képviselnek. Tanulni, dolgozni jöttek, nincsenek erőteljes tüneteik, nem akarnak kórházba kerülni, viszont fertőznek.

A tbc-nek nincsenek tünetei?

– Az esetek felében nincsenek. Ilyenkor szűrés, munkaalakmassági szűrés, vagy más kórházi betegség kapcsán derül ki a betegség. Megfázásra, köhögésre panaszkodnak, amit antibiotikummal kezdenek kezelni. Előrehaladott súlyos esetekben jelentkeznek tünetek. Ilyenkor kerülnek csak tüdőgondozóba vagy kórházba. Ma már PCR vizsgálatokkal mód van arra, hogy megkülönböztessük a tbc bacilust az egyéb mycobaktériumoktól. Így elérhetjük, hogy csak tbc-s betegek kerüljenek a fertőző osztályra, csak a tuberkulózis esetén vannak járványügyi feladataink. Az egyszerű tbc-t könnyebb, a rezisztent – ami az alapgyógyszereknek ellenáll – nehezebb kezelni. Speciális, egyedi importból származó gyógyszerekre van szükség, amelyek nagyon drágák, több mellékhatásuk is van. Akkor van gond, ha a beteg szervezete nem bírja a gyógyszert, vagy nem szedi folyamatosan.

Hogyan hatott egymásra a Covid és a tbc?

– A járvány alatt kevésbé mentek a betegek orvoshoz. Volt olyan időszak, amikor csak online rendelés volt. Úgy láttuk, hogy csökkent az esetszám, ugyanakkor idén nőtt – a tavalyi és tavalyelőttihez képest – a tbc-sek száma. Találkoztam olyan beteggel is, aki nem tudta, hogy latens

tbc-s, mert nem volt tünete, nem volt röntgen árnyéka sem. Aztán Covidos lett és a vizsgálatok derítették ki, hogy tuberkulózisos.

Segítenek a feltöltődésben a gyökerei?

– Édesapám mindig azt mondta, hogy „ha rendes ember vagy akkor az, maga a vallás is, meg a hit is.” Ha betartasz bizonyos dolgokat, segítesz másokon, ha úgy élsz, akkor nem feltétlenül kell elmenni templomba. Legjobban azt sajnálom, hogy – mivel kamaszkoromban elveszítettem a szüleimet egy autóbalesetben – nem lehetek részei az életemnek. Nem láthatták, hogy mire jutottam.

Hogy áll a főzéssel?

– Szeretek főzni, talán ezért lett az egyik fiam szakács. Nagyon sok minden érdekel, de ahogy a közmondás tartja: sokat akar a szarka, de nem bírja a farka. Szeretem a kertem, az az igazi hobbim. Ültetek, kísérletezek, így lett a kisebbik fiam kertészmérnök. De legfőképp azt szeretem, ha körülöttem van a családom. Van két kutyánk is, akik vidámságot hoznak az életünkbe. Szeretek táncolni, balettozni. Gyerekkorban és felnőttként is hosszú évekig jártam balettre, de a Covid miatt abbamaradt, ahogy elmaradt a népi tánc meg a társastánc is. Van, amikor csak leülök olvasni, vagy elmegyek színházba. Általában megtalálom azokat a pontokat, amik feltöltenek. A Covid alatt még több volt a munka, az ügyelet, a helyettesítés. Elfogott az energiám. Lelkileg is elfáradtam. Most voltam életemben először úgy, hogy elmentem egy hétre egy gyógyfürdőbe és lassabb fordulatszámra kapcsoltam. Sokat gondolkoztam. Alapvetően szemlélődő típus vagyok, szeretek egyedül lenni.



Vannak megvalósulatlan álmai?

– Szeretném folytatni, amit eddig csináltam. Jó lenne, ha a fiataloknak is átadhatnék a tapasztalataimból. Ezt csak úgy lehet jól csinálni, ha az ember szereti, amit csinál. A szeretet az vagy van, vagy nincs. Nem elhatározásból szeretünk valamit. A magánéletemben, pedig remélem, hogy lesznek unokáim. Az idén házasodott az idősebbik fiam, úgyhogy bízom benne. Magamnak egy picit több időt szeretnék és erőt, hogy újra többet mozoghassak.

Seregély István



Mikronizált gyógyszerformulájú³

Nebilet az esszenciális hipertónia kezelésére^{4**}

Terápiás javallat:

Hipertónia: Esszenciális hipertónia kezelése.

Krónikus szívelégtelenség: Stabil, enye illetve közepesúlyos krónikus szívelégtelenség kezelése a standard terápia kiegészítéseként idős korú (70 éves és idősebb) betegeknél.

*: Enye illetve közepesúlyos hipertóniában a nebivolol alkalmazása során az életminőség („Quality of life” = QoL) javulását figyelték meg.²

**: Multicentrikus vizsgálat. N=6356 közepesen súlyos hipertóniás beteg, Nebivolol 5-10 mg/nap. Elsődleges végpontok: hatékonyság, biztonságosság, fizikai terhelhetőség értékelése a vizsgálat 6 hete során.

Nebilet® 5 mg filmtabletta

Hatóanyag: 5,00 mg nebivolol tablettánként. **Javallatok:** Esszenciális hipertónia kezelése. Stabil, enye illetve közepesúlyos krónikus szívelégtelenség kezelése a standard terápia kiegészítéseként idős korú (70 éves és idősebb) betegeknél. **Adagolás:** **Hipertónia:** Felöltök: Az adag naponta egy tablettát (5 mg). Időskor: 65 év feletti betegek esetében az ajánlott kezdő dózis 2,5 mg/nap. Ha szükséges, a napi dózis 5 mg-ig emelhető. **Krónikus szívelégtelenség:** A Nebilet kezelést az adag 1-2 hetenként történő lépésenkénti emelésével a következő sémát alkalmazva javasolt elkezdeni: A kezdő adag 1,25 mg nebivolol naponta, amely növelhető 2,5 mg/nap adagra, utána 5 mg/nap adagra, majd végül 10 mg/nap adagra. A maximális ajánlott adag 10 mg nebivolol, naponta egyszer. **Veseelégtelenségben szenvedő betegek:** Enye és közepesúlyos veseelégtelenségben az adagolás módosítása nem szükséges. **Ellenjavallatok:** A hatóanyaggal, illetve a tablettá segédanyagával szembeni túlérzékenység. Májelégtelenség, vagy májfunkció-károsodás. Terhesség és szoptatás időszaka. Akut szívelégtelenség, kardiogén sokk, illetve intravénás inotrop terápia szoruló dekompenzált szívelégtelenség epizódok. Ezen kívül, úgy, mint egyéb béta-blokkolók esetében, a Nebilet adása kontraindikált: sick sinus szindróma, beleértve a sinoatriális blokkokat, másod- és harmadfokú atrioventricularis blokk (pacemaker nélkül), bronchospazmus, illetve asthma bronchiale az anamnézisben, kezeletlen phaeochromocytoma, metabolikus acidózis, bradycardia (szívfrekvencia < 60/perc), hipotónia (a szisztolés vérnyomás 90 Hgmm alatti), súlyos perifériás keringési zavar. **Leggyakoribb mellékhatások (>0,1%):** Fejfájás, szédülés, paraesthesiák, dyspnoe, székrekedés, émelygés, hasmenés, fáradtság, ödéma, rémálmok, depresszió, látás romlása, bradycardia, szívelégtelenség (súlyosbodása), lassult AV-vezetés / AV blokk, hipotónia, claudicatio intermittens súlyosbodása, bronchospazmus, dyspepsia, flatulencia, hányás, viszketés, erythemás bőrkiütés, impotencia. **Kiadhatóság:** Kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer. **Bővebb információért, a mellékhatások, ellenjavallatok és az alkalmazással kapcsolatban óvintézkedések teljes listájáért, olvassa el a gyógyszerek teljes alkalmazási előírását!** A hatályos "alkalmazási előírások" teljes szövegét megtalálja az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (<https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/>) honlapján. Elérési útvonal: <https://ogyei.gov.hu>; Alkalmazási előírás dátuma: 2019.06.01. Térítési díj: Nebilet tablettá 28x: 976 Ft (közfinanszírozás alapjául elfogadott ár: 1377 Ft, a normatív támogatás összege 401 Ft. Az aktuális árak tekintetében kérjük, ellenőrizze a <http://neak.gov.hu> honlapon található információkat. Elérési útvonal: <http://neak.gov.hu> > szakmának; gyógyszer/gyse/gyogyfudro > egészségügyi szakembereknek > publikus gyógyszerforgó > végleges törzs > Publikus gyógyszerforgó – lakossági tájékoztató.

Hivatkozások: 1. IQVIA National Combined adatbázis 12/2019 országos adatok 2. M.P. Hermans et al. Quality of life and efficacy of nebivolol in an open-label study in hypertensive patients. The QoLaN study, Blood Pressure, 2009; 18 (Ther Suppl 1): 5-14. 3. Magyar Szabadalmi Hivatal: Szabadalmi bejelentés lajstromszáma: 221 848 B1; címe: Mikronizált nebivolol tartalmazó gyógyszerkészítmények 4. T. J. Cleophas et al. The beta blocker nebivolol and exercise capacity in patients with mild hypertension, Perfusion 2004; 17: 302-304



Kérjük, ne tegyék a fogyasztók részére elérhetővé vagy láthatóvá!

A dokumentum lezárásának időpontja: 2022.04.05. A dokumentum érvényességi ideje: 2024.04.05.

HU-NEB-02-2022-V01-ad-#30360

Tudod ki az a Kováts Ferenc?

A Magyar Tüdőgyógyász Társaság emlékérmével a korszerű magyar pulmonológia megalapításában elvülhetetlen érdemeket szerző, iskolateremtő senior Kováts Ferencnek állít emléket. Kolozsvárott végezte az orvosegyetemet, sebészként kezdett a Dollinger klinikán, majd körorvosként folytatta a székelyföldi Radnóton. Erdély elcsatolása után Szegedre érkezett és megalapította az ottani tüdőgondozót. 1942-ben a budapesti egyetem felkérte, hogy szervezze meg a tüdőklinikát, amelynek végül 1953-ban a Szent János Kórház egyik épülete adott otthont. Tanítványai, többek között Lányi Miklós, Varga Géza, Hutás Imre, Miskovits Gusztáv, Mihóczy László, a tuberkulózis gyógyászatból kibontakozó pulmonológia hazai vezetői lettek.

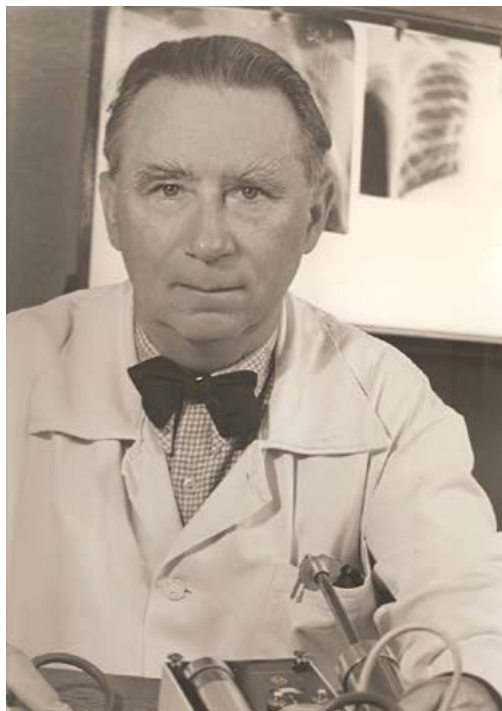


Szállási Árpád orvostörténész szerint századunk magyar medicinájának meghatározói az Erdélyből jött magyar orvosok, köztük Kováts Ferenc.

