

Be **Kopogtató**

orvosokról – orvosoknak...



könyvek
ízek
hangulatok
emberek

*Mutasd a glomerulus
számod, megmondom
meddig élsz!*

Indiánüvöltés és bicikli...

Egy nyilas pontosan céloz...

*A zongoraszólista és
a növekedési hormon*



Hipertónia Társasági Magazin

2011. III. évfolyam 2. szám



Tartalom



Edwin Lord Weeks:
Royal Elephant



Bekopogató

A Magyar Hypertónia
Társaság
és az EGIS lapja

ISSN 2061-7429

Felelős szerkesztő:
B. Király Györgyi

Szaktanácsadó:
Dr. Farsang Csaba és
Dr. Alföldi Sándor

Munkatársak:
Bozsán Eta,
Bulla Bianka,
Csák Elemér és
Vámos Éva

Tördelőszerkesztő:
Tusor Ildikó

Címlapon:
Edwin Lord Weeks
(1849 – 1903):
Outside An Indian Dye House

A lap orvosoknak,
egészségügyi szakdolgo-
zóknak készült, terjesztik
az EGIS orvoslátogatói.

KONFERENCIA

Gondolkodó szív!

4

FINDRISC

Töltsd ki a kérdőívet, kiderül mi vár rád!

6

VALLOMÁS

Indiánüvöltés és bicikli...

Miért nem lettem szívsebész?

9

12

NANOMEDICINA

Hogyan lehet beszedni az ici-pici nanokapszulát?

14

MUZIKA

A zongoraszólista és a növekedési hormon...

16

VESEÜGYEK

Mutasd a glomerulus számod, megmondom meddig élsz!

18

PÁLYÁZAT

Virtuális rendelés a www.ricsidoktor.hu portálon

21

HÁZIORVOS

Háziorvoslás és minőségbiztosítás

23

AZ ÚT ELEJÉN

Nekem 30 órás napok kellenének...

25

KÖNYVKIADÁS

Kiégés ellen India

27

Kedves Olvasó!

Tudom milyen nőnek lenni. A férfilétet nem ismerem. Arról meg elképze-
lésem sem volt milyen lehet a kettő között élni, amíg Indiában nem ta-
lálkoztam a hidzsrákkal. Ők ugyanis a harmadik nem tagjai.

A szép, színes száriba öltözött két fiatal kézen fogva, riszálva, dudor-
rászva sétál Jaipurban a maharadzsa palotájában. Hosszú haj, vastag
smink, mögüle élénk tekintettel méregetik a turistákat. Aztán egyikük le-
ereszkedő mozdulattal az örök kezébe nyomja fényképezőgépét, és
láss csodát! Az egyenruhába öltözött férfiak, akik még azért is tartják a
markukat, ha belelőgnak a nézelődők fotóiba, szó nélkül engedelmese-
kednek. Sőt, úgy tűnik: örülnek, hogy szívességet tehetnek a nőies kül-
sejű, ámde férfiasan mély hangú párosnak. Mint kiderül, senki sem zú-
dítja magára egy hidzsra haragját. Ugyanis félnek tőlük. Úgy tartják,
hogy áldást osztanak, de átkot is szórnak, és a jövődőlésük beteljese-
dik.

A hidzsrák India legfeltűnőbb kaszton kívüli közössége. Olyan indiai
férfiak alkotják, akik nőként viselkednek, női ruhákban járnak. A társa-
dalom a harmadik nemként kezeli őket.

Alapja, hogy a keleti társadalmak jelentős részében a férfi és a női
szerepek komplexitására helyezik a hangsúlyt. A hindu panteon három
főistenének egyikét, Sívát sokszor ábrázolják például Ardhanarisvara, a
hermafrodita isten alakjában, de a hindu mitológiában egyébként is szá-
mos olyan legenda él, mely szerint férfi istenek női alakban jelennek
meg, hiszen mindenkiben megtalálhatóak a két nem alapesszenciái, az-
az rendelkezünk női és férfi princípiumokkal. Márpedig ami a legendák-
ban az isteneknek lehetséges volt, azt a halandók is megtehetik. Indiá-
ban a hidzsrák külön kerületekben laknak, templomokban, vagy családi
ünnepségeken tánccal, fellépésekkel keresik meg a betevőt. Ha egy es-
küvői menethez csatlakoznak, fő helyre ültetik őket, és a díszhelyen,
meg a bőséges vacsorán kívül selymekkel, és sok-sok rúpiával is gaz-
dagodnak. Noha férfi testbe születtek, sem nőként, sem férfiként, legin-
kább „különlegesként” tekintenek önmagukra.

A közösséghez való csatlakozáskor a legtöbben felnőttként kasztrál-
tatják magukat – levágatják péniszüket és heréiket –, de akadnak szü-
lők, akik eleve ezt a sorsot szánják gyermeküknek, és csecsemőkorban
végzik el a csonkítást. Az indiai higiénés körülmények ismeretében, az
is csoda, hogy egy apróság, vagy egy felnőtt élve megússza a kasztrá-
lást. Mielőtt elszörnyednének a szülőkön, ne tegyék! Meg vannak győ-
ződve arról, hogy gyermeküknek így biztosítják a jövőt. Emlékszem, az
egyik parkolóban egy furcsa lényre lettem figyelmes. Először azt hittem,
egy állat közeledik – olyan volt, mint egy óriáspók – aztán rájöttem, hogy
egy szőrös lábú és kezű szörnyszülött férfi kúszik, mászik a földön. Döb-
benten néztem, amíg egyszerre gonosz és szomorú tekintete a sze-
membe nem fúródott, amitől szégyenkezve elfordultam. A pók koldust
szülei tették ilyenné. Csecsemő korában eltörték a kezét és a lábát,
hogy koldulással keresse majd a kenyerét. – Meg akarták menteni a
szülei az éhhaláltól – mondja idegenvezetőnk. Ebben a hihetetlen, fan-
tasztikus, mozgalmas országban elképesztő benyomások érik az euró-
pait. Nekem az volt a legizgalmasabb, amikor egy széparcú hidzsra az
utcán finoman megérintette a homlokomat, megáldott – azt mondják ez
nagy érdem –, majd mosolyogva a buszig kísért, és ahogyan kigördül-
tünk a parkolóból: integetett. Nem csodálom, hogy a második szám
egyik szereplője: Böszörményi Nagy Klári kiégés ellen Indiát ajánlja



Önöknek. Persze egyéb érdekes
témák is kínálják magukat. Olvas-
hatnak a nanomedicináról, elgon-
dolkodhatnak azon szeretnék-e
megtudni glomerulus számukat,
és próbaképpen a Findrisc kérdő-
ívet is kitölthetik. Ártani biztosan
nem fog. Kellemes időöltés kíván
a Bekopogtató forgatásához:

B. Király Györgyi



Márciusban tizenhatodik alkalommal nyitotta meg kapuit Debrecenben a „Debreceni Kardiológiai Napok” továbbképző konferencia. A folyamatos kardiológiai továbbképzést és a legújabb szakmai ismeretek naprakész átadását biztosító rendezvény mára az egyik legrangosabb hazai posztgraduális kardiológiai fórummá vált. Népszerűségét jelzi, hogy az első évben 5–600 regisztrált résztvevője volt, azóta ez a szám megháromszorozódott. Az idei tanácskozás több mint ezer résztvevője elsősorban a koszorúér-betegségek és a szívritmuszavarok időszerű kérdéseiről, terápiájáról kapott tájékoztatást. A főként gyakorlati-klinikai jellegű fórumokon a gyakorló orvosok megismerhették a világban alkalmazott legújabb kardiológiai irányelveket és ajánlásokat is a szakma legkiválóbb képviselőinek tolmácsolásában.

Gondolkodó szív!



Gondolatébresztő előadásokra számíthatnak az érdeklődők az EGIS szimpóziumán is, amely a „Gondolkodó szív!” nevet viselte. Ma már egyre inkább elterjedt az a nézet, hogy minden a fejben, pontosabban az agyunkban dől el. Tessenek csak egy jól sikerült fogyókúrára, vagy a rák elleni eredményes harcra gondolni! **Csiba László a Debreceni Neurológiai Klinika igazgatója** izgalmas előadásában azt fejtegette, hogy milyen gondolatvitel működik a szív és az agy, vagyis a központi idegrendszer között. Mivel az iszkémiás stroke 15–20%-át kardiogén eredetűnek tekintjük: a potenciális agyi embóliaforrások adekvát kezelése elsőrangú jelentőségű a strokekal foglalkozó szakemberek számára. Az viszont kevésbé ismert, hogy primer központi idegrendszeri betegségeknek is fontos kardiológiai vonatkozásai vannak. A kardiovaszkuláris rendszert befolyásolja a kérgi moduláció. PET-, MRI-vizsgálatok igazolták az insulából a gyrus cingularis anteriorból és az amygdalából álló hálózat kiemelkedő szerepét az autonóm idegrendszer szabályozásában. Az is kiderült, hogy az insula gyakran sérül stroke esetén. A szívfrekvencia variabilitása a szimpatikus és paraszimpatikus idegrendszer optimális összjátékától függ. A szívveréstől szívverésig eltelt idő folyamatosan változik. A paraszimpatikus magas frekvenciájú impulzusok a pulzus gyors csökkenését, a szimpatikus alacsony frekvencia a szívritmus emelkedését idézi elő. A szívfrekvencia a szükségleteknek megfelelően változik. A frekvencia variabilitás beszűkülése kóros és előfordulhat epilepsziában, szívinfarktusbán, stroke-ban, Guillan-Barre-szindróma és polyneuropathia esetén is. A hipertónia az egyik legfontosabb érrendszeri rizikófaktor: funkcionális MR-vizsgálatokkal egészségesekben is szoros összefüggést találtak a szisztolés és a diasztolés vérnyomásváltozás és az insuláris cortex elülső részének aktivitása között. Ugyanakkor a hipertóniásokban a bal insuláris kéreg atrophija független tényező az alvási szisztolés vérnyomás és az éjszakai vérnyomáscsökkenésben. Az autoregulációs küszöb elcsúszásával a fiziológias vérnyomáscsökkenések is iszkémiát idézhetnek elő a fehérállományban, főleg a periventrikuláris területen és valószínűleg ez a leukoaraiosis oka. A krónikus hipertónia az agy volumenének, elsősorban a bal féltekének a csökkenéséhez vezet. Ugyanakkor az agykamrák akár 50%-os növekedése is megfigyelhető.



Milyenek az újragondolt vérnyomáscsökkentés szempontjai? Erről **Tóth J. Péter a Szolnok Megyei Kórház kardiológusa** számolt be. Elmondta, hogy egy ideális vérnyomáscsökkentőnek a kiváló hatékonyság és a tolerálhatóság, valamint a tartós vérnyomáskontroll és a gazdaságosság mellett anyagcsere-semlegesnek is kell lennie. A célszerv károsodások megelőzése, valamint több szövődmény kezelése esetén renin-angiotenzin-aldoszteron-rendszert (RAAS) gátló, valamint kalciumcsatorna-blokkoló gyógyszerelelt javasolnak a hazai és az európai irányelvek.

Ugyanakkor már középsúlyos hipertóniában a célértékek eléréséhez szükségessé válhat hármas kombinációk alkalmazása. Klinikofarmakológiai eredmények illusztrálják az antihipertenzív gyógyszerek közötti különbséget,

amelyet az újkeletű diabétesz megjelenésére gyakorolnak: RAAS-gátló, vagy kalciumcsatorna-blokkoló alkalmazása mellett a cukorbetegség megjelenésének kockázata csökken, míg béta-blokkolók vagy diuretikumok használata mellett a cukorbetegség előfordulása megnő. Nem optimális gyógyszer választás esetén a szénhidrát anyagcsere-zavar progressziója is szembetűnő. Szelektív béta-blokkolók és diuretikumok esetén romlik az inzulin szenzitivitás és nő az inzulinrezisztencia. A kalciumcsatorna-blokkoló terápia anyagcsere szempontból semleges, míg a RAAS-gátló kezelés kedvező hatással van az inzulin szenzitivitásra és az inzulinrezisztencia kialakulására. Ezért lehet előnyös egy RAAS-gátló és kalciumcsatorna-blokkoló kombináció, amit tetézhet a fix kombinációk nyújtotta előny is (pl. perindopril+amlodipin). A hipertóniás betegek életkilátásainak javítása érdekében érdemes tehát újragondolni a vérnyomáscsökkentő kezelést, hogy az a célértékek elérése érdekében hatékony, igazoltan célszerv-védő, és kedvezőtlen anyagcserehatásoktól mentes legyen.