„Elég a két Jancsó, Haynal Imre, Issekutz Béla, Berde Károly, Jeney Endre, Haranghy László, avagy a bajai születésű, de életének nagy részét ott töltő Miskolczy Dezső professzor nevére utalnunk. Közülük utolsóként költözött el az élők sorából id. Kováts Ferenc pulmonológus professzor, akinek néhány jelentős orvostörténeti írása több volt, mint egyszerű történelmi kirándulás, oktatási módszerében szűkebb szakmájával ötvöződött a művészet és a történelem, elvégre mindháromhoz kivételes tehetsége volt. Székelyudvarhelyi Kováts Ferenc 1888-ban született Nagyszébenben és ott érettségizett 1905-ben. Maturátus után hivatásául a gyógytudományt választotta, s a századelőn a kolozsvári fakultás olyan oktatói garnitúrával rendelkezett, hogy nem kellett feltétlenül a fővárosba jönni, magas szintű képzés céljából. Nívó-garantáló nevek: Apáthy István, Davida Leó, Marschalkó Tamás, Makara György, Purjesz Zsigmond, Lechner Károly, hogy csak a legismertebbeket említsük.

„A Balaton leglelkesebb festő rajongója”

A kiválóan rajzoló Kováts Ferenc már másodéves korától fizetéses bonctani gyakornok, kivételes manualitásának mindig nagy hasznát vette, a kutatásban és oktatásban egyaránt. Nem feladatunk e hosszú és tartalmas élet minden állomását, valamennyi eredményét ismertetni, bennünket elsősorban a történész és művész érdekel. Egyfajta művészet volt már a Ko-



váts-féle, légmellkezelésre veszélytelenül alkalmazható tűk fabrikálása az izzadmányok lecsapolásához. Szegeden szerkesztette azt a mozgatható tárgyasztalt, amelyen a szeniális ifj. Jancsó Miklós RES-re vonatkozó csodálatos fölvételei, Kováts tanárnak pedig a sztereo-mikroforamjai készültek.

Még erdélyi körorvos korában megrázó hatást gyakorolt rá Magyarország „fekete statisztikája”, a magas tbc-halandóság, ekkor fordult figyelme a tüdő megbetegedései felé. (Ebben életműve talán hasonlatos Kenéz Jánoséhoz, aki tüdőgyógyászként kiváló orvostörténész is volt.) Korán a kezébe került Jean Fernel 16. századi francia orvos „Universa medicina” című könyve, amelyből rájött, hogy egyrészt a nagy gall klinikus már 400 éve tökéletesen leírta a tuberkulózis kórképét, másrészt az első magyar orvosi könyv szerzője, Lentsés György az „Ars medica” latin című, de magyar nyelvű munkájában szinte szóról-szóra átvette Fernel leírását.

Az Orvostörténeti Közleményekben szép közleménye jelent meg a komparatív felismerésről. Fernel halálának 400. évfordulójáról (1958) a franciák teljesen megfeledeztek, így Kováts professzor emlékezett meg róla a „Presse medicale” hasábjain. A tuberkulózis ciklikus megjelenésének történetéről maradandó élményt nyújtó előadásokat tartott a Török u. 12. szám alatti Orvostörténeti Könyvtárban, összejöveteleinknek a 70-es évek elejéig (akkor már túl volt a nyolcvanon) szorgalmas látogatója volt. Orvostörténeti posztumusz művei várnak kiadásra. Élete hosszú és színpompás alkonyán szép könyvet, „útikalauzt” írt az „Egészséges

élet, derűs öregség” egyszerű „titkairól”, a civilizáció ártalmas „áldásairól”. Egy József után talán ő volt a Balaton leglelkesebb festői rajongója, akvarelljeinek pasztellszínei annyira egyéniek, hogy aki egyszer látta, tárlaton száz közül is felismerné. Megérdemelne egy önálló kiállítást. Az egyik utolsó nagy orvos-művész, aki 1983. november 23-án fejezte be alkotó életét. Németh László egykori kezelőorvosa... „népben-nemzetben” gondolkodott. A legjobb erdélyi hagyományokhoz híven.”

A BCG vakcináció, az első tüdőszűrések és a létlépcsős szegedi modell...

Szakmai felkészültségét és elhivatottságát demonstrálja az a tény, hogy Magyarországon az első között alkalmazta a tbc prevenciójában a későbbiekben, az ötvenes évektől kötelezővé váló BCG vakcinációt. 1934-ben Szegeden az ő kezdeményezésére indulhatott el egy próbálkozás a védőoltások bevezetésére. Az oltóanyag előállítását Johan Bélának, a Magyar Királyi Közegészségügyi Intézet akkori igazgatójának támogatásával a Ferenc József Tudományegyetem közegészségtani intézetében kezdték meg Calmette eredeti BCG törzsével. A teljes biztonság érdekében az oltóanyagot kísérleti állatokon próbálták ki a humán alkalmazás előtt. Az oltásokat Röszkén és Szentmihálytelkén kezdték, szájon át történő adagolással. Később Szeged belterületén is folytatták az oltásokat. 1935 végéig összesen 675 újszülött részesült BCG vakcinációban általa. A kezdeményezést követően 1936-ban és 1937-ben további, mintegy hat-ezer újszülött kapott oltást, de csak sporadikusan. Akkor még nem vált kötelezővé a vakcináció. Kováts Ferenc nevéhez fűződnek az első tüdőszűrések is hazánkban. 1931-ben, az általa vezetett szűrési modell volt az, amit a későbbiekben többen is átvettek az országban. A szegedi kezdeményezés kétlépcsős szűrésként működött, amelynek első lépcsője vagy első szelekciója az iskolás korúak esetében tuberkulin teszt, a felnőttek esetében röntgen átvilágítás volt. A gyanús esetekben röntgenfelvételt készítettek. Pozitív esetekben kezdeményezték a betegek kivizsgálását.

Érdekes kortörténeti adalék lehet a kor nehézkes, bürokratikus ügyintézésére a budapesti egyetemi tüdőgyógyászati klinika megalapításának története. Ennek a szándéknak a fő előmozdítója is Kováts Ferenc volt, aki egy későbbi munkájában vázolta a klinika létrehozásának előzményeit. Leírta, hogy a Szent János Kórház ugyan felépítette nagyszerű tüdőpavilonjait, de még 1937-ban sem volt röntgenkészülék az épületben. A kórház alsó telepére kellett küldeni a gümőkóros betegeket, ahol felrúgva minden prevenció és izolációs szabályt, a nem tuberkulotikus, egyéb szervi betegségekben szenvedő betegekkel együtt várakoztak egy zsúfolt kis helyiségben. Az egyetemen szintén csak egy apró barakk volt a belklinika tuberkulózis osztálya.



A helyzet már-már tarthatatlanná vált, amit az illetékesek is beláttak. 1936-ban meg is történt a leendő tüdőgyógyászati klinika alapkövetétele. A főváros is nagyobb összeggel járult hozzá az építkezéshez. Sajnos, idővel ezt az összeget másra használták fel, s csak az alapkö oszlopa hirdette mementóként a szándékot, egyben a fiaskót is. 1942-ben, mivel már nem lehetett tovább halogatni a klinika megnyitását, Kováts Ferenc vezetésével megnyílt – igaz akkor még önálló épület nélkül – a tudományegyetem tüdőgyógyászati tanszéke. A főváros a létesítendő klinika részére a Szigony utcai árva ház nagy telkét adományozta, amelyen azonban később sem a klinika,

hanem az Orvostudományi Kutató Intézet létesült.

Végezetül nagy esemény lehetett az, amikor többszöri nekifutást követően 1953-ban a János Kórház területén az egyik különálló tüdőpavilont sikerült klinikának átszervezni. A Kováts vezetésével működő klinika úttörő lehetett abban, hogy már az ötvenes években foglalkoztak a későbbi pulmonológia alapjaival, a klinikán elkezdhetők a légzésfunkciós, légzésfiziológiai vizsgálatokat, a légzési elégtelenség észlelését és az akkor lehetséges kezelését. Szélesebb körben, országosan erre csak jóval később, a hatvanas évek végén, a hetvenes években kerül majd sor, a pulmonológiai átállás során.

2000-ben posztumusz kiadásként jelent meg a „Völgyből a hegyre” című könyve. A könyvből, a Vince kiadó és Halmos Tamás alábbi könyvajánlójából bárki megismerheti egy remek orvos, egy tehetséges művész, és egy humanista orvos portréját. Maga, Kováts Ferenc így vezeti be a munkáját: „*Munkám nem életrajz. Csak az egészen kivételesen nagyok életrajza érdekes és tanulságos, de még jobb, ha mások írják meg: sokkal tárgyilagosabb. Az átélt tegnapot, a kort, az életformát szeretném elmesélni. Úgy gondolom, érdemes, mert, »aki újat akar teremteni, annak ismernie kell a régít«.* Így lehet a hibákat megismerni és elkerülni.”

Egy istenáldotta művész a „paprikahasítók betegségének” felfedezője

Halmos Tamás valamennyiünknek kedvet csinál Kováts memoárjához. „*Nem ritka eset, hogy tudós orvosok, életük alkonyán megírják memoárjaikat. Ezek az írások változó színvonalúak, s tartalmuk elsősorban a szakmai olvasóközönséghez szól, a sok történet is inkább csak a szakembereket érdekli. Stílusuk is hullámlzó, kevés köztük az irodalmi igényességgel megírt munka. Kováts Ferenc professzor Völgyből a hegyre című vékony memoárja ritka kivételnek számít. Belőle nemcsak egy kivételes tehetségű orvos portréja bontakozik ki, hanem egyúttal kitűnően megfesti a századelőtől a Kádár-éráig terjedő korszak sajátosságait. Az 1888-ban született Kováts Ferenc Nagyszebenben, ebben az ősi erdélyi városban látta meg a napvilágot. Érzékletesen írja le a kisváros rétegződését, ahol magyarok és szászok*

között kevés volt az „átjárás”. Megismerhetjük belőle e két etnikum eltérő sajátosságait, s néhány anekdotaszerű történet minden hosszú eszmefuttatásnál élesebben tárja elénk ennek az álmos kisvárosnak a különös hangulatát. Kováts professzor már fiatal korában szilárdan elhatározta, hogy orvos lesz. Beiratkozott a kolozsvári egyetem orvosi fakultására, amelynek életét ugyancsak nagyon színesen írja le. Bár az akkori híres professzorok elsősorban az orvosi olvasókörzönség előtt jól ismertek, néhány név a kívülálló olvasónak is ismerősen cseng. (Pl. Apáthy Istváné, akinek hosszú vitája az idegszövet folytonosságáról Ramon Y Cajallal az akkori morfológiai kutatás fókuszában állott.) Számos történet, a kolozsvári élet bemutatása teszi hallatlanul érdekessé az egyetemi éveket. A doktorrá avatás után munkáját erdélyi falusi körülmények között kezdi meg, s megismerhetjük az I. világháború körüli időket, a nyomort, az elmaradottságot, a tűrhetetlen higiénés viszonyokat, a pályakezdés megannyi nehézségét és szépségét. Az első világháború vége, a menekülés Szegedre minden történeti munkánál élesebben világít rá az akkori helyzetre, Erdély súlyos megpróbáltatásaira. Szegeden igyekszik megkapaszkodni, s sok nehézség árán korszerű tüdőgondozó intézetet hoz létre, nemegyszer a város orvos vezetőinek gáncsokodása ellenére. Ismételt, elsősorban franciaországi tanulmányútjain megismeri a legújabb diagnosztikus és terápiás lehetőségeket, a kor „pestise”, a tbc felismerése és gyógyítása terén. Ő alkalmazza elsőként itthon sikeresen a beteg tüdőt nyugalomba helyező légmell kezelést, melynek elterjesztése is az ő nevéhez fűződik.

Ebben az időben a legsúlyosabb kórkép a tüdőben a tuberkulózis volt, érthető, hogy az ezen betegség elleni harc állott élete középpontjában. Ugyanakkor elsőként írta le a „paprikahasítók betegségét”, melyet a világirodalom is az ő nevéhez kapcsolt. Tudományos munkássága mindinkább ismertté és elismertté vált, így nem csoda, hogy meghívják a Fővárosi Szent János Kórház tüdőbeteg-osztályának élére. Nehéz szívvel mond búcsút Szegednek, ahol korszerű intézetet sikerült kiépíteni, míg a Szent János kórház viszonyai ekkor nem mondhatók éppen ideálisnak. Később ebből az osztályból alakult ki a budapesti orvosegyetem tüdőbeteg-klinikája, aminek Kováts professzor volt az első tanszékvezetője. A klinikán iskolát teremtett, tanítványaiból lettek az ország tüdőosztályainak vezetői, elismert klinikusok. 1944-ben jelenteti meg híressé vált könyvét a tüdőgümőkóról.

Kováts professzor istenáldotta művész is volt egy személyben. Kitűnően rajzolt, mintázott, a táblára mindig két kézzel rajzolt, gyorsan, hihetetlen pontossággal. Könyvében a remek illusztrációkat is maga rajzolta. (Úgy látszik, a „művész-gének” a családban öröklődtek, mert fia, a nemrég elhunyt Kováts Ferenc junior, maga is kitűnő tüdőgyógyász, Kossuth-díjas orvos, festőnek, grafikusnak, képzőművésznek is elsőrangú.) A recenzensnek alkalma volt hallgatni a professzort és látni bravúros rajzait a fekete táblán, sőt abban a szerencsében volt része, hogy szigorlatozhatott is nála! Ko-

váts Ferenc nagy szeretettel rajzolja meg felesége arcképét, akit fiatal korában ismert meg, s nagyon hosszú közös életük során mindig szilárd támasza volt. Villanásnyi betekintést nyerhetünk családi életébe, a két fiú vázlatos portréját is megrajzolja. Mindkettőből orvos lett! A professzor könyvét 1965-ben vetette papírra, de az akkori kulturális vezetés nem engedte megjelentetni. Nem világos, hogy miért. Talán mert Erdély állott élete első periódusában a középpontban, s azokban az időkben Transsylvania gyakori emlegetése sem volt igazán kívánatos...

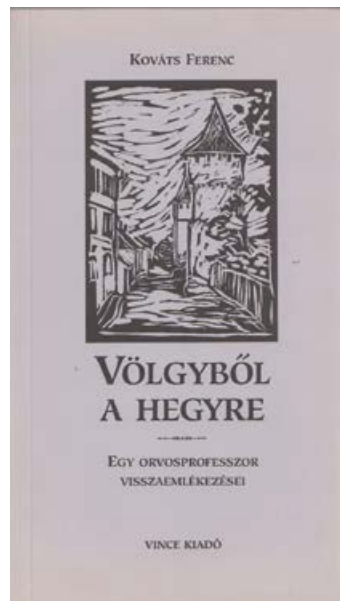
Visszaemlékezéséből kiderül, hogy Kováts professzor nemcsak kitűnő tudós, remek orvos, tanító, hanem tiszta ember is volt, aki mindenkor az üldözöttek segítségére sietett, nem hátrált meg a hatalom fenyegetéseitől, életveszélyes helyzetekben sem. Egyik politikai kurzusnak sem hódolt be, megmaradt valóban humanista tudósnak. Véleménye mindig egyéni volt. Csak példaképpen említem, hogy a világhírű író, Thomas Mann Varázshegy című művéről szólva elmarasztalja Mannt, mert az a Varázshegy szanatóriumáról szerezte helytelen képet festett, s a vezető főorvost is - úgy véli - indokolatlanul marasztalta el. Kováts szerint ez a leírás az „orvos iránti hálátlanság” tipikus példája. (Az író felesége

feküdt ebben a davosi szanatóriumban!) A kötet végül 2000-ben alapítványi támogatással jelent meg, a régi tanítvány és utód, Hutás Imre professzor informatív előszavával. Az olvasó olyan kötetet tart kezében, mely Magyarország, Erdély, a két világháború időszakának zűrzavaros hátterében művészi ihletettséggel rajzolja fel egy nem mindennapi tudós, művészember harcait, életét egy gyilkos kór, a tbc elleni harcában. Stílusa eredeti, a tájnyelv számos kifejezését is megismerhetjük belőle, rendkívül érdekes és olvasmányos, nem lehet letenni.”

„A finom eleganciájú, régies ízekben gazdag, szellemes anekdotákkal teli írás kultúrtörténeti jelentőségű képet fest a 19. század végének és a 20. század első felének erdélyi társadalmáról, Magyarország

akkori helyzetéről, ahogy azt a kezdetben falusi körorvos, majd az egyre elismertebb tudós látta, átélve két világháborút, határ- és rendszerváltozásokat. Műve az emberiség, az orvosi hivatástudat legszebb példáját állítja elénk.” – olvasható a Vince kiadó könyvajánlójában. Korabeli életképeket felidéző és a laikus számára is izgalmas orvosi tárgyú visszaemlékezésekben gazdag önéletrajzi írása azt tükrözi, hogy nem csak kiváló megfigyelő volt, de élményei igazi humanistává formálták. A karcsú kötetet a maga által készített akvarellek, rajzok, metszetek illusztrálják, a korabeli erdélyi városok, falvak mindennapjairól. Lebilincselően ír francia (Pasteur Intézet), német, olaszországi, dániai, svájci, ausztriai tanulmányútjairól, szinte mindenütt az ország nyelvét beszélte. A könyvben kitüntetett helyet kap az örök szerelem: Szeged, a Kolozsvárról oda telepített egyetem, Szent-Györgyi Albert majd a budapesti évek, a tüdőgyógyászati hálózat megteremtése.

Összeállította: B.Király Györgyi és Kovács Gábor



Hova lett a zebrapinty?

Balikó Zoltán ezúttal felidézi a pécsi városrész a Balokány hangulatát, miközben aranyhalakról és madarokról mesél. A gyerekkori olvasásélményekről és persze a remek versidézetek sem maradhatnak ki.

Aranyhalak

Régi kívánságom valósággá vált, egy kis tó kerekedett a kertünkben. Boldogan merültem el a látványában, a kavicsos szélén a növekvő sás, a tavon az egyre szaporodó tavi rózsák fokozták az örömet. Hát még amikor a szomszédaink a saját tavukból telepítettek át hozzánk öt aranyhalat! Vissza-visszatértem, hogy megcsodáljam a vízben fickándozó apró jószágokat. A jókedv azonban nem tartott sokáig. Egyik reggel már csak hármat számoltam belőlük, a következő napokban végleg eltűntek. Az utolsók esetében megláttam a tettest, egy jól fejlett fekete-fehér bundájú macskát. Miután a macska is a szomszédainkhoz tartozott, rögtön eszembe jutott Mátyás király nevezetes történetei közül az eszes lány, aki hozott is valamit, meg nem is. Az ajándék egy galamb volt, amikor levette a felső szitát: azonnal elrepült.

A közelünkben egyre szépül a Balokány, aminek a „lelke” a tó. Ebben a tóban is aranyhalak laknak. A tópart menti táblákon szerepel a kiírás, hogy a tóban fürödni és a tóban horgászni tilos. Időről időre látok embereket, akik ennek ellenére hevenyészett horgász felszereléssel próbálnak aranyhalat fogni a tóból. Sikerral járó zug horgászt még nem láttam, de ez nem jelenti azt, hogy nincs is.



Viszont láttam, hogyan védik az aranyhalakat. A Jakováli Hasszán dzsámija mögött van egy kis tó aranyhalakkal, őket egy feszes drótháló őrzi a bármilyen fenyegetettségtől (macskák? madarak?). Jól esik tudni, hogy nem minden áron kell elpusztulniuk zsákmányként ezeknek a gyönyörű színes állatkáknak, amelyek látványa felüdíti a megfáradt embereket.

A halakról is kerestem verset, de nem találtam. Ekkor jutott eszembe Jamie Lee Curtis főszereplésével a „Hal neve Wanda” című film. A film egy fergeteges, kalandos krimi, amiben az aranyhalak szerepe csupán annyi, hogy az akváriumukban rejtették el a kincset rejtő széf kulcsát. Egészen más, de bájos film a „Némó nyomában”, amiben szintén szerepelnek aranyhalak.



Madarak

A madarakkal kapcsolatos emlékeim hosszú évekre nyúlnak vissza. Az első időszak, ami mély nyomokat hagyott bennem az volt, amikor pár hetet töltöttem Ausztráliában, Canberrában. Minden nap rácsodálkoztam a papagájok sokféleségére, akik az utcát szegélyező fák ágain ültek, és hangosan rikoltoztak. Rosellák, kakadúk, előfordult még az ausztrál címer madara, a kookabarra is. A kerteket is ellepték a madarak, hajnalban papagáj kórusra ébredtem.

Amikor megkérdeznék, hogy mit szeretnék a születésnapomra, a „köszönöm, megvan mindennem”, vagy „békességet”, vagy „meglepetést” és így tovább helyett igyekszem konkrét kívánságokkal segíteni a kérdezőt. Így történt akkor is, amikor az egyik születésnapomra zebra-pintyeket kértem a teljes felszereléssel, kalitkával, etető, itató tálakkal. Nagy öröömre megkaptam. Teltek múltak a napok, akkoriban is nyáron nagy meleg volt, az ablakokat éjszakára tárva nyitva hagytuk. Egyik reggel arra ébredtünk, hogy a kalitka nyitott ajtóval a földön hever, a madarak sehol. Miután semmi jelét nem láttuk valamilyen végzetes eseménynek, arra gondoltunk, hogy az egyik macskánk jöhetett be és addig-addig ügyeskedhetett, amíg sikerült felborítania a kalitkát. A madarak elrepültek. Ez az esemény nem az első volt az életünkben, sok évvel korábban már voltak zebra-pintyeink. Őket is viszonylag hamar elveszítettük. Akkor átmenetileg nimfa papagájjal vigasztalódtunk, de a zaj, amit csapott, elviselhetetlen volt, így aztán visszavittük az eladónak.



Ha sirályokat látok, különösen akkor, ha a parton többen ugyanarra a zsákmányra buknak, elkerülhetetlen, hogy ne Hitchcock madarai jussanak eszembe. Gyerekkori emlékem Lagerlöf Selma Nils Holgersen című mesekönyve. Képzetelemben együtt repültem a vadlibákkal, mintha minden kalandjukat velük éltem volna meg. Hasonló élmény volt Fekete István Csí regénye is. Akkoriban gyerekként a mese valóságként jelent meg a gondolataimban, én voltam a főhős, együtt szomorkodtam és örültem a szereplőkkel, felemelő érzés volt abban a másik világban létezni! Gyerekfejjel hősök voltunk, együtt harcoltunk az Egri csillagok Bornemissza Gergelyével vagy a Koppányi aga testamentuma könyv olvasásakor a végvári vitéz Babocsai Lászlóval.

De vissza a madarakhoz. Canberra esőerdő parkjában találkoztam egy fekete hollóval. Méltóságosan sétálgatott a fák között, rám sem hederített. Róla Mátyás király címerére asszociáltam és persze, hogy eszembe jutott Edgar Allan Poe verse, „A holló”.

*„S fenn a csöndes szobron ülve az a Holló egyedül e
Szót tagolta, mintha lelke ebbe volna öntve már,
Nem nyílt más igére ajka, nem rebbent a toll se rajta,
S én szólék, alig sóhajtva. „Majd csak elmegy, messziszáll,
Mint remények, mint barátok...holnap ez is messziszáll.”
S szólt a Holló: „Soha már!”*

És még egy madár, Arany János „Vörös Rébék” balladájának utolsó versszakából:

*„Vörös Rébék általment a
Keskeny pallón s elrepült.
Tollázkodni, már mint varjú,
Egy jegenyefára ült.
Akinek azt mondja: kár!
Nagy baj éri és nagy kár:
Hess, madár!”*



A stratégia és az „apró munka” egyaránt fontos!