Édes István a konferencia elnöke egy új indikáció tapasztalatait osztotta meg hallgatóival. „A klinikai ellátás során nap, mint nap azt tapasztaljuk, hogy az iszkémiás szívbeteg, vagy az akut infarktuson átesett betegek igen magas kardiovaszkuláris rizikóval rendelkeznek. Az új gondolatot az adja, hogy vannak olyan

gyógyszerek, mint pl. a carvedilol, amelynek előnyös tulajdonságai lehetővé teszik az alkalmazást igen magas rizikójú hipertóniás, iszkémiás szívbetegben is. A CAPRICORN-tanulmány azt mutatta meg, hogy a carvedilol akut infarktust követően csökkenti, illetve leállítja a bal kamra remodellációs folyamatát. A carvedilol megakadályozza a bal kamra végdiasztolés és végszisztolés átmerőjének növekedését és javítja a bal kamra összehúzódó képességét, az ejek-

ciós frakciót.” A professzor szerint ezzel a tanulmány-nal a carvedilol „kilóg” a többi béta-blokkoló sorából. Ez a gyógyszer nagyon széles indikációs palettával rendelkezik, nemcsak a szívelégtelenség II-III-IV-es stádiumában alkalmazható, hanem tünetmentes bal-kamra-diszfunkcióban is, infarktust követően. Ez azokat a betegeket jelenti, ahol meg nem alakult ki manifeszt szívelégtelenség, de már van egy jelzett bal-kamra-funkció csökkenés, egyelőre tünetek nélkül. A carvedilol nem rontja a húgysav- és a lipidszinteket, a betegek cukorháztartását, nem növeli a diabétesz kialakulását, és kedvező metabolikus hatásokkal rendelkezik.

Gondolkodom, tehát adom! A XVII. századi francia filozófus, Descartes alaptételét a hipertónia korszerű terápiájára alkalmazta előadásában **Nagy Viktor a Semmelweis Egyetem II. sz. Belklinikájának főorvosa**. A hazai és nemzetközi ajánlások szerint az ARB-k



a többi nagy gyógyszerosztállyal (diuretikum, béta-blokkoló, kalciumantagonista, ACE-gátló) együtt azért alkalmasak a magas vérnyomás- betegség indító és fenntartó kezelésére, mert a tenzió túl csökkentik a kardiovaszkuláris mortalitást és morbiditást is. Hazai elterjedt alkalmazásuk a rendelkezésre álló evidenciáknak, a placebo-hoz hasonló tolerálhatóságnak, illetve az ennek köszönhető igen kedvező beteg compliance-nek is tulajdonítható. Az originális valsartan készítmény hatását és biztonságosságát igen nagyszámú klinikai vizsgálatban ellenőrizték. Csak a randomizált, kontrollált tanulmányokban több mint 50 ezer beteg követeése történt meg. Eredményképpen a valsartannak nemcsak vérnyomáscsökkentő, hanem számos kardiovaszkuláris betegségre kifejtett kedvező hatását is észlelték. A valsartan bizonyítottan gátolja a kockázati tényezőktől a halálig tartó szív-érrendszeri eseménylánc fellépésének minden egyes állapotát.



Egyes becslések szerint Magyarországon a cukorbeteg fele nem tud betegségéről. Pedig egy „frissen felfedezett” cukorbetegség esetén a kóros anyagcsere-folyamatok évek óta fennállnak, a beteg tünet- és panaszmentes, de a magas vércukorértékek miatt megkezdődik a szövődmények – szív- és érrendszeri betegségek, diabéteszes láb stb. – kialakulása. Hogy a betegség ne maradjon rejtve, a Magyar Diabetes Társaság a nemzetközi ajánlásoknak megfelelően a Findrisc kérdőívvel, a 77 Elektronika Kft., az EGIS támogatásával és az Országos Alapellátási Intézet együttműködésével egy több ezer lakosra kiterjedő kockázat alapú diabétesz szűrést végzett. Az előkészületekről és az első fázis eredményeiről számolunk be.

Töltsd ki a kérdőívet, kiderül mi vár rád!



Winkler Gábor professzor a Magyar Diabetes Társaság elnöke szerint míg a kilencvenes évek végén 5–5,5 százalékra becsülték a cukorbetegség előfordulását, a 2000-es év utáni első reprezentatív hazai vizsgálat 7,6%-os előfordulással számolt. A 2-es és az 1-es típusú diabétesz előfordulásának aránya 9:1, tehát nagyon durván, minden 10 cukorbetegből 1 valószínűsíthető 1-es és 9 2-es típusúnak.

Miután a nagyobb hányadot kitevő 2-es típus igen sokszor észrevétlenül alakul ki, a már létező, de még felismeretlen cukorbetegek száma még egyszer annyi, mint a már felismerteké. A diabétesz előállapotában lévők pedig annyi, mint az ismert és nem ismert betegeké együttesen. Hogy egyértelmű legyen: számoljunk – kis túlzással – 600 000 ismert diabéteszessel. A fenti képlet szerint 1 200 000-re tehető azoknak a száma, akik már cukorbetegek, de mintegy a fele még nem tud róla. Még egyszer ennyien, azaz körülbelül 2 400 000-en vannak azok, akik vagy cukorbetegek, vagy a betegség valamelyik előállapotában élnek. Pedig a 2-es típusú diabétesz jó eséllyel megelőzhető, hisz tudni lehet, hogy kik azok a személyek, akik fokozottan veszélyeztetettek. Ezt szem előtt tartva indította a MDT a kockázatalapú cukorszűrést, amely 2008-ban vette kezdetét.

A társaság elnökétől megtudtuk, hogy mostanában ennek a vizsgálatnak a 100 000 fő bevonásával tervezett 2. fázisa zajlik – a tárca szponzorálásával, illetve a 77 Elektronika és az EGIS logisztikai segítségével. A koordinálást az OALI, a szakmai irányítást a Magyar Diabetes Társaság végzi. A 2. fázis reményeik szerint 2011 májusáig befejeződik. Ha az eredményeik alátámasztják a kisebb mintaszámú első fázis eredményeit, akkor a Magyar Diabetes Társaság szorgalmazza majd, hogy 2012-től a felnőtt lakosság kötelező cukorszűrése beépüljön az alapellátás minőségbiztosításába.

Hogyan zajlik a kockázatalapú szűrés?

– A kockázatalapú diabétesz-szűrés elve az, hogy csak azok körében történjék a cukorbetegség tényét megerősítő laboratóriumi vizsgálat, akik fokozottan veszélyeztetettek. Ennek fölmérése mindenhol kérdőívvel történik. A Finn Diabétesz Társaság által kidolgozott, ezért Findrisc-re „keresztelt” kérdőív az, amit számos vizsgálat elfogadott, validált, általánosan alkalmazható kérdőívnek tekint. A világ számos nyelvére, köztük magyarra is lefordították. Ez egy nagyon egyszerű, mindenki számára követhető és könnyedén kitölthető kérdéssorozat. A kérdések között szerepel többek között az illető életkora, hogy volt-e valaha magasabb vércukorral járó állapota, szenvedett-e magasvérnyomás-betegségben, szed-e olyan gyógyszert, ami vagy a vérnyomást csökkenti, vagy a vérsír eltérés korrigálására való, végez-e naponta fizikai aktivitást, van-e a családban a legközelebbi hozzátartozók között cukorbeteg. Két olyan kérdést tartalmaz a kérdőív, amelynek megválaszolásához szükség lehet segítségre. Az egyik a haskőrfogat mérése, hiszen ezt standard helyen kell mérni, a másik a tápláltsági állapotot jelző testtömeg-index kiszámítása.

A kérdésre adott válaszok egy-egy számot generálnak, ezeket összesítjük, s ha az eredmény 10 pont alatti, a válaszadó – a diabétesz szempontjából – nincs nagy veszélyben. Minél nagyobb az összesített pontérték, a score-szám, annál magasabb a betegség rizikója. 15 fölött minden harmadik, 20

pont fölött minden második személynél számolhatunk a cukorbetegség kialakulásával 10 éven belül. A maximum pontszám 26. Ha az adott személy 12 vagy afölötti pontszámmal rendelkezik, akkor célszerű, ha minél hamarabb aláveti magát egy cukorterheléses vizsgálatnak. –

700 háziorvos már használta a kérdőívet

– A háziorvosi praxisban fontos feladat a cukorbetegség gondozása – mondja Balogh Sándor, az Országos Alapellátási Intézet főigazgatója. – Nemcsak a beteg egészségi állapotának követését foglalja magába – rendszeres laborvizsgálatok, a különféle szakorvosi konzíliumokra irányítás, mint például szemészet, diabetológia –, hanem a lehetséges szövődmények elkerülését, a diétás és életmód tanácsadást egyaránt. Emiatt is komoly lehetőségnek tekintettük, hogy a Magyar Diabétesz Társasággal együttműködve országos méretű vizsgálatra kerülhetett sor. A Findrisc kérdőív a még fel nem ismert cukorbetegség felfedezésében jelent nagy segítséget a kezelőorvos számára. Ez azért nagyon fontos, mert a cukorbetegség felfedezése előtt már 5–10 évvel elkezdődik a betegség érkárosító hatása, ami szívinfarktushoz, agyvérzéshez, vaksághoz, vesebetegséghez vezethet. Olyannyira, hogy a gyakoribb, a 2-es típusú kórfORMában szenvedők mintegy háromnegyede kardiovaszkuláris betegségben hal meg. Pedig klinikai kutatások bizonyítják, hogy megfelelő életmód-váltással – testsúly csökkentése, a fizikai aktivitás növelése – a cukorbetegség kialakulásának kockázata 58 százalékkal csökkenthető. Már a testsúly 5–7 százalékos csökkentése is mérsékli a kockázatot.



Magyarországon a Findrisc projekt befejeződött, az adatlapjai jelenleg már feldolgozás alatt állnak. Hamarosan mind az újonnan felismert cukorbetegség számáról, mind azok arányáról lesznek adataink – magyarázza Balogh Sándor. – Pontos információ még nem áll rendelkezésünkre arról, hogy hány háziorvos használja a kérdőívet, azt viszont már lehet tudni, hogy a Findrisc projekt kapcsán mintegy 700 háziorvos alkalmazta, praxisonként 100–120 páciensnél. Az országos kiterjesztésű vizsgálat eredményes kivitelezésében a 77 Elektronika Kft. mellett nagy része volt az EGIS Gyógyszergyár Nyrt-nek is.

Az Országos Alapellátási Intézetet támogatva a résztvevő háziorvosok vizsgálati munkáját segítette, szakmai háttérrel, tanácsadást biztosított számukra. A korábbi Findrisc vizsgálatok alkalmával is több száz orvos használta a kérdőívet. A projekt tanulságait nagy általánosságban úgy lehetne összefoglalni, hogy egyrészt a fiatalok az idősebeknél rugalmasabbak és könnyebben váltanak életmódot, másrészt a nők sokkal egészség tudatosabbak, mint a férfiak, azonban természetesen igen nagy egyéni eltéréseket lehet megfigyelni – teszi hozzá a főigazgató. A kockázat fölmérése azért is hasznos, mert az illető szembeesülhet azokkal a szokásokkal, amelyeken adott esetben változtatni kell, vagyis sokat tud tenni annak érdekében, hogy a betegség kialakulásának rizikója csökkenjen. Például, csökkenti a súlyát, áttér egészségesebb életmódra, napi rendszerességgel fogyaszt gyümölcsöt, zöldséget, rost dús ételeket, csökkenti a zsírtartalmat, és beépíti életmódjába a napi fél óra, a teherbíró képességéhez igazodó fizikai aktivitást.