Részt vett a 2001-ben indított Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program kidolgozásában, új gyógyszerek magyarországi és nemzetközi bevezetésében, vezette az EMMI Népegészségügyi Főosztályát, volt helyettes államtitkár, és az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet prevenciós igazgatója Legyen szó klinikumról vagy közigazgatásról, terepmunkáról vagy stratégiaalkotásról, Csányi Péter mindig a megelőzést tartotta szem előtt. Bár nyugdíjba vonult, tanácsadóként továbbra is segíti a Korányi munkáját. Nagypapaként pedig 7 unokájával tölt majd több időt.



Honnan a prevenció iránti elkötelezettsége?

– 1991-ben végeztem a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen. Kétéves elméleti munkát követően több szakterületen dolgoztam a klinikai gyakorlatban. Megfordultam fővárosi oktató kórházakban, utolsóként az Uzsoki utcai Kórházban, ahol belgyógyászat szakvizsgát tettem. Majd közel három évet töltöttem az Országos Onkológiai Intézetben, ahol klinikai onkológia és klinikai farmakológia szakképesítést szereztem. Számos súlyos állapotú beteggel találkoztam, akiknek szupportív kezelése, életminőségének lehetőség szerinti javítása mellett fájó élmény volt megtapasztalni, hogy betegségük késői felismerése miatt nem alkalmazhattunk áttörő terápiát. Már akkor tudtam, mennyire fontos lenne a daganatos betegségek kockázatának csökkentése, illetve a rákszűrő vizsgálatoknak, majd a kiemelt betegek diagnosztikus vizsgálatainak köszönhető korai felismerése. A gyógyszeriparban pedig megtanultam a projekt menedzsmentet és felismertem, hogy a hosszútávú jövőképpel rendelkező cégek partnerek lehetnek nemcsak a terápiában, hanem a prevencióban és a diagnosztikában is.

Később is tudta érvényesíteni ezt a szemléletet?

– A mentoraimtól, illetve a már az 1990-as években jól működő angol népegészségügyi programból megtanultam, hogy ha javítani kívánjuk a lakosság egészségi állapotát, akkor a teljes betegutat szükséges fejleszteni: a prevenciót, a diagnózist, a terápiát és a rehabilitációt egységnek tekintve. Az 1990-es évek végén ezzel a szemlélettel vettem részt a Jávor András vezette munkacsoportban, amely előkészítette a 2001-ben elindított Népegészségügyi Programot támaszkodva Kertai Pál professzor országos tisztifőorvos munkájára is. A

program egyik kulcseleme a prevenció, melynek részét képezi mind az egészséges életmód, mind a szervezett népegészségügyi szűrővizsgálatokon történő részvétel.

Ez nagyon szépen hangzik, de megvalósítható?

– A gyakorlati megvalósításra, a terepmunkára Hódmezőváráshelyen, az Egészséges Vásárhely Program programigazgatójaként, majd a Budakeszi járásban a Budakörnyéki Egészség Programban, immáron az OKPI prevenciós igazgatójaként nyílt kiváló lehetőségem, mindkét helyszínen elkötelezett felső vezetők és menedzsmentek támogatásával. Megtanultam, hogy nem elég a stratégiaalkotás, ugyanilyen fontos a szisztematikus gyakorlatba történő átültetés: el kell végezni az „apró munkát” is. Konkrét feladatokra kell lebontani a népegészségügyi célokat, a megvalósításban együtt kell működni a köznevelési intézményekkel, szociális szektorral, sportegyesületekkel, háziorvosokkal és szakorvosokkal és további partnerekkel. Így például a vásárhelyi emlőszűrő programban szorosan együtt dolgoztunk az egészségügyi ágazat mellett szociális és családsegítő szakemberekkel is.

Tapintatos, támogató megközelítéssel, szociális szakemberek közreműködésével sikerült növelnünk a népegészségügyi emlőszűrőre történő részvétel arányát a szociokulturálisan hátrányos helyzetű asszonyok körében is. Az Egészséges Vásárhely Programban a népegészségügyi program több elemét sikerült átültetnünk a gyakorlatba: az emlőszűrő program fejlesztése mellett részt vettünk a pilot vastagbélvizsgáló programban, a szív és érrendszeri programban és a teljes körű iskolai egészség fejlesztés megvalósításában, elsők között az országban.

Mennyire tudta kamatoztatni tapasztalatait a közigazgatásban végzett munkája során?

– Két év hódmezővásárhelyi munka után, az Emberi Erőforrások Minisztériumában kezdetben szociális területen dolgoztam Soltész Miklós államtitkár mellett. Ez jó iskola volt számomra, mert szembesültem azzal, hogy a szocio-kulturális háttér mennyire befolyásolja az emberek saját egészségükhöz való viszonyulását. Megerősödött bennem a meggyőződés, hogy a kevésbé iskolázott, rosszabb anyagi helyzetben élő társadalmi csoportok mellé kell állni, és komplex, ágazatközi támogatást kell számukra biztosítani. Ezt a szemléletet nemzetközi szinten is képviseltem Magyarország uniós elnöksége idején. Ezt követően az EMMI Népegészségügyi Főosztályt vezettem, feladatkörébe egyaránt beletartozott az egészségfejlesztés, az elsődleges és másodlagos megelőzés és a szervezett, célzott rákszűrő programok fejlesztése. Az elsődleges megelőzés egyik kulcselemét jelenti a dohányzás prevenció és a leszokás támogatása, melynek terén Magyarország példaértékű lépéseket tett. Közülük kiemelkedik a Nemdohányzók védelméről szóló törvény megalkotása.

Ezután közel egy évet töltöttem az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet Szervezési és Módszertani Osztályán, majd Horváth Ildikó államtitkár asszony meghívására visszatértem a minisztériumba az egészségügyi szakmai irányításáért felelős helyettes államtitkárként. Törekedtünk arra, hogy a Nemzeti Egészségügyi Programokban megfogalmazott prioritások – keringési, daganatos, mentális és mozgásszervi betegségek, illetve a gyermekegészségügy támogatása – mellett a légzőszervi betegségek is a népegészségügyi fejlesztési prioritások körébe kerüljenek. 2020-ban, a Covid-járvány megjelenése az EMMI számára nagyon intenzív, komplex feladatot jelentett. Ennek egyik fontos eleme volt, hogy a Korányi Intézettel együtt részt vettünk a járvány monitorozásában, az NNK-val és DPC-vel együttműködve. A Korányi szakmai csapata fejlesztette ki azt a Covid-19 surveillance rendszert, mellyel lehetővé vált a kórházban kezelt, igazolt Covid fertőzött betegek betegútjainak követése. Az első hullám lecsengését követően feladatunk volt az egészségügyi ellátás fokozatos visszavezetése a járvány előtti működésmódra, az esetleges újabb hullámokra megfelelő kapacitást tartalékolva.

Meggyőződésem, hogy a testi-lelki-szociális-spirituális egészséget holisztikusan érdemes szemlélni, és a lelki egészség támogatása pozitívan befolyásolhatja a biológiai egészséget is. Ezt a szemléletet képviselve vettem részt a Kopp Mária Lelki Egészség Program előkészítésében.

Szakmai életútjának két ízben is része volt az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet.

– A légzőszervi betegségek az egyik legnagyobb betegségterhet jelentik Magyarországon is. A tüdőrák és az obstruktív légúti betegségek a vezető megbetegedési és halálokok közé tartoznak. Amikor első alkalommal megérkeztem az intézetbe 2018 februárjában, elkötelezett, jó hangulatú, összetartó közösségbe kerültem. Akkor az intézet már többéves tradícióval rendelkezett a dohányzás

leszokás támogatásában, amit Kovács Gábor korábbi főigazgató és Horváth Ildikó professzor asszony alapozott meg. A Szervezési és Módszertani osztály munkájának egyik fő pillérét a dohányzás leszokás támogatással összefüggő stratégiaalkotás, az országos leszokástámogató központ és a call center működtetése, az egészségügyi dolgozók ilyen irányú továbbképzése jelenti. A második pillér a tuberkulózis surveillance rendszer, a tbc betegutak monitorozása, a terepen dolgozó kollégák segítése és az országos jelentések összeállítása, a harmadik pillér pedig a tüdőgondozóktól beérkező adatok alapján éves jelentés összeállítása a légzőszervi megbetegedések – kiemelten a tüdőrák, COPD és asztma – előfordulásáról.

Mire fókuszált az intézmény prevenciós igazgatójaként?

– Igyekeztem a légzőszervi betegségek visszaszorítását elősegítő fejlesztések megtervezésében és megvalósításában részt venni. A légzőszervi betegségek megelőzésére, kockázatcsökkentésére, korai felismerésére, valamint – Bogos Krisztina főigazgató asszony kérésére – a diagnosztikai és terápiás lehetőségek fejlesztésére vonatkozó programokat állítottunk össze a kutatásban, diagnosztikában és klinikai munkában résztvevő kollégákkal, majd a programokat benyújtottuk a tárca egészségügyi ágazatának jóváhagyásra. Ilyen javasolt program pl. a molekuláris diagnosztikai vizsgálatok és a bronchológia diagnosztika fejlesztése. A programok egy részét jóváhagyták, ilyen például a dohányzás visszaszorítását segítő 2021-2022. évi program. Eredményesen zárult az alacsony sugárdózisú CT-vel végzett, multicentrikus tüdőrák vizsgálati program, számos más intézményben is dolgozó munkatárs bevonásával. Kifejlesztettük a COPD regisztert és a cisztás fibrózis regisztert, utóbbit a Heim Pál Országos Gyermekegészségügyi Intézettel és a CF betegségeket vezetőjével együttműködésben. Az intézet példaértékű együttműködést indított el a Budakörnyéki Önkormányzati Társulással és elindítottuk a régió népegészségügyi programját, a Budakörnyéki Egészségprogramot.

Mit tart a legfontosabbnak pályafutása során?

– Megtiszteltetés, hogy részese lehettem a szervezett, célzott emlőszűrő program fejlesztésének, a vastagbél-szűrő program országos bevezetésének, a tüdőrák szűrő program és a COPD betegségmenedzsment program előkészítésének és koordinálhattam a Kopp Mária Lelki Egészség Program kidolgozását. Örülök, hogy részt vehettem abban a csapatmunkában, aminek középpontjában a prevenció, diagnózis, gondozás és rehabilitáció együttes fejlesztése áll a nagy népbetegségek kedvező befolyásolásáért. A csapatmunka akkor igazán hatékony, ha a munkatársak olyan feladatokat kapnak, amelyeket örömmel látnak el. Ha mindenki kedvvel végzi a munkáját, megkapja felettesei támogatását és egymást segítjük. Így elégedettebbek lesznek a munkatársak, a közös munka pedig eredményesebb! Ennek a lapnak a hasábjain is szeretném megköszönni feleségemnek, aki szintén orvos, hogy társam volt ezen a változatos pályán, fiaimnak, menyeimnek és 7 unokámnak a sok örömet, amit általuk átélhettem, barátaimnak pedig a támogatást.

Boromisza Pirooska

Ha van egy jó anyakovásznak, rém egyszerű a sütés!



Szondy Klára tüdőgyógyász és klinikai onkológus – éveken át a Semmelweis Egyetem tüdőklinikájának főorvosa – bár már nyugdíjas, még mindig nem elég számára a nap 24 órája. Éltre hívott egy alapítványt – aminek menedzselésében óvónőként segíti –, alelnöke egy egyesületnek, fest, kenyeret süt, és persze rendel is. Szerinte most éri meg dolgozni állami munkahelyen, 40 év után először érzik azt, hogy anyagilag is megbecsülik a Törökbálinti Tüdőgyógyintézetben. Meséli, hogy Fülöp Rudolf korábbi főigazgató minden alkalommal megdicséri, hogy milyen jó a ruhája... Ahogy mondja, „sokáig muszáj odamennem, mert sok jó ruhám van”.

Mi volt a legjobb életre szóló tanács, amit útravalóként a szüleitől kapott?

– Minden áron embernek maradni, és kitartónak lenni. Ez az intelem egész életemen végigkísért. Nemrég olvastam egy nagyon jó mondatot, aminek lényege, hogy meserkélt a világi méltóság olyan, mint a futtatott arany, de az emberi méltóság a valódi arany. Embernek maradni és tudni tükörbe nézni életünk végéig, ez a legfontosabb. A becsület, a kitartás, a szorgalom, a munka szeretete, ezeket mind otthonról hoztam.

Hogyan talált a tüdőgyógyászatra?

– A családnak egyik ága tbc megbetegedésben szinte teljesen kihalt. Gyerekkoromban sokszor hallottam, hogy valamelyik rokon beteg, mi meg megyünk látogatni a kórházba. Már a babáimmal is állandóan orvososdit játszottam és mind „tüdőbajos” volt! Az egyetem elvégzése után szembejött egy lehetőség. Noha országsszerte akkoriban csak a háziorvosi állásokhoz kínáltak lakást, Mátraházán a tüdőgyógyász állást lakással együtt hirdették. Mátraházát azóta is nagyon jó iskolának tartom. Az orvosi „bölcsségeket”, a logikus gondolkodást ott szereztem, a professzoromtól tanultam. Akkoriban nem volt hároméves rezidens képzés, nem sétálgattunk a betegek között, hanem egyhetes diplomával beálltunk és ötszáz ágyra ügyeltünk. Budapesten a kardio-pulmonológián kezdtem, majd a Pulmonológiai Klinikán a tüdőgyógyászaton belül megtaláltam a helyemet, megtanultam bronchoszkopizálni. Ha bármilyen daganatnak áttétje volt a tüdőben, a beteg mindig a tüdőgyógyászhoz került. Miután ezeket a betegeket többé nem vette fel onkológiai osztály, így egyre több tumoros klienssel találkoztunk. Igazgató, hogyan segíthetnék rajtuk. Ostoros Gyula kollégámmal

egyszerre döntöttünk: mi onkológiából szakvizsgázunk. Előttünk 1990 körül Horváth Ákos, onkoradiológus volt az egyetlen onkológus-tüdőgyógyász, akit sajnos a Covid járvány alatt, az első védőoltás napján elveszítettünk.

Szakmai sikerek?

– Tüdőráknál nem könnyű sikerekről beszélni, de néhány gyógyult esetről beszámolhatok. Például ilyen a 10 éve talpon lévő mezoteliómás betegem, akire büszke vagyok. Előfordult, hogy a szabályozást feszegetve egyes gyógyszereket a hazai törzskönyvezést megelőzve alkalmaztam. Mindenesetre, addig szeretnék élni, ameddig nem gyógyítható a tüdőrák... ehhez pedig sokáig kell élnem, bár az új terápiás lehetőségekkel egyre inkább egy krónikus betegség felé lehet tolni a tüdőrákos megbetegedést is. Büszke vagyok arra is, hogy benne voltam Magyarországon a finanszírozási harcban. Mindig megtaláltuk a kikapukat, ahol a szakma a megfelelő finanszírozásért az Egészségbiztosítási Pénztárnál kopogtathatott. Egyébként a mostanság használt tudományometriai mérőszámok szerint nem vagyok sikeres. Nem a szakmai, hanem a gyógyítási sikerről mondanám azt, hogy annak a titka a betegszeretet.

Hol helyezkedik el a pulmonológia a hazai egészségügy hierarchiájában?

– Korábban azt mondtam volna, hogy a belgyógyászat egyik ága, egyenrangú a kardiológiával, a nefrológiával és a különböző szervi medicinákkal, de az utóbbi években úgy érzem, hogy a pulmonológia kezd az állami egészségügy és a belgyógyászat amolyan „betegledobójává” válni. Ha a belgyógyászatra kerül tüdőgyulladás miatt egy 90 éves beteg, akkor azonnal tüdőgyógyászati



Az Ön életében a betegek szeretete a legfontosabb. Nyugdíjazása után életre hívta a dr. Szondy Klára Alapítványt, ami a kollégáknak kíván segítséget nyújtani.

– Gyógyítani sikerrel csak úgy lehet, ha azt szívből is csináljuk. Tisztában kell lenni a tudománnyal, de a betegek szeretete nélkül nincs gyógyítás. Célunk egészségügyi dolgozók támogatása, olyanoké, akik egy élet munkája ellenére anyagilag megszorultak. Segítjük a tudományos rendezvényen való részvételüket, az átképzésüket, a sor hosszan folytatható. (www.drsondyklaraalapitvany.hu)

Az életében volt stressz, volt szélmalomharc, hogy bírta?

– Talán nem véletlen, hogy infarktust kaptam, Balatonfüreden rehabilitálódtam. Sok mindenem okulva, ma már – kicsit a saját életemet is mentve – állandóan töltődöm. Kevesebbet dolgozom, továbbá elég hamar tudok regenerálódni a sportban, mozgásban és a természetben. Nagyon szeretek kirándulni, biciklizni, úszni és újabb képeket festeni, olvasni. Úgy éreztem,

osztályra helyezik át, mert 5 perc múlva pelenka kell, és olyanok az ápolási költségeik, hogy nem bírják. A 45 éves pneumóniást egyébként könnyedén meggyógyítják.

Milyennek látja a saját helyét magyar egészségügy rendszerében?

– Három szakaszra osztom az orvosi pályafutásomat: az első időszakban gyógyítottunk kézzel-lábbal, minden tőlünk telhetőt megtéve. Mátaraházán varrtuk a sebet, ha elesett valaki nem küldtük tovább, megcsináltuk. Próbáltuk megoldani a problémát, hogy mitől fullad a beteg. Fent a Váráshegyen nem is volt lehetőségünk arra, hogy Gyöngyösről kapjunk gyorsan orvost, de mindennek utánanéztünk, és elláttunk mindenkit. Ez a gyógyító medicina korszaka volt. Utána megjelentek a drága műszerek és a kártérítési perek, akkor az orvosok elkezdtek félni. Jött a defenzív medicina korszaka, amikor mindent alá akartunk támasztani valamilyen műszeres vizsgálattal. Az elmúlt 7–10 évben pedig a lerázó medicina korszaka következett, amikor mindenki nagyon meg akar szabadulni a betegektől.

hogy ebben a baktériummal és citosztatikummal teli világban inkább egy kis friss levegővel kéne teleszívni a tüdönket, ezzel töltődtem és ezzel foglalkoztam. Szeretnék még sokáig élni, és az ajándékba kapott éveimet kihasználni arra, hogy rácsodálkozzak arra a világra, amit eddig nem ismerhettem. Most próbálok sok mindent beépíteni. Magyarország megismerését vettem a terveim közé.



Azt hallottam legenda övezi főztjét, népszerűek a receptjei is.

– Imádok főzni és a pandémia óta például kenyeret sütni. Ha van egy jó anyakovászunk, azaz egy jól működő, régi rozskovász a befőttesüveg aljában akár csak egy ujjnyi, akkor rém egyszerű a kenyérsütés. És amiért érdemes sütni, az a pillanat, amikor felemeljük a cserépedény tetejét, és előttünk van a jó illatú, kirepedt, vastag héjú friss kenyér. És ez vajjal, melegen isteni! Ez jó a bélflórának, ehetik gluténérzékenyek és az utolsó falatkájáig kenyér. Nem savanyodik, nem penészedik.

Nyelek egyet. Na, jó kettőt, hármat. A receptjét megadná?

– Az „anyakovászt”, ami egy ujjnyi az üveg aljában, reggel

kiveszem a hűtőből. Ehhez 5 púpos evőkanál világos rozslisztet teszok meleg, de nem nagyon forró vízzel. Ez tejjől sűrűségű lesz. 4-5 óra alatt ez a kovász „felfut” az üveg tetejéig. Nos, ekkor indul a dagasztás. Dagasztó gépbe teszok 3 dl langyos vizet – ebben feloldok 2 teáskanál sót –, rászítálok 8-9 dl lisztkeveréket.

A keverék: 1,5 dl teljes kiőrlésű tönkölybúza liszt, fél dl tökmagliszt, 1 dl teljes kiőrlésű búzaliszt, a többi 5-6 dl fehér kenyérliszt. Hozzáteszem a felfuttatott kovászt, abból annyit, hogy egy ujjnyi maradjon az üveg aljában. (Ebből indítom egy hét múlva a következő kenyeret.) Dagasztógépben 20 percig dagasztom, közben, még az elején fél dl olíva olajat teszok a keverékhez. A kidagasztott kenyeret egy olajozott dagasztó tálba teszok. Fontos, hogy legyen teje, ha nincs, akkor fóliával le kell takarni. Meleg helyen úgy 4-5 órán át keleztem. Közben a széthúzott kenyértésztát „rózsaszírom-szerűen” hajtogatom óránként. A tetejét lisztezem, majd kenyeret formázok belőle és egy éjszakára hűtőbe teszok. Ez azért szükséges, mert ekkor zajlik az a fermentációs folyamat, aminek során a glutén mintegy eltűnik...

Honnan van az „anyakovász”?

– Leginkább attól a háziasszonytól, akinek már van jó kovásza. Ha nincs ilyen háziasszony a környékünkön, akkor magunknak kell megcsinálnunk. Kicsit bonyolult, de megéri. Kell hozzá teljes kiőrlésű tönköly, rozs vagy búzaliszt. Továbbá egy minimum 7 deciliteres űrtartalmú üveg, de az egy literes még jobb. Az előzőleg alaposan kitisztított üveget forrásban lévő vízzel kiöblítem, amivel a kovásznövedéknek meleg, párás közeget biztosítok, ezt szereti. Kimérek 50 ml langyos vizet. Ez lehet szén-savmentes palackozott, továbbá, ha nem nagyon klóros a csapból folyó víz is. Aztán jön 3 púpozott evőkanál 40 gramm teljes kiőrlésű liszt, az egészet a langyos vízzel egy villával alaposan elkeverem. Kásaszerű állagú lesz. Lazán ráhúzom a lapkát és szobahőmérsékleten (22 fokon, ha több az csak jó), huzatmentes helyen tartom. Tethetjük mikróba, rácsukva az ajtaját egy pohár forralt víz mellé is, amennyiben nem tudjuk a konyhában biztosítani a kellő hőmérsékletet, akár jó meleg tollpaplan alá is mehet. Csak sütőbe, fűtőtestre ne tegyük! Az üveget nem nyitogatom, másnap reggelig semmi dolgunk vele. Ne essünk pánikba, előbb-utóbb beindul a folyamat. A következő nap a masszát alaposan felkeverem, megint hozzáadok 50 ml langyos vizet és alaposan elkeverem. Lazul az állag, majd 40 gramm liszttel ismét megetetem. Ha túl ritka, a kásás állag megőrzésére további lisztet adok. Az üveget lezárom, huzatmentes meleg helyre teszok ismét 24 órára. Ha nem pont így néz ki a kovászpálántád nem gond, holnapra beindul! És ez 8 napig ismétlendő...

Kik a csodakenyér élvezői?