Miért támogatta a 77 Elektronika a Findrisc szűrést?

– Magyarországon senki nem tudta pontosan – hiszen nincs nyilvántartás róla –, hogy hány diabeteszes van az országban – mondja Zettwitz Sándor a sikeres magyar családi vállalkozás, a 77 Elektronika alapítója. – 25 évvel ezelőtt – májusban ünnepeljük a születésnapunkat – saját fejlesztésű vércukormérővel kezdtük a tevékenységünket egy 27 négyzetméteres lakásban. Akkor négyen voltunk, ma 350 embernek adunk munkát – és mert hitvallásunk az innováció jelen vagyunk a világ 72 országában –, de azóta is a fő termékünk a vércukormérő. Úgy éreztük, hogy ha már ebből élünk, akkor vissza kell adnunk valamit a betegeknek és a szakmának. Kezdeményeztük a Magyar Diabétesz Társaságnál, hogy végezzünk egy felmérést, derüljön ki a diabeteszesek száma. Megtudtuk, hogy létezik egy, a finnek által kipróbált rizikóalapú felmérés, aminek segítségével felfedezhetőek a rejtett cukorbetegség. És mivel a betegek fele nem is tudja, hogy cukorbeteg, arra gondoltunk, hogy hasznos és számunkra örömteli, ha ennek a felfedezésében tudunk segíteni.

Így a 77 Elektronika finanszírozta a háziorvosok bevonásával, a kérdőíves szűrést. Kereken 8000 ember adatait kértük le, és azt kívántuk bizonyítani, hogy Magyarországon is igaz az, hogy ha 12 pont fölött van a kérdőíven szereplő 8 kérdés összesített pontszáma, akkor az illető számára valóban létezik a rizikófaktor, hogy vagy cukorbeteg, vagy annak előállapota.



ban van. Nos, a hipotézis egyértelműen bizonyítást nyert. Ezt követően Vándorffy Győző főorvosnak támadt egy ötlete: mi lenne, ha leszűrnénk az összes kórházi dolgozót, valamennyi kórházban. Megbeszéltük a kórházszövetség elnökével, majd összesen hat és félezer kórházi dolgozónál alkalmaztuk a Findrisc kérdőívet, amit szintén a 77 Elektronika finanszírozott. A két szűrés alapvetően különbözött egymástól. Az első felmérést a háziorvosok bevonásával végeztük azokon, akik elmentek valamilyen panasszal az orvoshoz. Aki tehát abba bekerült annak valamilyen – nem diabétesszel kapcsolatos – panasza volt. A kórházi dolgozók viszont – elvileg – egészséges emberek. Kíváncsiak voltunk, arra, hogy van-e valamilyen eltérés a két csoportban. Nos, nem lehetett szignifikáns különbséget találni. A két mérés eredményét bemutattuk az akkori egészségügyi miniszternek – Székely Tamásnak – akinek annyira megtetszett, hogy a tárca 50 millió forinttal finanszírozta azt, hogy egy sokkal nagyobb létszámra vonatkozó mérést végezhessünk. Ennek a logisztikáját, és a nyilvántartását a 77 Elektronika intézte, az EGIS gyógyszergyárral karöltve. Az EGIS saját orvoslátogatóinak segítségével kerekén 70 000 ember adatainak összegzése történt meg. Tudomásunk szerint Európában, sőt a világon sem volt még ilyen nagy esetszámmal végzett mérés. Az eredményeket feldolgozzák a szakemberek, és június 8-án a Magyar Tudományos Akadémián számolnak be a részletekről. Ha ez is azt bizonyítja, hogy a 12 pont fölötti eredmény valóban diabétesz rizikót jelent, akkor érdemes bevinni a háziorvosi gyakorlatba. A kérdőívet ki lehet tenni a rendelőben, és amíg a beteg vár, addig kitöltheti. Ezzel vérvétel és egyéb költség nélkül kiszűrhető az, akinek effektív cukorbetegsége van, de még nem tud róla, és az is, aki a betegség előállapotánál tart.

Bulla Bianka és Vámos Éva



A Findrisc vizsgálat adatlapja

Karikázza be az Önre vonatkozó pontértéket, majd adja össze azokat a kérdőív végén!

1. Életkor

0. pont 45 év alatt 2. pont 45–54 év között
3. pont 55–64 év között 4. pont 64 év felett

2. Testtömeg index (BMI)

A testtömeg index kiszámolása: Testsúly kg-ban, osztva a méterben mért testmagasság négyzetével. A számításban segítenek Önnek. Pl: ha az Ön magassága 165 cm, súlya 70 kg, a számítás: $70/(1,65 \times 1,65) = 25,7$

0. pont alacsonyabb, mint 25 kg/m²
1. pont 25–30 kg/m²
3. pont nagyobb, mint 30 kg/m²

3. Haskőrfogat

(az alsó bordák és a csípőtővis közötti távolság felénél mérve – gyakorlatilag a köldök vonalában, közepes belégzés után)

Pont	Férfiak	Pont	Nők
0	Kevesebb, mint 94 cm	0	Kevesebb, mint 80 cm
3	94–102 cm	3	80–88 cm
4	Több, mint 102 cm	4	Több, mint 88 cm

4. Végez-e legalább 30 perces fizikai tevékenységet munkaköréből adódóan/vagy szabadidejében?

0. pont Igen 2. pont Nem

5. Milyen gyakran fogyaszt zöldséget, vagy gyümölcsöt?

0. pont Minden nap 1. pont Nem minden nap

ségügyi miniszternek – Székely Tamásnak – akinek annyira megtetszett, hogy a tárca 50 millió forinttal finanszírozta azt, hogy egy sokkal nagyobb létszámra vonatkozó mérést végezhessünk. Ennek a logisztikáját, és a nyilvántartását a 77 Elektronika intézte, az EGIS gyógyszergyárral karöltve. Az EGIS saját orvoslátogatóinak segítségével kerekén 70 000 ember adatainak összegzése történt meg. Tudomásunk szerint Európában, sőt a világon sem volt még ilyen nagy esetszámmal végzett mérés. Az eredményeket feldolgozzák a szakemberek, és június 8-án a Magyar Tudományos Akadémián számolnak be a részletekről. Ha ez is azt bizonyítja, hogy a 12 pont fölötti eredmény valóban diabétesz rizikót jelent, akkor érdemes bevinni a háziorvosi gyakorlatba. A kérdőívet ki lehet tenni a rendelőben, és amíg a beteg vár, addig kitöltheti. Ezzel vérvétel és egyéb költség nélkül kiszűrhető az, akinek effektív cukorbetegsége van, de még nem tud róla, és az is, aki a betegség előállapotánál tart.

6. Szed-e rendszeresen vérnyomáscsökkentő gyógyszereket?

0. pont Nem 2. pont Igen

7. Mértek-e Önnél valaha magasabb vércukorértéket (orvosi vizsgálatkor, betegség, terhesség esetén)

0. pont Nem 5. pont Igen

8. Van-e családtagjai között, vagy közeli rokonságában 1-es típusú (ifjúkori), vagy 2-es típusú (időskori) cukorbeteg?

0. pont Nem
3. pont Igen: nagyszülő, nagynéni, nagybácsi, vagy elsőfokú unokatestvér
5. pont Igen: szülő, testvér, vagy saját gyermek

Értékelés: összesen pont

Kockázat a cukorbetegség 10 éven belüli kialakulására:

Kevesebb, mint 7 pont: alacsony kockázat. Becslések szerint 100 főből 1 esetben lesz valaki cukorbeteg.

7–11 pont: enyhén fokozott kockázat. Becslések szerint 25 főből 1 esetben lesz valaki cukorbeteg.

12–14 pont: fokozott kockázat. Becslések szerint 6 főből 1 esetben lesz valaki cukorbeteg.

15–20 pont: magas kockázat. Becslések szerint 3 főből 1 esetben lesz valaki cukorbeteg.

Több mint 20 pont: igen magas kockázat. Becslések szerint 2 főből 1 cukorbeteg lesz 10 éven belül.

Indiánüvöltés és bicikli...

Kicsi korától gyermekorvos akart lenni?

– Tudni kell, hogy a gimnázium utolsó két évét Algériában végeztem, ott is érettségiztem, nagy erőfeszítés árán, hiszen a budapesti jó gimnáziumi eredményeim után, francia nyelvtudás nélkül csöppentem bele a francia gimnáziumba. Matematika tanárom igazi tanáregyéniség volt, fél év alatt, de örök időkre belém véste: nem elég a jó eredményt felmutatni, azt pontosan le kell vezetni és dokumentálni kell. Neki köszönhetem, hogy megálltam a helyemet az idegen környezetben, és az érettségim francia és arab társaimat megelőzve végeztem. Ekkor még további sorsom bármilyen irányát el tudtam volna képzelni. Az ember követni szeretné példaképeit, de aztán hamar feladtam a matematika tanári, fizikatanári, biológia tanári elképzeléseimet, sőt autószerelő sem lettem. Bár az utóbbi nagyon hasonlít az orvoslásra (anamnézis, diagnózis, terápia, prognózis), csak több benne a kiszámíthatóság, a biztos elem...

Valami biztosan nagy lökést adott az orvoslás felé.

– A családban hagyománya van az orvoslásnak, apai ágon igazi praktizáló orvos volt az ősök között. Az ősöm egyik megtalált levele, nagy hatással volt rám. Az Alföldön az aratás idején beteghez hívták és a nagy gazdasági épületben sok tucat összezsúfolt ember között találta meg a köhögéstől rázkódó beteget, akinek persze se pénze, sem lehetősége nem volt orvosságra, hát még a városba menni, gyógyíttatni magát. Ezt a történetet hallva érzékenyebbé váltam az elesettek, a rászorulókat iránt.

Hogyan lépett tovább?

– Az egyetemet végezve minden évben találtam egy-két tárgyat, ami nagyon megtetszett. Ebben ismét szerepe volt nagy tanáregyéniségeimnek. Anatómia (Szentágothai), élettan (Spät), patológia (Jellinek, Szinnyai), azután jöttek a klinikai tárgyak. Sok versenyen indultam, sok helyezést értem el. Végül patológiára és gyermekgyógyászatra jelent-



Az I-es számú Gyermek-klinikán ő vezeti a belgyógyászattal egybekötött veseosztályt. Reusz György több alkalommal járt külföldön, Humboldt ösztöndíjjal például Hannoverben. A távolban látottakat, hallottakat beépíti a hazai gyógyítási rendszerbe. Kerékpározik, és önkéntesként transzplantált gyerekeket táboroztat.





keztem, mindkettőt elnyertem, de én a gyermekgyógyászatot választottam. Legjobb barátom pedig, a most az Egyesült Államokban élő Tarján Gábor ment végül a patológusnak. A nefrológia, és később a transzplantáció, mint irány Miltényi Miklós professzornak a klinika akkori igazgatójának köszönhető. Hannoverben nagyon sokat tanultam, hisz az a klinika akkor már a németországi gyermek dialízis és veseátültetés egyik központja volt. Visszatértem után nem sokkal a klinika új vezetője, Tulassay professzor megbízott a vese osztály vezetésével. Itt egyebek mellett a krónikus vesebeteg gyermekek vesepótló kezelésre való előkészítése il-

letve a veseátültetés utáni utógondozás volt a feladat. Nagyon szép, „pionír” időszak volt ez, és büszke vagyok rá, hogy azóta a kollegáimmal, a mindenkori nemzetközi színvonalnak megfelelően gyógyítunk.

Milyen gyakori a gyerekkori veseelégtelenség?