– Három magyar városban is nagy baráti társaságunk van: Budapesten, a Balaton környékén és Egerben. A kü-



Covid ábrázatok

lönböző városokban hatalmas beszélgetésekkel töltjük az estéinket, nem ritkán borozgatás, borkóstolás és finom vacsorák mellett. Nyugdijas korom óta különösen figyelmesen töltöm fel balatonkenesei boros pincémet, ahol az aszú gyűjteményem a Covid járvány alatt erősen megcsappant, de igyekszünk pótolni a hiányát. Nem feltétlenül szakmabéliek a barátok, van köztük szociológus, közigazdász, vállalkozó, gazdag és szegény. A világ megváltására és politizálásra nem törekszünk, de ez nem is baj. Így legalább senkivel nem veszünk össze. A baráti kör tagja egy 15-20 éve szeretett hölgykoszorú is, tagjaival általában kéthavonta találkozunk. Bevallom, velük azért időnként politizálunk, s megállapítjuk, hogy fejre állt világban élünk. A férjeink azt mondják: „A nők isznak és politizálnak, mi férfiak pedig állunk mögöttük és mosogatunk.” Külön megemlítem a betegeim és a hozzátartozóikkal való kapcsolatomat, van közöttük negyedszázados barátságom is.

Azt mondják fest is!

– A járvány alatt próbáltam ki „tehetségemet” a festészetben. Megannyi Coviddal kapcsolatos kép született. Az az igazság, hogy kifestettem magamból a járványos híreket, a rám akasztott félelmet. Így születtek többek között a Covid-Háló, és a Vakcináció.

Krasznai Éva

60-at ver, 16-ot lélegzik

A Berlin-Chemie / A. Menarini szimpóziumán Szalai Zsuzsanna főszerző felvezetése után Toldy Schedel Emil kardiológus – a Szent Ferenc Kórház főigazgatója –, valamint Békássy Szabolcs országos kollegiális vezető házi orvos beszélt saját szakmájuk légzőszervi betegségek kezelésében betöltött szerepéről. Már csak azért is, mert a szívbetegség és a stroke után a



harmadik leggyakoribb halálok világszerte a COPD. Magyarországon a COPD-betegek száma meghaladja a félmilliót, diagnózis hiányában viszont a betegek körülbelül harmada kerül csak be az ellátórendszerbe, pedig a korai kezelés sokat javítana életkilátásaikon.

Szorosabb együttműködésre van szükség!

Toldy-Schedel Emil kardiológus, a Szent Ferenc Kórház főigazgatója a kardiológia és a pulmonológia kapcsolatának szorosabbra fűzéséről beszélt, arról, hogy többet kellene tudniuk egymás szakterületéről, betegellátási profiljáról, protokolljáról.

Volt az előadásokban egy fura mondat: „Mindig oda tér vissza a beteg, ahol rosszul kezelik, mert a mentő oda viszi vissza.” Értelmeznéd?

– Persze. Van egy garanciaszabály az egészségügyben. Ha egy beteget idő előtt elbocsátanak a fekvőbeteg osztályról, vagy adott esetben nem a megfelelő diagnózis alapján kezelik a betegségét, a beteg nem gyógyul meg, sőt, állapotromlás következik be. Ha ez 30 napon belül történik a garanciaszabály miatt vissza kerül az eredeti intézetbe, oda viszi vissza a mentő. A kardiológiának és a pulmonológiának van egy olyan határterülete, ahol a beteg fizikális tünetei – gyulladás, típusos, vagy atípusos mellkasi fájdalmak, emelkedett értékű laborleletek – nagyon

hasonlítanak. Ilyenkor kell a valós diagnózist megtalálni, hogy az egymást átfedő tüneteket, az egymást átfedő betegségeket együtt kezelhessük! Nem véletlen, hogy sok országban a kardiológiai és a pulmonológia szakvizsga egyetlen szakvizsgát jelent. Mindkét szakmának szüksége van a tudásbővítésre és a diagnosztikai eszköztár bővítésére is. Sokat segítené a betegutak egyszerűsítésében, ha a pulmonológiákon lenne ultrahang. Jó lenne, ha többet tudnánk a pulmonológiai betegségekről, ha megfelelően tudnánk elvégezni a légzésfunkciós vizsgálatot, hogy ne fals eredményt kapjunk! Ezzel sokat tehetnénk a betegekért és az egészségügy terheit is csökkenthetnénk.

Beszéltél arról, hogy annak idején a kardiológia és a pulmonológia egyetlen terület volt.

– Vannak olyan országok, ahol most is így van. Nem kell ismernünk a tüdődaganatok legaktuálisabb ellátási lehetőségeit, de azt tudnunk kellene, hogy a COPD terápiájában milyen gyógyszereket alkalmaznak. A pulmonológusoknak pedig jó lenne rálátással bírniuk az ultrahangra, hiszen ez egy gyorsan elérhető eszköz a tájékozódásra, akár közös nevező is lehetne!

Vannak nagy kórházak, ahol megtalálható a kardiológus és a pulmonológus is egy helyen. És persze olyanok is, ahol teljesen elkülönülnek. Ezen a szinten helyi szabályozásra lenne szükség! Olyan együttműködésre például, amelyben az egyik szakterület a maga feladatának elvégzéséhez előzőleg vizsgálatokat kér a másiktól. Ha idáig eljutunk, sokkal gyorsabb lesz a betegek diagnózisa.

Mennyit kell most várni arra, hogy a vizsgálatokat egy pulmonológus, vagy egy kardiológus elvégezze?

– Nálunk a Szent Ferenc Kórházban ez nagyon rövid idő, mert a Korányi Intézettel nagyon jó kapcsolatban vagyunk. Ha onnan kérnek egy vizsgálatot, az egy-két nap alatt elkészül. Ugyanakkor akár Budapesten is előfordulhat, hogy két hónapot kell várni egy kardiológiai vizsgálatra. Ez a kérdés országosan nincs szabályozva, ezért kellene a helyi szabályozást megoldani! Ha ismerjük egymást, ha tudjuk, hogy kitől kérjük a vizsgálatot, nem fogjuk a beteget fölöslegesen ide-oda küldözgetni, helyette valóban adekvát kérdéseket teszünk fel a társszakma képviselőinek, amelyekre adekvát válaszokat kapunk!

Nyilván fontosnak tartod a két terület együttműködését, különben nem adtál volna elő ebben a témában.

– A pulmonológia és a kardiológia határterülete nagyon széles: elmentésben sok más szakmával, ahol éppen csak érintjük egymást. Mi egymásra vagyunk utalva. A megoldás első segítő lépése, hogy megismerjük egymást, hogy beszéljünk egymással, erre jók az ilyen rendezvények. Nekünk tudnunk kellene, hogy a kardiológia és a pulmonológia között melyek az átadási pontok, milyen vizsgálatnak kell megtörténnie ahhoz, hogy korrekt diagnózissal küldhessük vissza a beteget. Ismernünk kell a helyi ellátási protokollokat! A kardiológia legtöbbször csak akkor vesz át beteget, ha bizonyos paramétereknek megfelel, a pulmonológia pedig csak bizonyos légzésfunkciós érték esetében. Van ugyanakkor egy lefedetlen betegcsoport, amelyiknek nem felelnek meg a paraméterei, de adott esetben fullad. Viszont nincs rendes diagnózisa, azaz kimaradt a két felvételre kerülő betegcsoportból. Helyi szinten meg kell győződnünk arról, hogy van-e lefedetlen betegcsoport, így egymás munkáját is megkönnyítenénk és a családorvosnak is sokat segítenénk. A lényeg mindenképpen az, hogy a beteg meggyógyuljon, és ehhez szorosabb együttműködésre van szükség a két szakma között.

Az alapellátás szűrő, megelőző jellegének erősödni kell!

Békássy Szabolcs országos kollegiális vezető háziorvos egy indiai felmérés meglepő tapasztalataival kezdte mondandóját.

Miért fontosak az indiai adatok egy hazai családorvos számára?

– Azért, mert a háziorvosi rendelőkben megjelenő betegek többsége nálunk is légzőszervi megbetegedéssel küszködik. Nincs jelentősége annak, hogy ez India, vagy egy másik ország, az arányok a meghatározóak. A lényeg, hogy nagy betegszám alapján vonták le a következtetéseiket az ottani szakemberek, kétszáz ezer fős populáció volt a minta.

Felismeri a háziorvos a COPD-s beteget? Tudja diagnosztizálni? Pulmonológushoz küldi?

– A hazai alapellátás gondozási, szűrési tevékenységének javítása a célunk, ez pedig harmonizál, találkozik a légzőszervi betegek ellátásával. A tavalyi évben 359 praxisközösség formálódott Magyarországon. Kormányrendelet intézményesítette őket, ami biztosította a praxisközösségi együttműködések jogszabályi kereteit is. Erre e szilárd alapra és a több mint 2100 háziorvosi praxisra alapozzuk a további fejlesztéseket. Azaz itt lehet foglalkoztatni azokat a szakembereket, akik a praxisok szűrési tevékenységét tudják segíteni, itt lehet korszerű diagnosztikai eszközöket alkalmazni, és modellezni olyan új finanszírozási elemeket is, amelyek a minőség munkavégzést dotálják.

Hogy állnak a háziorvosi rendelők például a spirometriával? Végeznek légzésfunkciós vizsgálatokat az alapellátásban?

– Számos nemzetközi tanulmány világít rá arra, hogy a spirometria szűrőjeleggel történő használata a mindennapi ellátás gyakorlati része az alapellátásban. Magyarországon nincsenek olyan infrastrukturális fejlesztések, amelyek ezt lehetővé tennék, a kollégák nem rendelkeznek ehhez megfelelő tudással. Ugyanakkor mindenképpen rendszerbe kellene állítani az alapellátás szintjén, hiszen tudjuk, hogy rengeteg a diagnosztizálatlan COPD-s beteg az számuk több-száz ezerre rúg! Őket ki kellene emelni!

Fogalmam sincs hány háziorvosnak van pulmonológiai szakvizsgálata, nyilván nem egynek és nem is kettőnek. Ennek ellenére ők például nem írhatnak fel gyógyszert a betegüknek, csak a pulmonológus szakorvos javaslatára. Hol van ebben a logika?

– Nyilván az a cél, hogy akinek pulmonológus szakvizsgálata is van, az alapellátásban is kezelhesse a betegeit, ne kelljen feltétlenül a szakrendelőbe küldenie őket. A következő években szeretnénk elérni azt, hogy az egyéb szakképesítésekkel is rendelkező háziorvos tevékenysége bővüljön. Ugyanakkor

nagyon fontos, hogy a háziorvosi szakképzésre ráépíthető többlet-kompetenciák, megszerzésének lehetőségét is biztosítsuk. Szeretnénk egy COPD gondozást segítő emelt szintű jártassági képzést indítani, aminek eredményeképpen természetesen többlet jogosítványokat, például gyógyszerfelírási lehetőséget is biztosítunk a háziorvosoknak. Számos jó gyakorlat igazolja, hogy a COPD-s betegek kezelésére használatos készítmények felírása a világ több országában az alapellátásban történik, vagyis nem kell feltétlenül szakorvoshoz fordulni. Ezt itthon is el kell érni.

Mit lehet elvárni a jövő alapellátásától, a légzőszervi betegségekre fókuszálva?

– A legnagyobb betegforgalmat lebonyolító alapellátás szeretné segíteni a pulmonológusok, kardiológusok, diabetológusok – nem sorolom tovább – munkáját azzal, hogy egyrészt kiszűrjük a beteget, másrészt megpróbáljuk definitív módon ellátni a saját szintünkön. Szakellátásra pedig azokat az eseteket küldjük, amelyek speciális tudást igényelnek. Ez a rendszerben dolgozó alapellátó és szakorvosok számára egyaránt jó megoldás, nem utolsó sorban pedig így a betegek a lakóhelyükhöz minél közelebb kapnak megfelelő szolgáltatást. Tény, hogy a szolgáltatásokat legszívesebben a háziorvostól veszik igénybe a betegek, ami érződött a védőoltási program végrehajtása során is. Amikor már léteztek a kórházi oltópontok is, sokan még mindig a háziorvosukat választották az ismétlődő oltások beadására, a statisztika szerint az oltások 47 százalékát adta be a háziorvos. Ez is tükrözi, hogy a háziorvos és a betegek között lévő bizalmi kapcsolat a legerősebb az egészségügyi ellátórendszerben. Ezért is szükséges, hogy az alapellátás erőforrásokhoz jusson, akkor tudnak majd hozzájárulni a háziorvosok a diagnosztika fejlesztéséhez. Egész egyszerűen el kell jutnunk odáig a következő években, hogy az alapellátás szűrő, megelőző jellege erősödjék!