– A gyerekkori végállapotú veseelégtelenség szerencsére igen ritka. Magyarországon évente mintegy 8–12 új esettel kell számolnunk. A betegek egy része akár csecsemőkorú is lehet, de gyakoribb, hogy a serdülőkor környékén válik végképp elégtelenné az addig még valamelyest kompenzálni tudó vese. Először 1980-ban Szegeden, majd 1985-ben Budapesten és ezt követően a többi nagy vidéki centrumban, Debrecenben Miskolcon, Pécsen indult el a gyermek-művesekezelés. Pedig a művese kezelés nem optimális a gyermekek testi-szellemi fejlődése szempontjából sem. Külföldi útjaink során azt tapasztalhattuk, hogy a korszerű, nagy kapacitású gyermek-művese állomások szinte üresen konganak, a gyerekeket nagyon rövid időn belül átültetik. A kétezres évek elejétől ez a tendencia nálunk is egyre jobban érvényesül. Az átültetések száma kezdte meghaladni az újonnan művese kezelésre felvettét. Hozzájárult ehhez az is, hogy a transzplantációs centrumok nagy erőfeszítést tesznek az élődonoros veseátültetés programok fejlesztésére. A vese átültetések után sokkal életképesebbek a betegek. Az Eurotransplanthoz való csatlakozás igazi áttörést jelenthet, hiszen sokkal könnyebb donorra találni, ha szélesebb körből meríthetünk.

Elengedhetetlen – pláne gyerekeknél – az edukáció, a tanítás. Ennek egyik eleme a nyári tábor, ahol Ön nagy szeretettel segít a nebulóknak.

– Sajnos a gyerekkorból a felnőttkorba való átmenet idejére esik a kilöködések, az átültetett vesék elvesztésének jelentős hányada. Ismert a serdülőkori psychés labilitás hatása ahol a testi, a hormonális változások mellett, komoly tényezőt jelent, hogy a serdülő elkezd szégyellni a betegségét. Vagy nem vesz tudomást a betegségről (hiszen nincs panaza) és abbahagyja a gyógyszereszedést. Nagy feladatot ró ránk a gyermekekkel való foglalkozás. Ebben jelentenek pótolhatatlan segítséget a civil szervezetek, az alapítványok. Az „Alapítvány a megújított életéért”

Szalamanov Zsuzsa vezetésével olyan programokat kínál a szervátültetett gyermekek és családjaik számára, ahol megismerhetik az állapotukkal (szándékosan nem nevezzük betegségről az átültetett szervvel való életet) járó korlátokat, de a lehetőségeket is. Ilyen az átültetett szervvel élő gyermekek nyári tábora. Ide nem csak veseátültetett, hanem máj-átültetett és tüdőtranszplantált gyerekek is járnak. Most már 100–150 résztvevővel számolunk, ennek mintegy a fele átültetett szervvel élő gyermek, a másik fele szülő, illetve egészséges testvér. A tábor filozófiája az, hogy a gyerekek természetes környezetben találkozzanak a



többi gyermekkel, lássák, hogy másnak is van ilyen problémája. Nagy élmény, amikor a Balaton parton egy tucat gyermek szalad elő „indiánüvöltéssel”, és csak abból lehet tudni, hogy ki a szervátültetett, hogy látjuk a műtét helyét: kis vágás a csípőlapát felett veseátültetetté, nagyobb vágás a bordaív alatt májátültetetté. A táborban intenzív és pontosan tervezett foglalkozások vannak, minden korcsoport számára: kézügyességet fejlesztő oktatás, sport, úszásoktatás. A táborlakók közül sokan szerepeltek sikerrel a transzplantációs világtételeken.

Úgy hallottam biciklivel jár munkába.

- 40 év felett (milyen régen is volt az már), szóval egy bizonyos kor felett az embernek gondolnia kell az egészségére is. Ami addig természetesnek tűnt, hogy minden mozog, és jól működik, onnantól fokozott odafigyelést kíván. Ezért már több mint 15 éve rendszeresen kerékpározom, több generációnyi biciklit tettem tönkre. A legegyszerűbb a munkába járás, napi 2x10 km. Előnye: nem kell más sportot keresni. A felszerelésem elég jó, és olyan pulzus órát is beszereztem, ami a sebességen, a megtett távolságon túl az elégetett kalóriákat, a tengerszint feletti magasságot és a hőmérsékletet is rögzíti, sőt számítógépre le is tölti. Így 10 évre visszamenőleg tudom a teljesítményemet ellenőrizni. Szünetekben hosszabb kirándulásokat is teszek, le szoktam kerekézni a transzplantációs táborba is. Ez kb. 150–160 km.

Emelem kalapom. A gyerekeiről még nem hallottam.

- A lányaim felnőttek, nem választottak orvosi hivatást, saját életüket élik, de jó a kapcsolatuk velük. Kisebbik lányom (28 éves) öt éve megtanított síelni és minden évben eltöltünk néhány napot valamelyik közeli vagy távolabbi síparadicsomban.

Úgy látom a pozitív gondolkodás híve.

- Sokat tanul az ember a sikertelenségeiből, és átértékelődik a kudarc fogalma is. Mi az, ami valóban rajtunk múlik, mi az, amit rossz helyzetfelismerés, az elhallgatott információ, az ismeretek szűkössége okoz és mi az, ami valóban elkerülhetetlen. Azt gondolom, hogy néhány kudarc hozzásegített a pozitív(abb) gondolkodáshoz is, és ahhoz, hogy a mostani helyzetemet megfelelő távolságból és megfelelő optimizmussal, belső derűvel szemléljem.



Miért nem lettem szívsebész?

Tudják, hol ismerkedett meg feleségével a Magyar Hypertonia Társaság örökös elnöke? És azt, hogy miért szilikonozta annak idején órákon át a lemezes oxigenátort egy-egy szívműtét előtt? Farsang Csabát a kezdetekről kérdeztük, s a professzor kedvesen, csillogó szemmel idézte fel pályafutásának első momentumait...

A családjában akad más „fehéreköpenyes” is?

– Igen, a feleségem reumatológus, a lányom neurológus, csakúgy, mint a vejem... A feleségemmel még az egyetemen ismerkedtünk meg. Az iskolaév megkezdése előtt a gólyákat csoportokra osztották és végigvezették őket az egyetemen. Mi a feleségemmel egy csoportba kerültünk, és rögtön elkezdtünk szemezni egymással. Komolyra csak három évvel később fordult a dolog, és ennek most már több, mint negyven éve.

Ezek szerint a felesége végigkísérte Önt azon a gazdag és színes úton, amit maga mögött tudhat. Hogyan kezdődött?

– Gyerekkoromban elég rosszak voltak a fogaim, ezért sokat jártam fogorvoshoz, nagyon vonzónak találtam a szakmát, olyannyira, hogy harmadikos gimnazista koromban fogorvos akartam lenni. Az orvosi egyetemen aztán a gyógyszerkutatás kezdett érdekelni, bekapcsolódtam a Gyógyszertani Intézet Tudományos Diákkörébe – a labor vezetője akkoriiban Vízi E. Szilveszter docens úr volt –, s ott különféle vérkeringéssel kapcsolatos vizsgálatot végeztünk, ez keltette fel a kardiológia iránti érdeklődésemet. Az első év befejezte után a Szent Imre Kórház sebészeti osztályára jöttem, ápolástani gyakorlatra.

Vagyis, Ön és a Szent Imre szinte gyerekkori „jó ismerősök”.

– Szó szerint, ugyanis egy ideig a kórház közelében laktunk. Visszatérve; a gyakorlat során betekintést nyertem a szívsebészetre is, ami annyira megtetszett, hogy egyfolytában a kórházban „lógtam”, volt, hogy bent is aludtam. Elhatároztam, hogy szívsebész leszek. Részt vettem az első nyitott szívműtéten, amikor egy billentyűt ültettek be, és az első szívmotoros műtétnél is. Akkoriban – a szívsebészet „őskorában” – még buborékos oxigenátort használtak az orvosok; az egész műtő vérben úszott, később az egy fokkal korszerűbb lemezes oxigenátor következett. Emlékszem, műtét előtt órákon át csak ültünk, és szilikonoztuk az oxigenátort, hogy majd a műtét során ne tapadjon rá a vér.

Aztán hogy hogyan nem, a szívsebészet valahogy kimaradt az életéből. Az útja másfelé vezetett: belgyógyászat, klinikai farmakológia, nefrológia, hypertonológia, belgyógyászatai angiológia, lipidológia – még felsorolni is hosszú. Miért is nem lett szívsebész?

– Amikor végeztem, Littmann professzor – aki a Szent Imrében töltött gyakorlatom alatt a sebészeti osztály vezetője volt –, azt mondta, ha valóban szívsebész akarok lenni, amint tud, odavesz maga mellé az Orvostovábbképző Intézetbe. Addig menjek el valahová dolgozni. Bizonyára így is tett volna, de nekem ez túlságosan képlékenynek tűnt. Így aztán amikor lehetőségem nyílt arra, hogy a II. számú Belklinikán belgyógyászként elhelyezkedjem, igent mondtam. Nos, így nem lettem szívsebész... De az első társaság ahová beléptem, a Magyar Kardiológus Társaság volt, életem első előadását pedig 1971 májusában, a Balatonfüredi Kardiológus Kongresszuson tartottam egy akkoriban egészen újak számító területről, a magas vérnyomásról. Mindeközben még mindig vonzott a gyógyszerkutatás.

A szülei mivel foglalkoztak, és mit szóltak ahhoz, hogy a fiukból orvos válik?

– Apám soha nem akarta irányítani, hogy mi legyek, édesanyám sem szólt bele a döntésembe. Örültek, amikor fölvettem az egyetemre. Apámat akkoriban helyezték vissza Budapest közelébe, Százhalombattára – Nagykanizsán laktunk előtte –, abban az időszakban indult a százhalombattai olajfinomító építkezése, ő volt a gazdasági vezető. Kaptunk egy kétszobás lakást Budapesten, ami abban az időben nagy szó volt. Bár Nagykanizsa a pécsi körzethez tartozott, tudván, hogy Budapestre költözünk, ide adtam be a jelentkezésemet. Azokban az időkben ugyanis az ember nem választhatott szabadon, meg voltak határozva a körzetek, ez bizonyos mértékben megkötötte a diákok kezét. Nekem mázlim volt, és rögtön föl is vettek.

Mennyire dönthetett szabadon egy kezdő orvos? Kellott számolnia hasonló megkötésekkel?

– Hogy ki hová ment dolgozni, az csak részben függött az illetőtől, volt egy úgynevezett Álláselosztó Bizottság, élén egy egyetemi professzorral, és ők írták ki az állásokat. A bizottságban részt vett az egyetem, a dékán képviselője, a párt, a KISZ, a szakszervezet. Ők döntötték el, hogy ki hová kerül, és nem volt apelláta, három évig az adott helyen kellett dolgozni. Ez idő alatt akárkit akárhová helyeztek, onnan nem mehetett el, mert máshol nem kapott állást. Ennek központi irányítási szempontból megvolt az az előnye, hogy jól lehetett kezelni az orvoshiányt, hiszen szükség esetén egyszerűen „odatették” az embert. Persze az állást vállalók oldaláról ez a katonai szigor nem tűnt valami vonzónak, de nem volt választási lehetőségünk. Persze, az sem jó, ami most van; hogy a pályázó majd' egy tucat helyre beadhatja a jelentkezését, aztán mondjuk három helyen elfogadják, ő pedig végül külföldre megy.

Horatius jut eszembe, és az a bizonyos „aranyközép”, amit oly nehéz megtalálni. No de kanyarodjunk vissza a kezdetekhez, pontosabban a hetvenes évek végéhez. Ha jól számolom, akkoriban a klinikai farmakológia foglalkoztatta igazán.

– Igen, 1978-ban ösztöndíjat nyertem el Kanadába, ahol egy éven át a McGill University Pharmacology and Therapeutics intézetében, Kolos György professzor mellett tevékenykedtem, többek között receptorkötési vizsgálatokat végeztünk élő sejteken, először a világon. A kutatásokról szóló cikkünk 1981-ben meg is jelent a Science-ben. Itthon aztán folytattam a kutatásokat, majd 1984-ben szereztem meg az orvostudomány doktora tudományos minősítést, s a nyolcvanas évek végéig a II. számú Belklinikán dolgoztam. 1990-ben tértem vissza hajdani gyakorlatom színhelyére, a Szent Imre Kórházba, ekkor már a belgyógyászati osztály vezetőjeként, egyszersmind a kórház orvosigazgatójaként. Munkatársaimmal együtt, akiket a Belklinikáról hoztam magammal – köztük Kapocsi Judit, Alföldi Sándor, Kiss István – bevezettük a szélesebb körű endokrin-vizsgálatokat, kialakítottuk az addig teljesen hiányzó nephrológiai profilt, továbbá klinikai farmakológiai centrumot hoztunk létre a kórházban.

Aztán még egy kicsit hűtlenkedett az I. sz. Belgyógyászati Klinika igazgatójaként, majd mandátuma lejártával ismét visszatért a nagy szerelemhez, a Szent Imréhez.

– Így van. Négy éve jöttem vissza megszervezni a Kardiometabolikus Centrumot. Az emberek túlnyomó többségében a magasvérnyomás-betegség, a szív-érrendszeri betegségek és az anyagcsere-betegségek egymást „támogatva” jelennek meg, ez pedig összetett ellátást tesz szükségessé. Kanadában találkoztam először a komplex ellátás meg-

szervezésére irányuló törekvésekkel, és hál'Istennek – no meg a szorgos munkának, ez a tendencia itthon is érvényre jutott; 29 kardiometabolikus centrumot hoztunk létre. Többek között ezzel foglalkozom ma is, még mindig nagy kihívást jelent nekem. (megszóal a telefonja, felveszi, majd hozzám fordul) Csakúgy, mint az idő...

Bulla Bianka





Szebeni János a Semmelweis Egyetem és Bay Zoltán Alkalmazott Kutatási Közalapítvány Nanomedicina Kutató és Oktató Központjának igazgatója. Éveken át élt és dolgozott az Egyesült Államokban, ahol a nanomedicina a legnagyobb támogatást élvező kutatási terület. Idehaza a kutatók éjszakáján tartott nagyszerű előadást arról, hogy miért a nanomedicina a jövő tudománya.

Biztos, ami biztos, tudatlanságom beismerésével kezdem a beszélgetést Szebeni János professzorral. Így talán elkerülöm a nagyképszerűség esetleges vádját, merthogy hozzá nem értőként ilyen komoly tudományos témába vágok bele, másfelől így remélhetőleg esélyt teremtek arra, hogy beszélgetőpartnerem segít majd megérteni és megértetni a laikussal is kutatásainak lényegét.

Tapasztalataim szerint kevés ember sejti, mi a nanotechnológia, s egyelőre csak ízlelgetjük,

Hogyan lehet beszédni az ici-pici nanokapszulát?

kóstolgatjuk magát a szót. Számomra eddig az volt a legérthetőbb magyarázat, hogy e technológia során az anyagot parányi részecskékre szedik szét, aztán pedig, mint a legót, újra összerakják, s így az anyag tulajdonságait meg lehet változtatni.

– Amikor előadást tartok, gyakran kezdem azzal, hogy elmagyarázom, tulajdonképpen mi a nanotechnológia. Sok éven át finomítottam a meghatározást, amely most így hangzik: a nanotechnológia – emberi tevékenység egy bizonyos mérettartományban. Ez a tartomány a nanométer skálán van, a 10 a mínusz 9-től a 10 a mínusz hatodikon méterig. A nanométer méretét úgy tudnám érzékeltetni, hogy ha akkorára nagyítanánk, mint egy kisebb dió, akkor a méter ehhez képest akkora lenne, mint a Nap. Ezen kozmikus párhuzammal élve azt is mondhatjuk: ha a nanotechnológiát képzeletben a gépjárműgyártás dimenziójába nagyítjuk, a munkások olyan óriás lények lennének, akiknek a Föld-Hold távolság egy kis lépés lenne.

Ha jól sejtem, végtelenül nagy kutatási területről van szó.

– Valóban, a területnek nemcsak a dimenziója, de sokrétűsége is bámulatos. Annyira széles, hogy egészében senki sem tudja átlátni. Én például a nanotechnológia orvosi vonatkozásaival foglalkozom, a nanomedicinával, amin belül is számtalan kutatási lehetőség van, az orvosi mérőeszközöktől a diagnosztikai és terápiás eszközökig. Mi munkatársaimmal a gyógyszerterápiára, még pontosabban: a célzott gyógyszeres kezelésre összepontosítunk.

Ez mit jelent?

– Azt, hogy a gyógyszert egyenesen oda juttatjuk el, ahol annak hatnia kell. A hagyományos gyógyszerkezelés sokszor olyan, mint a szőnyegbombázás, vagy a katona, aki mindenfelé lövöldöz, hogy egyszer majd csak eltalálja az ellenséget. A nanotechnológia néhány gyógyszer vívmánya, úgy mint, a legújabb lézer-irányított „okos” bombák, csakis a célt, a beteg sejteket, szöveteket pusztítják el.

Javaslom a professzornak, hogy térjünk megint vissza a legóhoz. Az építőjáték elemeit az ember kézbe tudja venni, s úgy helyezi el őket, hogy látja, mit csinál. Hogyan lehet „megfogni” és rakosgatni az anyag legkisebb alkotóelemeit?

– A nano építőgép – universal assembler – megvalósíthatóságának kérdése a nanotechnológia születése óta vitatott, máig sem megoldott probléma. Jelenleg a nanotechnológiai termékek legtöbbször felülről-lefele haladva, a makroszkopikus anyagrészecskék rendkívül hatékony aprításával készül. Ezt a folyamatot eszközeinkkel látjuk, pontosan követjük, legalábbis egy ideig. Bár egyedi atomok helyzetének vizuális követésére is van példa, nevezetesen az úgynevezett scanning tunneling mikroszkóppal, melynek megalkotása éppenséggel a nanotechnológia születésének egyik Nobel-díjjal jutalmazott mérföldköve (Binnig és Rohrer 1986) ez a technológia nem mindennapos. Szeretnék ezzel kapcsolatban megemlíteni egy kérdést, amit nemrég tettem fel egy előadást követően: Ha olyan irtózatosan picike a nanogyógyszer, mint ahogyan magyaráztam, hogyan lehet beszédni? Nos, arról van szó, hogy a gyógyszer legkisebb egysége valóban rendkívül kicsi, de amikor számban nehezen kifejezhető mennyiségben alkalmazzuk, akkor makroszkopikusan

ugyanúgy néz ki, mint a hagyományos kanalas orvosság vagy tableta. Mi elsősorban gyógyszer nanokapszulákat készítünk, ezek az úgynevezett liposzómák, lipidből álló zsírgömbök, golyócskák. Nagyságuk 50–100 nanométer.

Szebeni professzor éveken keresztül élt és dolgozott az Egyesült Államokban, amely hatalmas összegeket költ a nanotechnológia fejlesztésére. Nem titkolom, hogy csodálkozom, miért fordított hátat ennek a lehetőségnek.

– Akkor jöttem haza, amikor a technológiai felzárkózás jegyében a Bay Zoltán Alkalmazott Kutatási Közalapítvány létrehozta Miskolcon a Nanotechnológiai Intézetet, melyben én a nanomedicina project vezetését vállaltam. Számomra ez volt az a lehetőség, aminek nem lehetett hátat fordítani.

Mi magyarok most hol tartunk e téren?

– Az ipari nanotechnológiában kevesebb az esélyünk arra, hogy az élre kerüljünk, mert ott nagy beruházásokra van szükség. Ott azonban, ahol az innováció számít, és aránylag kis befektetéssel lehet sikereket elérni, Magyarország előre törhet.

Az ön kutatótevékenységének milyen gyakorlati hozama lehet?

– A legközvetlenebb. Munkatársaimmal például felhívtuk az egyik nagy gyógyszergyár figyelmét egy rákellenes nanogyógyyszerre, mely egy pályázati támogatást elnyerő kutató-fejlesztő konzorcium kialakításához vezetett. Remélhetőleg ez az új szer hamarosan megjelenik a hazai forgalomban. Munkánk célja általában az, hogy hasznos, megalapozott és egy bizonyos stádiumig kikutatott nanogyógyyszer – jelölteket szolgáltatassunk olyan ipari partnerek számára, akik azokat tovább tudják vinni a gyógyszerkutatás és – fejlesztés rendkívül komplex és költséges láncán.

Azt mondják, egy sikeres gyógyszer feltalálása, illetve forgalmazása egyaránt bomba üzlet lehet.

– Valóban az lehet, de az esély manapság meglehetősen kicsiny, tekintetbe véve a gyógyszeripar krízisét. „Ikarusz” modellként emlegetik azt az ördögi spirált, hogy a gyógyszerkutatás és -fejlesztés költségei egyre magasabbra hágnek, miközben a piacra kerülő új gyógyszerek száma egyre mélyebbre zuhan. Ismert statisztikai adatok szerint egy új gyógyszer kifejlesztésének ideje a molekula felfedezésétől a forgalomba hozatalig 10–13 év és – a rendkívül alacsony siker ráta miatt – átlag 1,7 milliárd dollárba kerül. A fejlesztésnek induló ígéretes gyógyszerjelölteknek csak egy alacsony törtrésze kerül a betegekhez. Mindezek alapján egyre többen hangoztatják a gyógyszer K+F fundametális átalakulásának időszerűségét. Minket anyagilag az motivál, hogy pályázatok és megbízásokat nyerjünk. S természetesen nagy hajtóerő a szakmai elismerés is.”

Eszembe jut egy versike, amit latin órán tanultunk a gimnáziumban:

*„Míg Thálész a nagy égnek tüzeit csodálva nézi,
behulla egy verembe.”*

Ön nem a csillagok, naprendszerek térségében, hanem ellenkező irányban, a legparányibb nano részecskék végtelen világában mé-



Szebeni János fiaival

lyedt el. Nincs olyan veszély, hogy eközben kikerül a hétköznapi realitások közegéből? Arra gondolok: nem zavarja az, hogy van egy nyugős, pitiáner földi élet maga körül?

– Dehogyan nem zavar! Rendkívül komplikált, túlvállalt az életem, hagyományos pihenésre, sportra, hobbira alig marad idő. Rácsodálkozni a mikrokozmosz világára, elmélyedni a természet érdekességeiben, megoldatlan tudományos kérdésekben sajnos ritka, rövid időszakok az életemben melyek elvárásznak, egyfajta felszabaddultságot, nyugodtságot hozva számomra.

S mit csinál azért, hogy mégis jól érezze magát a földfelszíni világban?

– Optimista emberként mindenből igyekszem a jót kivenni, és a kevésbé jót addig csürni-csavarni, amíg valami olyan oldala bukkan elő, hogy végül pozitívként könyvelhetek el. A valódi és „pseudo” sikerélmények segítenek a „földfelszíni világ” napi túlélésében.

Csák Elemér





A zongoraszólista és a növekedési hormon...

Van miből választania az embernek, ha már a dédapja is orvos volt, édesapját az endokrinológia hazai egyik megteremtőjének tartják, és a családjában két zongora is álldogált. A családtagok, barátok rendszeresen játszottak rajta két- és négykezeseket, zongoraverseny átiratokat. Így hát nem csoda, hogy Góth Miklós belgyógyász, endokrinológus, egyetemi tanár, főorvos, az MTA doktora varázslatosan zongorázik.

Mindenki orvos volt és mindenki zenélt a családjában?

– Ez így talán túlzás, de majdnem. Nemcsak az apám, nagyapám, dédapám volt orvos, hanem a távolabbi rokonok és a barátaink közül is sokan. Apai nagyapám bár háziorvos volt, szakmai tekintélyét mutatja, hogy édesapám kezdő orvos korában az ő segítségével juthatott be a Korányi Klinikára. Az otthoni zenéléseknek köszönhetően a zene kiskoromtól kezdve hozzátartozott az életemhez. Apám partnerei részben zongora-, hegedűművészek, operaénekesek voltak. Ismételten fellépett az István gimnázium zenekara szólistájaként, például a Rádióban Mozart c-moll zongoraversenyét játszották.

Hogyan alakult az Ön zenei pályafutása?