B. Király Györgyi

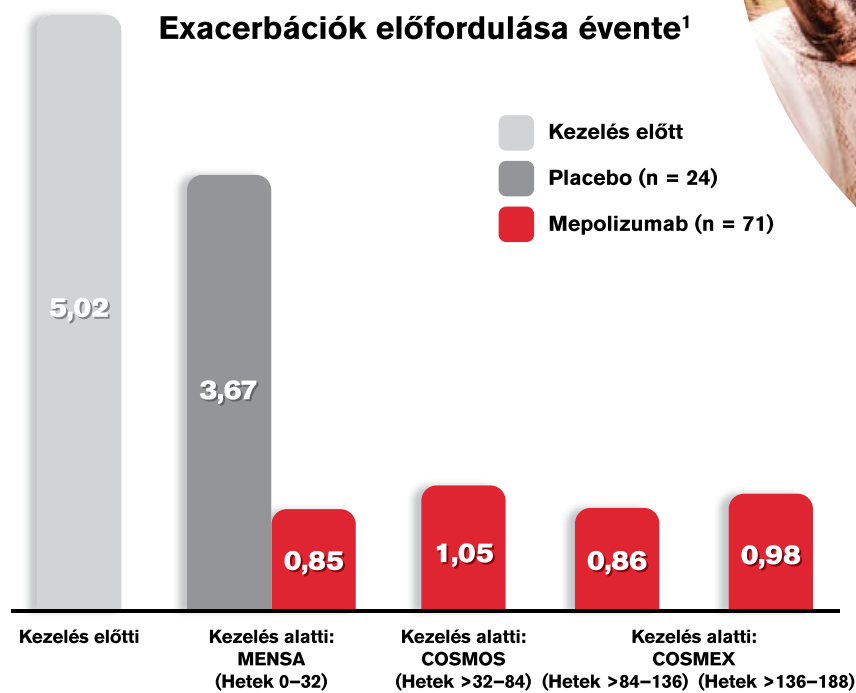
NUCALA

mepolizumab

**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**
Innovációval az életminőség javításáért.

**A súlyos refrakter eosinophil asthmában
a hosszútávú és folyamatos NUCALA kiegészítő kezelés^{1,2*}**

**AZ EXACERBÁCIÓK
TARTÓS ÉS EGYENLETES
CSÖKKENTÉSÉT
BIZTOSÍTOTTA
a COSMEX vizsgálatban^{1**}**



**AZ ALACSONY
EOSINOPHIL
SEJTSZÁM
FENNTARTÁSÁVAL¹**

A garfikon adaptálva az 1-es hivatkozás 2051. oldalán található Figure 3. alapján.

A COSMEX egy prospektív, nem kontrollált, nyílt elrendezésű, multicentrikus, nemzetközi, IIIb fázisú klinikai vizsgálat volt olyan betegeken, akik (i) részt vettek az előző placebo-kontrollos, kettős vak MENSA- vagy SIRIUS-vizsgálatban, és folytatták a nem kontrollált, nyílt elrendezésű COSMOS kiterjesztett vizsgálatban (ii) akiknek életveszélyes vagy súlyos legyengülést okozó asztmája volt, mielőtt a MENSA vagy SIRIUS vizsgálatba bevonták volna, (iii) a protokollban meghatározott klinikai előnyöket mutatott a standard kezeléshez 4 hetente adott mepolizumab terápia a MENSA, a SIRIUS vagy a COSMOS vizsgálatban, és (iv) az asztma fenntartó kezeléseiként ICS-t (≥ 500 µg/nap flutikazon-propionát vagy azzal egyenértékű) alkalmaztak a megelőző 8 hónapban (n = 339). A betegeket a standard kezeléshez adott 100 mg mepolizumabbal kezelték sc 4 hetente. A COSMEX-et azután fejezték be, amikor minden beteg megfelelt a következő, protokollban meghatározott leállítási kritériumok egyikének: (i) a mepolizumab előny/kockázat profílija a beteg számára már nem volt előnyös a vizsgálok szerint, (ii) a beteget az orvos kivonta, (iii) a beteg visszavonta a beleegyezését, (iv) a mepolizumab kereskedelmi forgalomba került az érintett országban, vagy (v) a megbízó leállította a vizsgálatot az érintett országban. A medián időtartam 2,2 év volt; a tartomány 8 hét és 172 hét között volt/3,3 év. A vizsgálat elsődleges hatékonysági végpontja a kezelés alatti asztma súlyosbodásának éves aránya volt. Az elsődleges biztonságossági végpontja a mellékhatások, súlyos nem várt események, főbb kiemelt mellékhatások gyakorisága volt, beleértve a bármilyen okból bekövetkező mortalitást és a kiválasztott cardiovascularis-eseményeket, amelyeket egy Clinical Endpoint Committee ítélt meg.¹

*A Nucala (mepolizumab) súlyos refrakter eosinophil asthmában szenvedő felnőttek, serdülők, illetve 6 éves és annál idősebb gyermekek kiegészítő kezelésére javallott.

** A súlyos eosinophil asztma legsúlyosabb formájával élő válogatott betegeknél, akiknél korábban a mepolizumab klinikai előnyt mutatott, a hosszú távú a mepolizumab kezeléssel a COSMEX vizsgálat során.

Hivatkozás: 1. Khurana S et al. Long-term Safety and Clinical Benefit of Mepolizumab in Patients With the Most Severe Eosinophilic Asthma: The COSMEX Study. Clin Ther. 2019 Oct;41(10):2041-2056.e5., 2. Nucala 100 mg por oldatos injekcióhoz, Nucala 100 mg oldatos injekció előretöltött injekciós tollban, Nucala 100 mg oldatos injekció előretöltött fecskendőben Alkalmazási előírás, 2021.11.12.

A Nucala 100 mg oldatos injekció előretöltött injekciós tollban és a Nucala 100 mg oldatos injekció előretöltött fecskendőben **EÜ100% 66. pont** (32/2004. (IV. 26.) ESZCSM rendelet 2. számú melléklete) alapján támogatással rendelhetőek a kijelölt intézményekben, a 31/2010. (V. 13.) EüM rendelet 37. számú mellékletében meghatározott finanszírozási eljárásrend (felnőttkori asztma bronchiale) alapján a perzisztáló súlyos eosinophil asztma bronchiale kiegészítő kezelése céljából. Magyar Közlöny 2021. december 22, 237. szám: 11708-11714.

Kiadhatóság: a szakorvosi/kórházi diagnózist követően folyamatos szakorvosi ellenőrzés mellett alkalmazható gyógyszer (Sz).

Kizárólag egészségügyi szakembereknek szóló kommunikáció.



Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását, melyet a QR-kód leolvasásával ér el. A hatályos alkalmazási előírás teljes szövegét megtalálja az Országos Gyógyszerészeti Intézet és Élelmezés-egészségügyi Intézet (www.ogyei.gov.hu) honlapján.



Az aktuális árak tekintetében kérjük, ellenőrizze a www.neak.gov.hu honlapon található információkat, melyet a QR-kód leolvasásával ér el.



A GSK védjegyeinek a GSK vállalatcsoport a tulajdonosa vagy licenszbe vevője.
©2022 GSK vállalatcsoport vagy a licenszbe bocsátó jogtulajdonos.

Berlin-Chemie/A. Menarini Kft., 2040 Budaörs, Neumann J. u. 1., Tel.: 23/501-301.
HU-NUC-01-2022-V03-ad-#28756 Lezárás dátuma: 2022.02.24. Felhasználható: 2024.02.24.

A beteg gyermek

Kovács Gábor az elmúlt esztendőben a tuberkulózis kultúrtörténetével foglalkozott, nemcsak tanulmányozta, egy könyvet is összeállított róla. Meggyőződése, hogy ennek a betegségnek a történetét érdemes megismerni a szélesebb szakmai és a laikus közönségnek is. Ezúttal „A beteg gyermek” című festményt mutatja be, melynek apropóján a tüdőgondozói hálózat óriási szerepére is utal a betegség leküzdésében. A festő, Edvard Munch édesanyja és nővére is a tüdőbaj áldozataként vesztette életét. Edvard képtelen volt elengedni Sophie halálának traumáját, hatszor is nekifutott a „A beteg gyermek” megfestésének.

A tuberkulózishoz nyúlnak vissza szakmánk gyökerei, hiszen a gümőkór orvoslásából született meg a huszadi század harmincas-negyvenes éveiben a tüdőgyógyászat. Akkor lett önálló diszciplína a tüdőbetegségek orvoslása. Addig a gyakorlatban és hivatalosan is a tuberkulózis orvostana, vagy másképpen a ftiziológia létezett. Más szakmákhoz hasonlóan ezt követően vált le a belgyógyászatról a nem tuberkulotikus légzőszervi kórképek, a daganatos és az obstruktív tüdőbetegségek ellátása, amelyek azután a megszülető pulmonológia részét képezték.

A tuberkulózis egyidős az emberiséggel. A kórokozó baktérium évezredek óta itt él velünk. Civilizációs betegségnek is nevezhetjük, hiszen ott emelkedett a betegek száma, ahol sokan éltek együtt, a nagyvárosok nyomornegyedeiben, a szűk, higiénia nélküli kis lakásokban. A zsúfoltság az alultápláltsággal karöltve melegágya lehetett a tüdőbaj terjedésének. A gümőkór története kapcsán megismerhetjük az orvostudomány történetét és az orvoslást övező kultúrákat. Ahogy évszázadokon át maga az orvoslás, úgy ez a kór is szoros kapcsolatban állt a művészetekkel. Sok nagyszerű alkotó, festő, költő, zeneszerző szenvedett tuberkulózisban és a legcsodálatosabb műveiket elhúzódó betegségük alatt, vagy annak éppen a végstadiumában alkották. Ha pedig nem ők lettek betegek, akkor megfelelő gyógykezelés híján a szeretteik sorvadását nézték tehetetlenül.

A tüdőbajban szenvedők a legkiválóbb festőket ihlették meg. A tizenkilencedik századi Angliában a pre-rafaeliták állítottak örök érvényű emléket betegnek és betegségnek. Millais és Rosetti képei, de elsősorban modelljük, a gümőkórban szenvedő gyönyörű Elisabeth Siddal sápatag, eltűnő alakja idézi a tüdőbajos beteg ro-



Edvard Munch (1863–1944)

A beteg gyermek

Dátum: 1886

Technika: olaj, vászon

Méretei: 120x118,5 cm

Gyűjtemény: National Museum, Oslo

mantikus képét. Azután a fiatal Picasso, vagy a venezuelai Rojas festették meg naturalisztikusan, már minden romantikus máz nélkül a gyógyíthatatlan beteget és tehetetlen hozzátartozóikat. A legdrámaibban azonban talán a norvég Munch volt képes megfesteni nem csupán a betegséget, s a tehetetlenséget, de a már a beteg életében, annak végstadiumában őt körülölelő gyász hangulatát is. Ezt a hangulatot legjobban A beteg gyermek című képén érezhetjük.

Edvard Munch 1863-ban született Oslóban. Apja orvos volt, aki gyakorta kezelte a nyomornegyedek tuberkulotikus betegeit. Ötéves korában elvesztette gümőkórban elhalt édesanyját, s alig tizennégy, amikor nővére, Sophie is meghalt tüdőbajban. Apja ezt követően depresszióssá vált, dühkitörések, látomások gyötörték, orvosi tevékenységével is felhagyott. Munch egész életében azt érezte, hogy a betegségek, a halálesetek, az örület démonai nem hagyják el, nem tud elmenekülni előlük. Apja kérésére megkezdte ugyan műegyetemi tanulmányait, de az nem érdekelt, s inkább beiratkozott a norvég királyi művészeti iskolába, s leckéket vett Christian Krohg realista festőtől.

A nyolcvanas években több alkalommal megfordult Párizsban, megismerkedett az impresszionistákkal, s más irányzatok képviselőivel. Olyan korban töltött el hosszabb időt a festészet fővárosában, amikor a különböző irányzatok, az impresszionizmus, a posztimpresszionizmus, a szimbolizmus, az éppen alakuló szecesszió születése és elfáradása lehetett nagy hatással művészetére. Mégis, az utókor művészettörténészei az expresszionizmus előfutáraként emlegetik őt. A század végén, még Freud előtt Munch volt az a művész, aki a képzőművészetben talán elsőként akarta az ember tudatalattiját, a belső szoron-

gásait, a rejtett szenvedélyeit a vásznon megjeleníteni. A pillanat érzéki megragadását nyújtó impresszionizmussal szemben az érzékszervekkel alig érzékelhető tudatalatti világot ábrázolta. Szorongást és szenvedélyt, gyászt és álmokat, lelki rezdüléseket tett láthatóvá a kevésbé érzékeny szemlélők számára is. Ez látszik legismertebb alkotásán, A sikoly című festményén is. Korának közönsége még nem volt felkészülve arra, hogy befogadja ezt a kegyetlenül őszinte ábrázolásmódot. Szinte minden évben volt olyan műve, ami botrányt kavart. Egy berlini tárlatát egy hét elteltével be is zárták a közönség felháborodása miatt. Végül ő maga sem kerülhette el a sorsát, zaklatott magánélete, túlfeszített életmódja következtében 1908-ban idegösszeomlást kapott és kisebb megszakításokkal majd két esztendő telt el egy klinikán.

A beteg gyermek című képet élete során hat alkalommal is megfestette és egyikkel sem volt igazán megelégedve. A gyermekkori élmény, nővére Sophie haldoklása olyan erősen hatott rá, hogy 1886-tól 1927-ig többször is vissza-visszatért rá. Úgy érezte, hogy a képek nem képesek visszaadni azt a lelki traumát, amit magában hordoz. Talán leginkább ennek a festménynek az egész életét végig kísérő változatai illusztrálják legjobban az általa megfogalmazott életérzést: „A betegség, az örület és a halál angyalai vették körbe bölcsőmet, és azóta is, egész életemben követnek...”. A karosszékben félig ülő, félig fekvő Sophie halotthalovány arcának sápadtságát vörös haja még jobban kihangsúlyozza. A festmény színei sötétek, zöldek, barnák és feketék. A leány feje mögötti fehér párna szinte világít, dicsfényt övezve a haldokló feje köré, ezzel is jelezve gyermeki ártatlanságát, s azt is, hogy már úton van a túlvilág felé. Ennek a dicsfénynek a súlyos ellenpontját képezi a leányra hajló sötét öltözetű asszony, aki a valóságban Sophie nagynénje, hiszen anyjuk akkor már nem élt. Átvitt értelemben véve azonban az ő alakja a kétségbeesett, tehetetlen gyermekét gyógyoló anya. Még fogja a lánya kezét, de már érzi, hogy azt nem képes megtartani. Itt semmi sem öncélú. Minden az érzelmi hatást szolgálja, a kép egyszerre súlyosan szomorú a gyásztól és szinte árad belőle a részvét.

A valóságban milliárdnyi hasonló jelenet játszódott le évről évre, a tuberkulózis némán szedte az áldozatait, de nem úgy, mint a középkori nagy gyilkosok, a pestis vagy a kolera, amelyek néhány hét, néhány hónap alatt tízezreket, néha egész városokat öltek meg. A gümőkór alattomos jelenlétével folyamatosan pusztított fiatalokat és időseket, férfiakat és nőket, gazdagokat is, de inkább a szegényeket. A huszadik század legnagyobb orvostörténeti sikere, hogy ezt a néma gyilkost, a fehér halált sikerült visszaszorítani és legalábbis a fejlettebb országokban ritka betegséggé redukálni. A gümőkór miatti gyász ma már szinte ismeretlen a világ boldogabb felén és ez a tüdőgyógyászat érdeme.

Magyarország, amely száz évvel ezelőtt még Európa egyik tuberkulózis gócpontjának számított, eljutott odáig, hogy a valamikori morbus hungaricus nálunk is ritka betegségnek számít. Joggal lehetünk büszkéek a magyar tuberkulózisgyógyászat, a tüdőgyógyászat nagy elődeire, de a hálózat közkatónáira is, akik ezt az orvostörténeti sikert elérték. Ezt az is jelzi, hogy 2014-ben Magyar Örök-

ség-Díjban részesült a magyar tüdőgondozói hálózat, amelynek oroszánrésze volt a gümőkór leküzdésében. Merjünk büszkéek lenni rájuk, merjünk büszkéek lenni a hálózatunkra, magunkra! Gyakran hallani olyan hangokat még tüdőgyógyászok szájából is, hogy mi szükség van a tüdőgondozókra, mi szükség van a hálózatra. Poliklinikák és szakrendelések, integrált osztályok jelentik számukra a továbblépést amerikai, nyugati mintára. Ez a vélekedés a „merjünk kicsik lenni” lehangelő, senyvesztő gondolat szakmai megjelenése. Azért ma már látjuk, hogy nem minden „arany”, ami amerikai, nem kell mindent átvenni, majmolni, ami nyugati. Igenis, „merjünk nagyok lenni” és becsüljük meg a mi magyar hagyományainkat és értékeinket. Ilyen érték a magyar tüdőgondozói hálózat is. Ez a hálózat, az ott dolgozó szakemberek többször is bizonyították már azt, hogy így, egymást segítve, hierarchikusan, horizontális és vertikális hálózatot alkotva eredményesebben lehet működni. A huszadik században bizonyították ezt a tuberkulózis, majd a század vége felé a daganatok és az obstruktív légúti betegségek vállalásával, újabban, pedig a koronavírus pandémia alatti helytállással.

A tüdőgondozó jóval több, mint egy szakrendelés. A gondozás fogalma kifejezi azt a többletet, amit mára sokan hajlamosak elfelejteni. A szakrendelések eseti szakvizsgálatával, konzíliumával szemben a gondozás a gondoskodást, a beteg teljeskörű és hosszútávú ellátását jelenti. A gondozás során a szakember követi a beteg sorsát, megismeri annak környezetét, a szociális helyzetét is, amelyek döntően befolyásolhatják egy betegség kialakulását, annak lefolyását. Ezek az ismeretek sokszor elengedhetetlenek a prevenció és az eredményes gyógyítás érdekében. A háziorvosi és a gondozói ellátás kiválóan egészíthetik ki egymást az általános és a speciális gondoskodás terén. Ez sokat segített a koronavírus pandémia idején is, amikor a speciális légúti szövödmények ellátása terén az alapellátás támaszkodhatott a betegek számára mindig elérhető gondozói hálózatra. Sajnos nincs kizárva, hogy az elkövetkező években, évtizedekben a koronavírushoz hasonló járványhullámok jelennek majd meg. Erre fel kell készülni, az ellátás egyik bázisát éppen a tüdőgondozók jelenthetik.

Abban, hogy ma már nem kell éreznünk azt a gyászt, ami a fiatal életek tbc miatti értelmetlen elvesztéséből fakad, nyilván sok kedvező tényezőnek is szerepe volt. A védőoltások bevezetése, a szűrővizsgálatok fejlődése, az egyre pontosabb bakteriológiai és képalkotó diagnosztika, de mindenekelőtt a hatékony tbc ellenes gyógyszerek felfedezése és alkalmazása mind hozzájárultak a sikerhez. Nem lett volna azonban teljes a siker, ha nem álltak volna a készségek és a lehetőségek mögött elhivatott emberek. Legyünk büszkéek rájuk! A sportegyesületek egy bajnokság megnyerését követően egy csillagot varrnak fel a játékosok mezére, s büszkén hirdetik a diadalt. Mi is varrjunk fel képletesen egy nagy csillagot minden tüdőgyógyász és segítői fehér köpenyére, hogy ez is hirdethesse a tuberkulózis visszaszorításában aratott sikerünket!

**Forrás: Sulyok V.: Munch expresszionizmusa
Szorongás és gyermekkori Munch vásznain
(<https://gyermekkep.blog.hu/>)**

Originális, **nem szedatív** antihisztamin^{1,2}





Allergiás rhinoconjunctivitis és urticaria tüneti kezelésére javallt²

Lendin® 20 mg tabletta
Rövidített alkalmazási előírás

Berlin-Chemie/A. Menarini Kft.
1087 Budapest, Hungária krt. 30/A.
Tel.: +361 799 7320

BERLIN-CHEMIE
MENARINI
Innovációval az életminőség javításáért.

Hatóanyag: 20 mg bilasztin tablettként. **Javallatok:** Allergiás (szezoniális és perenniális) rhinoconjunctivitis és urticaria tüneti kezelése. A Lendin felnőttek és serdülők (12 évesek és 12 éven felüliek) számára javallott. **Adagolás és alkalmazás:** Felnőttek és serdülők: 20 mg bilasztin (1 db tabletta) naponta egyszer. A tablettát az étkezés vagy gyümölcslé ivása előtt egy órával, vagy két órával ezt követően kell bevenni. 6 és 11 év közötti, legalább 20 kg testúlyú gyermekek számára a Lendin 10 mg szájban diszpergálódó tabletta javallott (naponta egyszer 10 mg). 6 évnél fiatalabb és 20 kg alatti gyermekek számára a bilasztin nem alkalmazható. Vese- vagy májkárosodás: felnőttek esetén nincs szükség az adagolás módosítására. Vese- illetve májkárosodott gyermekek esetében a bilasztin biztonságosságát és hatáosságát még nem igazolták. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával, a bilasztinnal vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. **Különleges figyelmeztetések és az alkalmazással kapcsolatos óvintézkedések:** A bilasztin P-glikoprotein gátlókkal történő együttadása kerülendő mérsékelt vagy súlyos vesekárosodásban szenvedő betegek esetében. **Leggyakoribb mellékhatások (>1%):** fejfájás, álmoság. Ezek a mellékhatások hasonló gyakorisággal fordultak elő a placebo-t szedő betegekénél is. Jelentették még a következő mellékhatásokat a gyógyszer forgalomba kerülését követő időszakban, amelyeknek a gyakorisága nem ismert (a rendelkezésre álló adatokból nem állapítható meg): palpíto, tachycardia, túlérzékenységi reakciók (mint az anaphylaxis, angiooedéma, dyspnoe, bőrkütiés, lokalizált ödémahelyi duzzanat és erythema) és hányás. **Kiadhatóság:** Kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (V). Forg. engedély száma: OGYI-T-21640/01-03. **Bővebb információért, a mellékhatások, ellenjavallatok és az alkalmazással kapcsolatos óvintézkedések teljes listájáért, olvassa el a gyógyszer teljes alkalmazási előírását!** A hatályos "alkalmazási előírások" teljes szövegét megtalálja az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (<https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/>) honlapján. Elérési útvonal: <https://ogyei.gov.hu>; ADATBÁZISOK, NYILVANTARTÁSOK; Gyógyszer-adatbázis; Gyógyszer neve, a „KERESÉS INDÍTÁSA”, a találatok oldalán  ikonra kattintás, majd az  ikonra kattintás. Ártalmatlanításban nem részesül. Az aktuális árak tekintetében kérjük, ellenőrizze a <http://neak.gov.hu> honlapon található információkat. Elérési útvonal: <http://neak.gov.hu> > szakmának; gyógyszer/gyógygyógytűrdő > egészségügyi szakembereknek > publikus gyógyszerforgó > végleges törzs > Publikus gyógyszerforgó – lakossági tájékoztató.