– Húszéves koromig tanultam rendszeresen zongorázni, utolsó tanárom Ferenczi György zongoraművész, zeneakadémiai tanár, - melleleg bridzs Európa bajnok - volt. Fiatal orvos koromban néhány éven át a Budapesti Orvostudományi Egyetem kamarazenekarának egyik zongoraszólistája voltam. Sok évtizedes szünet után kezdtem egy éve kezdtem újra zongorázni, most Szentpéteri Gabriella zongoraművészhez járok tanulni. A közelmúltban az egyetem kamarazenekarával Haydn D-dúr zongoraversenyét játszottam a Semmelweis teremben, néhányszor röviden felléptem a Bartók Emlékházban is.

Miért kezdte újra a zongorázást? Mit ad Önnek a zene?

– Mindig is hiányzott az aktív zenélés, de úgy éreztem, nem tudok rá időt szakítani. Most viszont már úgy gondolom, ezt a kérdést meg kell oldanom, mert így sokkal teljesebb életet tudok élni. –

Dr. Góth Miklós 1968-ban szerzett orvosi diplomát, majd a Szabolcs utcába került, ahol akkor az Orvostovábbképző Intézet működött. Ott is



dolgozott közel négy évtizeden át, kivéve, amikor 1989 és 1992 között a Virginiai Egyetemen (USA) alapkutatóként foglalkozott. Ez idő alatt ötször változott az intézmény neve. A nagy múltú, kiváló intézetet sajnálatos módon 2007-ben bezárták. Az az endokrinológus csapat, amelynek Góth Miklós volt a vezetője, át tudott jönni Honvédkórház – Állami Egészségügyi Központ II. Belgyógyászati Osztályára, és így együtt maradhatott.

Ön komoly tudományos pályafutást is magáénak mondhat.

– 1999-ben Széchenyi professzori ösztöndíjat kaptam, 2000-ben egyetemi tanárnak neveztek ki, 2004-ben lettem az MTA doktora. Lényegében három fő területe van a munkámnak: az első a klinikai fekvő- és járóbeteg-ellátás, az egyik vezető hazai endokrin centrum vagyunk. A második az oktatás – részt veszek az orvos-továbbképzésben, szakvizsgáztatásban, az Egyetem Doktori Iskolájának a Phd-témavezetője vagyok. A harmadik nagy terület pedig a tudományos munka. Az orvostudománynak azt az ágát választottam – az endokrinológiát –, mint az édesapám, aki címzetes egyetemi tanár volt, az MTA doktora és a Magyar Endokrinológiai Társaság egyik megalapítója, sőt érdekeséggéppel elmondom, hogy Szent-Györgyi Albertnél is dolgozott Szegeden. Magam elsősorban az agyalapi mirigy (hipofízis) betegségeivel, azon belül a növekedési hormon képződésének rendellenességeivel foglalkozom. Mi voltunk az elsők az országban, akik a 90-es éve közepén növekedési hormon hiányos felnőtteket elkezdtünk növekedési hormonnal kezelni. Az korábban is ismert volt, hogy elégtelen növekedési hormon képződés esetén a gyerekek alacsonyok maradnak, ezért a hormont pótolni kell. Az azonban új felfedezésnek számított, hogy felnőtteknél is szükséges megfelelő növekedési hormon termelődése, hiánya esetén pedig felnőttkorban is pótolni kell a hormont.

Az '50-es '60-as években Góth Miklós édesapja, Góth Endre szalonjában egyebek között olyan hírességek, művészek, írók fordultak meg, mint Cziffra György, Weiner Leó, Füst Milán, a csodagyerek Schiff András. Nem véletlen csoda, hogy Góth Miklós életében a könyvek is fontos szerepet játszanak.

Milyen könyveket szeret a legjobban?

– Leginkább a történelem érdekel. A baráti körömhöz tartozik Glatz Ferenc történész, akivel sokat beszélgetünk. Szívesen járok színházba is, de idő hiányában sokkal ritkábban, mint szeretnék.

A gyerekei osztoznak a szakmájában vagy a hobbijában? Az ötödik generáció tagjai között is van orvos?

– Senki nem beszélte rá őket erre a szakmára, Mátyás fiam mégis fogorvos, Gabriella lányom pedig orvos lett. Úgy alakult, hogy mind a ketten tőlem távol, Németországban élnek családjukkal.

Mi az, amit szeretne még elérni az életben?

– A szakmával szeretnék foglalkozni, amíg a körülmények, és az állapotom megengedi. Most hetente négyszer zongorázom napi egy-két órát, szeretném, ha ezt meg tudnám tartani. Nagyon fontosnak tartom azt is, hogy tudjam egyengetni a fiatalok szakmai karrierjét. Nem utolsó sorban pedig unokáimnak szeretnék tudásomból, tapasztalatomból minél többet átadni.





Mutasd a glomerulus számod, megmondom meddig élsz!

Fura javaslattal állt elő egyik előadásában a Magyar Vese-Alapítvány alapító elnöke Rosivall László. Ideje, hogy a házasulni készülőknéknézzék milyen a leendő élettársuk glomerulus száma. Sőt, a vizelet összetétele alapján azt is lehet sejteni, hogy a páciens élettartama rövidebb vagy hosszabb lesz.

Mennyire ismerjük a vesét, amely az Ön egyik korábbi kijelentése szerint talán fontosabb szervünk, mint az agy?

– A tapasztalat szerint bármely területen igaz, hogy minél mélyebbre ásunk, annál több kérdés vetődik fel. A Hubble űrteleszkópot említtem példaként: ahogy egyre messzebb repül, folyamatosan egyre több és fantasztikusabb dolgot ismerünk meg a világ-egyetemről. Ami a vesekutatást illeti: amióta a legújabb, legkorszerűbb módszerek révén a mikro-korszakból eljutottunk a nanokorszakba, már molekuláris történéseket tudunk nyomon követni, genetikailag évezredekre tudunk visszamenni, s azt is megtudhatjuk, hogy ki kitől, mit és hogyan örököl... szóval nincs megál-

lás. A kérdések egyre mélyebbek. Most már nem egyszerűen azt firtatjuk, mi a vese, hanem azt, hogy mi az élet.

A napi, gyógyítási szinten maradva: az a tény, hogy a tudás mértéke növekszik, feltehetően megnöveli az orvosok magabiztosságát.

– Ez nem csak magabiztosságot, hanem reményt is ad. Gondoljunk vissza, mennyi ideig élt az ember a középkorban. Voltak persze kivételek, István király állítólag hatvan éves is elmúlt, amikor meghalt, de az átlagéletkor ennél sokkal alacsonyabb volt. És most mi a helyzet? Az ország gazdasági erejét is próbára teszik az egyre tovább élő generációk. Az orvostudománynak köszönhetően kitolódik a végső életkor, és egyre nehezebb feladat az öregek eltartása. Az orvostudomány lehetővé teszi, hogy az ember tovább éljen, viszont az egyéb tudományoknak meg kell oldaniuk a minőségi élet feltételeit és a fenntartható fejlődést. A veseműködéssel kapcsolatban jó lenne két idegen szót megtanulni, ugyanúgy, ahogy a köztudatban már ismert a koleszterin, melyről szinte mindenkinek a szívbetegség jut eszébe. A vese esetében a kreatinin koncentrációt mérjük a vérben és ezzel jellemezzük a veseműködést; ha ez túl magas, akkor a vese szűrő funkciója (glomeruláris filtráció, alapértéke 100–120 milliliter/perc) beszűkül és így már nem tudja teljes mértékben kiválasztani az anyagcsere végtermékeket, a mérgeket, salakanyagokat, amelyektől meg kell szabadulnunk. Ez nem csak azért baj, mert a fölösleges anyagok visszamaradnak a szervezetben, hanem mert ezek tönkreteszik a szívet és más szerveket. Azt tapasztaljuk, hogy az olyan betegek, akiknek csökkent a vesefunkciója, nagyon gyakran nem veseelégtelenségben, hanem szívbajban halnak meg. Nem véletlen, hogy a Vese Világnapjának idén az a jelmondata: „Gyógyítsd a vesét, hogy megelőzd a szívhalált!” Ha tehát osztunk és szorzunk, és figyelembe vesszük, hogy az életkorral a filtráció magától is romlik, a lakosság majd húsz százalékanak, csaknem kétmillió embernek nem teljesen kifogástalan a veseműködése. A vesebetegség nemcsak a betegeknek, de az egész társadalomnak nagy kihívás. Amíg például a veseelégtelenség száma az USA-ban az összes betegek 1,2%-a, addig ezek ellátásának költsége az egészségügyi kiadások 8,6%-át teszik ki.

Ezen a ponton teszi fel a kérdést a laikus: jó-jó, hogy foglalkozni kell a vesémmel, de hogyan? Mire van szükség?

– Nem fog tudományosan hangzani, amit mondok: józan paraszti észre. Azt egészen bizonyosan tudjuk, hogy a mozgáshiány nem csak a szív teljesítményét gyengíti, a dohányzás nem csak a tüdőnek ártalmas, a nagyon fűszeres étkezés és a túlzott mennyiségű alkohol nem csak a gyomrot és az ereket teszi tönkre, de mindez a vesét, sőt a legtöbb szervet, azaz az egész szervezetet is károsítja. Tehát a klasszikus értelemben vett egészséges életmód szabályait kell megtartanunk: ne hízzunk el, ne dohányozzunk, mozogjunk sokat és rendszeresen, kis mennyiségben igyunk alkoholt (legfeljebb egy-egy pohár bor naponta!), és igyekezzünk megelőzni a túl nagy és hosszán tartó stresszt. Én a magam részéről az elhízást tartom az egyik legveszélyesebb betegségnek. Nem fáj, nem nagyon zavaró, még valamiféle elégedettséget is sugároz, s közben rendkívüli módon terheli a mozgásszerveket, a szívet, a vesét és a májat. Az emberek nem is sejtik, hogy a zsírszövet egy egész kémiai gyárként működik és számos olyan anyagot termel nagy mennyiségben, melyek nem mindig szolgálják javunkat.



Mesélik, hogy professzor úr egyik előadásában azt javasolta: a házastulni készülők nézessék meg, milyen a leendő élettársuk glomerulus száma. Ez igaz?

– Valóban mondtam ilyet. Viccesen hangzik, de lényegében igaz. A glomerulus egy kis szervecske; pici érgomolyag, melyen keresztül szűrődik át a kiválasztandó végtermék, salakanyag, mely kis csövecskékbe kerül, majd a hólyagon át eltávozik a szervezetből. A két vesében 24 óra alatt mintegy 180 liter folyadék szűrődik át a glomerulusokon, de ennek 99%-a visszaszívódik a csövecskékből; vagyis a vese hihetetlenül nagy munkát végez. A kiürített napi kb. 1,5 liter vizeletben a teljes szűrletnek megfelelő végtermék kerül a szervezetből. Korábban azt hittük, hogy az egészséges embernek vesénként kb. 1 millió glomerulusa van. Ma tudjuk, hogy ez egyes emberek glomerulus száma igen eltérő lehet: 250 ezer/vesétől 1,8 millió/veséig. Nem mindegy, hogy a vesekárosodás vagy öregedés ötszáz ezer vagy 3,6 millió glomerulussal rendelkező emberben kezdődik. Ha valakinek kicsi a glomerulus száma, már fiatal korában magasabb lehet a vérnyomása. Viszont, akár milyen okból is növekszik a vérnyomás, tovább csökken a glomerulusok száma. Ez tehát egy ördögi kör; mindenesetre jó lenne tudni, a párválasztásnál is, kinek mennyi a glomerulusa.

Ha a tudomány ilyen jól feltárta az összefüggéseket, talán még azt is ki lehet számolni, ki meddig él.

– Önmagában a glomerulus szám alapján természetesen nem lehet meghatározni az élettartamot (sőt élő emberben a glomerulus számot sem tudjuk pontosan megmérni), de az igaz, hogy a vizelet összetétele lehetőséget ad bizonyos következtetésekre. Azt tehát nem tudom megmondani, hogy XY hány évet fog élni, de a laboratóriumi vizsgálat alapján azt lehet sejteni, hogy a beteg élettartama rövidebb vagy hosszabb lesz.

Hiányos és vázlatos lenne Rosivall professzor portréja, ha nem tennénk hozzá: eredetileg nem orvos akart lenni; „úgy illett volna”, hogy családjá legtöbb tagjához hasonlóan ő is építész legyen. A házgyári lakások korszakában azonban nem volt kedve ehhez a mesterséghez, mert nem akart betontömböket „tervezni”; sokkal inkább érdekelt az emberi élet és a szervezet működése. Utálta ugyan az anatómiát, a vért, nem vonzották hullák, de megszerette az élettant, kórélettant. Amikor gyakorló orvosként dolgozott nyaranként, boldoggá tette a betegek szolgálata, azok is ragaszkodtak hozzá, de mégis csak a tudomány lett az igazi szenvedélye, a kutatás és az oktatás, s sorra jöttek a hazai és nemzetközi elismerések. Az építészvár is kitört belőle: a 90-es évek elején például kitalálta a Dél-budapesti Központi Egyetemvárost a VIII-IX. kerület rehabilitációjára; számításai szerint itt naponta mintegy 100 ezer hallgató, tanuló és oktató, tanár fordul meg koncentráltan. Amikor ez a terv papíron maradt, ugyanezt a városrészt informatikai központtá próbálta alakíttatni. A Magyar Vese-Alapítvány alapító elnökeként 18. éve rendezzi a híres nemzetközi nyári iskoláját, melyet eddig 55 ország fiatal nephrológusai látogattak meg. Rosivall doktor kreativitásának legújabb „terméke”, hogy a közelmúltban részt vett egy külföldi diákokat felkészítő budapesti iskola létrehozásában, melynek díszelnökségét a Nobel díjas Oláh György professzor vállalta. Ebben az iskolában kezdte a TÁMOP támogatás segítségével indított cigány orvoscépzési programjának előkészítő tanfolyamát.

Indiszkkrét kérdés: professzor úr megpróbálta meghatározni saját glomerulusai számát?

– Azt nem, de szeretek élni és meggyőződésem, hogy az orvostudomány segít az élet meghosszabbításában. Tehát híve vagyok a prevenciónak, rendszeresen eljárak tüdőszűrésre, elmegyek laborvizsgálatra, terheléses EKG-ra, s például büszke vagyok arra, hogy legutóbb 20 százalékkal többet teljesítettem biciklin, mint 12 éve, ötvenéves koromban. Merthogy minden nap egyszer gyalog jövök fel a 18 emeletre; szombat-vasárnap is.

Csák Elemér



Virtuális rendelés a www.ricsidoktor.hu portálon

Azt mondta, a praxisuk nem sokban különbözik a többi 6800 alapellátó családorvosi szolgálattól, hiszen Önök is csak lelkiismeretünk szerint próbálnak a betegeknek segíteni. Valami különbség mégis kell, hogy legyen...

– A díjátadó ünnepségen elhangzott, hogy a beküldött történetekben az orvosi és nővéri hivatás szakmai színvonalát, az emberi hangot, az empátiát, az odafigyelést, a határozott és gyors, egyénre szabott segítségnyújtást értékelték a zsűri tagjai és a szavazók. Talán azért szavaztak ránk olyan sokan, mert próbálunk mindig elérhetőek lenni, két aszisztenssel dolgozunk, így minimalizáltuk a várakozási időt, a legkorszerűbb orvosi eszközöket és informatikai berendezéseket használjuk, rendszeresen továbbképzésre jár a teamünk minden tagja, és rendszeresen látogatjuk meg betegeinket akár a kórházban is. Egy összeszokott családorvosi team tagjaként dolgozhatom, ahol mindenki tudja a feladatát és az információ áramlás közöttünk minden esetben a beteg érdekét szolgálja.

Hogyan lett orvos, és hogyan került Mezőkövesdre?

– Kilenc éves múltam, amikor édesanyám szinte a kezeim között hunyt el egy agyvérzés során. Akkor döntöttem el, hogy orvos szeretnék lenni, ezen belül is alapellátó, aki először találkozik a betegekkel. 1988-ban felvettek a Debreceni Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karára. A diploma megszerzése után azonnal jelentkeztem a családorvosi rezidens képzésre, és 27 hónapos kórházi és családorvosi gyakorlat után 1996-ban kiváló minősítéssel licence vizsgát tettem. Közben egy TEMPUS/Erasmus ösztöndíjjal Portugáliában, a Portói Egyetem Családorvosi és Belgyógyászati tanszékein dolgoztam. 1997. január 2-án helyettes orvosként kerültem Mezőkövesdre. Elődöm, Koncz Lajos betegsége miatt vettem át a 2. számú Családorvosi Szolgálatot. Nem idegenként érkeztem a városba, hiszen anyai ágról innen származom. A betegeim ezért hamar elfogadtak, hiszen „fél matyónak” tekintettek. Elődöm halála után aláírásokat kezdték gyűjteni, hogy én maradjak a praxisban a családorvosuk. Nemzeti színű szalaggal átkötve több mint 1400 aláírással járultak betegeim a városvezetés és a képviselő testület elé. Azóta is érzem töretlen bizalmukat, melynek minden körülmények között próbálok megfelelni.



Elődje halála után a betegek aláírásokat kezdték gyűjteni, hogy Kozma Richárd maradjon a praxisban a családorvosuk. Nemzeti színű szalaggal átkötve több mint 1400 aláírással járultak a városvezetés és a képviselő testület elé. Ismerkedjenek meg a mezőkövesdi családorvossal, szakfelügyelő főorvossal, akit betegei és az interneten szavazók méltónak tartottak „Az év praxisa 2010” második helyezésére.





Van még egy dolog, ami izgalmas Kozma Richárd praxisában: programozó barátjával létrehozott egy non-profit szolgáltató „webrendelőt”, a www.ricsidoktor.hu portált, amelyre heti 40–70 cikk elolvasása után tette fel szerkesztőtársával a legjobbakat, sőt maguk is írtak cikkeket. A portálnak 2009 december közepe és 2011. márciusa között 120 ezer látogatója volt, mostanában pedig naponta általában 350–500 ember keresett itt orvosi híreket, tanácsokat, használható információkat.

Túlnőtték az eredeti terveket és most már nemcsak a mezőkövesdieknek szolgálnak, hanem az ország számos pontjáról, sőt külföldről is olvassák a portált. Nem fél attól, hogy pont a helyi idősebbeket nem éri el?

– Egyre több középkorú, sőt nyugdíjas olvasónk és regisztrált felhasználónk van. Van olyan rend-

a beteg szemével nézi és keresi a cikkeket, én pedig az orvosi vonalat képviselem a „virtuális családorvosi rendelőnkben”.

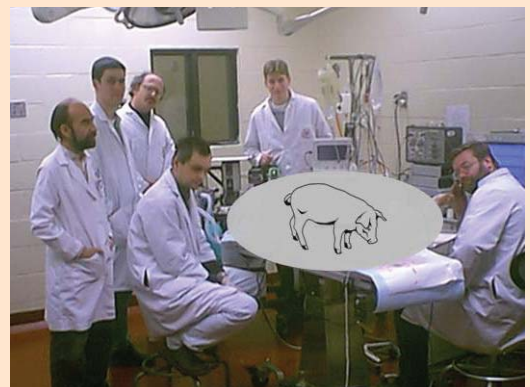
Hogyan túri elfoglaltságait a családjá?

– A családorvosi munka, az alapellátás szervezése és az egyetemi oktatás mellett természetesen legfontosabb a család. Igyekszem a legtöbb időt feleségemmel és kislányommal tölteni. Kirándulunk, sokat utazunk, akár csak egy hosszú hétvégére, Magyarországon is. Telente általában a síelés jelenti a kikapcsolódást, nyáron pedig valahol a tengerparton igyekszünk kipihenni az évközi pörgést. De mindig együtt! Feleségem, dr. Kozmáné Gergelyffy Zsuzsanna, matematika-informatika-informatikus könyvtáros középiskolai tanár a mezőkövesdi Szent László Gimnázium és Szakközépiskolában. Kislányom Flóra, 10 és fél esztendő, 4. osztályos tanuló. Kiválóan tanul, úszik, korábban több érmet hozott haza akrobatikus rock and roll versenyekről. Hogy követ-e az orvosi pályán? Erről még korai lenne beszélni. Sokszor mondogatja, hogy szívsebész szeretne lenni, de ez még addig sokat változhat. A családorvosi pályát jelenleg határozottan elutasítja, látva az édesapja munkatempóját.

Hobbija?

– Időnként a tenisz vagy a ping-pong jelenti a kikapcsolódást, a szellemi munka levezetését. Imádom a kert fűvét gondozni, aztán ha már nincs dolga a fűnyírónak, akkor jöhet a barátokkal a kerti parti. Úgy érzem, hogy szerencsés ember vagyok, mert azt csinálom, amit tanultam és szeretek, érzem a betegeim szeretetét, megbecsülését. Szerető és megértő család vesz körül. Ezek nélkül ebben a felfordult, agyonszabályozott, bizonytalan világban nehéz lenne alkotni, dolgozni és élni!

Vámos Éva



szeres regisztrált olvasónk, aki közel 80 évesen rendszeresen kérdéseket tesz fel a webrendelő e-mail konzultáció rovatában. Változó, mekkora időt vesz ez igénybe: a naponta megjelenő cikkek összeállítás, tematikus elrendezése kéthetente 2-3 órát. A webrendelőn érkező kérdések, kérések megválaszolása napi fél-, 1 órát. De mivel „szerkesztőségünk” két emberből áll, ez a munka megoszlik közöttünk. Webmester társam programozó, ő

Minőségbiztosítás és háziiorvoslás

A Háziorvosok Európai Uniója közzétette állásfoglalás tervezetét, hogy az egységes keretrendszer, valamint az összehasonlítható indikátorok alkalmazásával átlátható legyen a háziiorvos teljesítménye/ eredményessége/ , illetve, az is, hogy milyen szolgáltatásokat tud nyújtani a betegek számára, és milyen erőfeszítéseket tesz a minőségért. Balogh Sándorral – OALI főigazgató- az UEMO elnökségének tagjával a változásokról beszélgetünk.

Az uniós minőségbiztosítási szisztéma alkalmazásával megváltozik a hazai háziiorvoslás?

– Nem. Sőt nem is szabad, hogy megváltozzon.

Akkor minek a vélhetően erre épülő jogszabály módosítás?

– Két különböző dologról van szó. Az egyik a szakmai tartalom, a másik ennek a szabályozása. Jelenleg az úgynevezett indikátor alapú finanszírozás a gyakorlatban nem áll még a lábán, hiszen csak azt mondja ki, hogy x forintért kap a háziiorvos többletfinanszírozást. De hogy miért, milyen mutatókért, milyen tartalomért, azt nem tudjuk. Az uniós szisztémával ez is jogszabályba kerül. Mivel most az egyeztetések zajlanak, nem a távoli jövőben. Mondhatnám, évek óta zajlik a tisztázási folyamat, hogy végre ennek jogszabályi formája legyen. Pozitív változás a korábbiakhoz képest az is, hogy a korbácsrendelet meg a gyógyszer-gazdaságossági törvények bekeményítése helyett ez most egy sokkal emberibb, szelídebb, de hatását tekintve nem elhanyagolható változás lesz. A gyógyszerrendelés bekerül ebbe az indikátorrendszerbe, így részben finanszírozás köthe-



Részletek az UEMO General Assembly ülésén elfogadott állásfoglalás tervezetből: „A nyilvánosság korrekt tájékoztatására nyitottnak kell lenni, mind az ellátás strukturális vonatkozásai és folyamatai mind a teljesítmény indikátorokra tekintettel, de óvatosabban kell bánni az eredmény indikátorok használatával. ... jutalmazni, vagy figyelembe kell venni a vérnyomás mérését, vagy a diabetes mellitus klinikai kontroll vizsgálatainak megtörténtét, mintsem a háziiorvosi gondozás eredményeként az egyes megbetegedések bekövetkeztét...

Egy minőségi rendszer tevékenységei segítenek átláthatóvá tenni a háziiorvoslás lényegét és működését. Ezek minden szinten relevánsak/ nemzetközi, országos, regionális, és helyi szinten egyaránt/mind a praxis, mind a háziiorvos, mind az egyén számára. Ezt valamennyi érintett félnek támogatnia kell. **Végeztül nem minden mérhető, ami fontos, és nem minden bizonyul fontosnak, ami mérhető.**”

tő majd hozzá, részben szakmai tartalma lesz. A jogalkotók úgy gondolkodnak, hogy az első szakmai szabályok jogszabályba öntése tartalmazza a folyamatos monitorozást valamint a változtatás szükségességét és lehetőségét. Például: az influenza-oltások tekintetében a jelenlegi indikátorok a 65 év felettiak átoltottságát jelentik, de tudjuk jól, hogy az influenza a gyerekek oltásánál is fontos. Viszont nincs abban a helyzetben sem a gazdaság, sem a szakmai szabályozás, hogy ezt meg lehessen lépni. Lehet, hogy ha egyszer változtatni kell, akkor a szakmai tartalomhoz kell majd hozzáigazítani a jogszabályt is. Azaz, a gyógyszer indikátorok mint új lehetőségek szerepelnek ebben. Azt is mondhatnám, hogy büntető jellegű jogszabály helyett egy ösztönző rendszert célszerű bevezetni a generikus program mentén. Akkor érdekes az indikátorokról beszélni, amikor a jogszabályban megjelennek, és akkor tényleg működni fognak.



A háziorvosi gyakorlatban mindennaposak a szívérrendszeri betegségekkel járó kockázatok. Ezt a komplex csomagot befolyásolja majd a minőségbiztosítás?

– Ez egy jó kérdés, csak nehezen megválaszolható. A magas vérnyomás ellátásával kapcsolatos változókat is az indikátorrendszer tartalmazza. Ugyanakkor tartalmazza azoknak a gyógyszereknek a mennyiségét és minőségét is, amelyek – a gyógyszeres indikátorokról van szó – hatnak a zsírsanyagcserére, a cukorbetegségre, meg a magas vérnyomásra. Ezek általában nem egyedül, hanem együtt fordulnak elő, így ezeknek a monitorozása is belekerül a rendszerbe. Ez pedig azért rendkívül fontos, mert lehetőségünk nyílik egy olyan képet kapni, ami nemcsak a minőséget, hanem egy jellemző helyzetet is megmutathat a számunkra. Ha ismerjük a jellemző helyzetet, akkor annak a változása is mérhető. Az indikátorrendszernek nemcsak egy minőségi képet lesz alkalma megmutatnia, hanem adott esetben egy helyzet változtatásának is az alapja lehet.

Ha valamit rosszul kezelnek és lehet jobban, akkor az itt megmutatkozik. A minőségi indikátorok kérdésében maga a minőségbiztosítás szó és az indikátorok is jelzik, hogy a kettő összekapcsolásából egyrészt minőséget másrészt mennyiséget is figyelembe kell venni. Tehát a minőségi mutatók, nem önmagukban jelentkeznek. A Háziorvosok Európai Unióját tekintve 13 tagország dolgozott ebben a kérdéskörben. Arra a következtetésre jutottak, hogy a minőségbiztosítási rendszerbe be kell vonni a háziorvost, és nemcsak anyagilag kel érdekeltté tenni. Mert ha nem érdekelt szakmailag is, akkor a működőképessége megkérdőjelezhető lesz. A minőségbiztosítás nemcsak az orvos szemszögét kell figyelembe vegye, de az orvos szemszögét figyelmen kívül hagyva nem működik.

Az OALI főigazgatója maga is háziorvos. A saját gyakorlatodat ismerve a háziorvosok örülnek majd a változásnak?

– Az indikátor rendszer kialakításának megvannak az előzményei. Az előzmények tapasztalatai nem voltak a legkedvezőbbek. Ezért hiába a szándék, hogy a korbácsrendelet helyett ösztönző rendszer működjön, nem biztos, hogy ez barátságos fogadtatásra lel. Viszont biztos vagyok abban, hogy egy új helyzet vonatkozásában sarkalatos pontja lesz az ügy sikerének – nemcsak a jogszabály sikerét, hanem a páciensek biztonságát és a háziorvosok megbecsültségét is ideérttem – az időben történő tájékoztatás, előkészítés. A kollegák ugyanis észérvekkel meggyőzhetőek, és egészen bizonyos, hogy nem lesznek ellenségei a rendszernek, csak be kell őket vonni. Ha másképpen nem, akkor az információ áramlás szintjén.

B. Király Györgyi

Nekem 30 órás napok kellenének...

Stenczer Balázssal a Magyar Hypertonia Társaság decemberi kongresszusán találkoztam először, ahol a terhességi preeclampsziáról tartott előadást. Mosolya csibészes, mondandója viszont összeszedett, meggyőző volt. Kíváncsivá tett; vajon egy kötetlen beszélgetés során ugyanolyan markánsan fogalmazza-e meg véleményét, mint egy szakmai rendezvényen...

Mennyire gyakori az a betegség, amelyre előadásodban felhívtad a figyelmet a hipertónia kongresszuson?

– A praeclampsia egy magas vérnyomással és a vesén keresztüli fehérjeürítés fokozódásával járó kórkép, mely a terhesség második felében alakul ki. Előfordulási gyakorisága 5% körüli. Súlyossága nagyon széles spektrumon mozog. Az mindenesetre elmondható, hogy ez a betegség felelős a koraszülések és az anyai, illetve a magzati halálozás jelentős részéért, ezért napjainkban a szülészeti szakma egyik legnagyobb problémáját jelenti, világszerte. Kialakulásának oka és mechanizmusa mindmáig nem teljesen tisztázott, ezért jelenleg oki kezelési lehetőségekkel sem rendelkezünk. Munkacsoportommal azon dolgozunk, hogy jobban megértsük e kórkép patogenezisét, aminek igen nagy jelentősége lenne a megelőzésben, a korai diagnózisban és a hatékonyabb terápiában.

Tehát a szülészeti a szakterületed. Mióta?

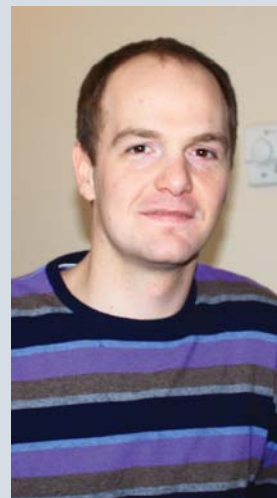
– 2008. szeptembere óta dolgozom a SE, I. számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán. Témavezetőm, Rigó János professzor javaslatára az egyetemet követően kutatómunkát, PhD tanulmányokat kezdtem. Emellett szerencsére lehetőségem nyílik a klinikai munkában, betegellátásban is aktívan részt venni, ami azért fontos, mert alapvetően klinikusként szeretném folytatni a pályámat. Ilyen szempontból a három év PhD ösztöndíjat nagyon előnyösnek tartom, mert ennyi idő alatt az ember el tudja dönteni, melyik utat válassza; a kutatást, vagy a klinikumot – noha a kettő természetesen nem zárja ki egymást. Ez idő alatt arra is rájöttem, mely szakterületen tudom elképzelni a további pályámat. A PhD tanulmányokkal szemben a rezidensképzés jóval inkább determinálja a jövőt, megkezdése után már sokkal nehezebb szakterületet váltani.

Mikor döntötted el, hogy gyógyítani szeretnél?

– A gimnázium 10. osztályában már tudtam, hogy a Semmelweis Egyetemre adom be a jelentkezésem. Végiggondoltam, mi az életem célja, mi az, amivel a saját értékrendemnek megfelelően a legjobbat hozhatom ki magamból. Olyan hivatást kerestem, amely felelősségteljes, és amelyben a társadalom hasznos részének érezhetem magam. Emellett mindenképpen szerettem volna emberekkel foglalkozni. A szülészeti-nőgyógyászatot pedig azért választottam, mert ez az egyik legösszetettebb szakma. Tovább lehet szakosodni, aszerint, hogy valaki inkább manuális, vagy belgyógyászati beállítottságú. Persze, mindkét út számos egyedi választást rejt magában, mint például a genetika, szülészeti, vagy épp' az asszisztált reprodukció...

Hogy tetszett a képzés, találkozott az elvárásaiddal?

– Az egyetemi képzés szerintem világszínvonalú. Főként a preklinikai, vagyis az első három éves oktatás nagyon erős. A klinikai képzéssel csupán egyetlen gondom akadt; a gyakorlatokon túl nagy volt a hallgatók létszáma, ezért kevés lehetőség adódott a gyakorlati ismeretek elsajátítására. Sokszor éreztem úgy, hogy az egyébként is túlhajszolt orvosoknak nagy teher az oktatás. Az utolsó években a számonkérések, vizsgák ta-





lán túlságosan „lazák” lettek, könnyű volt pár nap tanulással jó jegyhez jutni, amit nem tartok előnyösnek a képzés színvonala, és a diplománk értéke, hírneve szempontjából sem.

Mi a helyzet a doktori képzéssel?

– Nagyon elégedett vagyok velem! A központi szervezés kifogástalan, a továbbiakat pedig mindenkinél a témavezető és az intézmény határozza meg. A témából eredően az én munkám inkább klinikai kutatás, időm kisebb részét töltöm laboratóriumban, a nagyobb betegeket mellett. Minden segítséget megkapok, mind szakmailag, mind anyagilag, mind infrastruktu-

rálisan. Ráadásul a klinikán remek kollaborációs lehetőségek is vannak, jelenleg is egyszerre négy másik intézettel dolgozom együtt.

Nagyon tudatosnak és céltudatosnak tűnsz.

– ...és még maximalista is vagyok, ebből fakadóan sokszor érzem azt, hogy még többet kihozhatnék magamból - hozzáteszem, alapvetően büszke vagyok arra, amit eddig elértem. Jó érzés, hogy a visszajelzések alapján a betegek elégedettek a munkámmal. A kutatómunka területén is egyre több pozitív megerősítést kapok, és ha minden jól megy, idén meg tudom szerezni a PhD fokozatot.

Mi az, amit a legnagyobb nehézségnek érzel a munkádban?

– Az idő, amiből soha sincs elég. Gyakran gondolok arra, hogy harminc órás napok kellenének ahhoz, hogy mindennel végezzek. Már most látom, hogy a későbbiekben sem lesz egyszerű megtalálni az egyensúlyt a kutatás és a klinikai munka között úgy, hogy közben még a magánéletre is maradjon idő és energia. Szabadidőm most sincs túl sok, de azt a keveset igyekszem aktívan kihasználni. Imádok utazni, erre remek lehetőséget nyújtanak a szakmai konferenciák. Számos szép európai és magyar városba eljutottam már a kutatómunka révén, legutóbb Moszkvába, ahol fantasztikus élményekkel gazdagodtam. Nem mellékes az sem, hogy a konferenciákon sok új kapcsolat alakul ki, későbbi eredményes együttműködések alapjaként.

Az utazáson kívül mi az, ami segít kikapcsolódnival?

– Szeretem változtatásos eltölteni az időt, ez viszont azt eredményezi, hogy mindenre csak kevés jut - az egyébként is kevésből. Érdekel a kultúra, sokat járok kiállításokra, koncertekre, színházba, moziba, zenét hallgatok, olvasok. A sportok sem hiányozhatnak a repertoárból: kirándulás, biciklizés, tenisz, foci, kondizás Rendszeres szellemi és fizikai feltöltődés nélkül nem lehet teljes életet élni, akármilyen sikeres is valaki szakmai téren.

Abból, amilyen szenvedéllyel mesélsz, úgy sejtem, nagy örömmel és elhivatottsággal végzed a dolgod...

– Valóban élvezem, amit csinálok, elmondhatatlan érzés aktívan közreműködni új életek születésénél. Bár még nem igazán foglalkozom a családalapítás gondolatával, ha majd eljön az ideje, természetesen szeretnék ott lenni a saját gyerekeim világrajövetelénél is. Nehéz lesz a szülőszobán kívül hagyni az orvos énemet, de igyekszem majd a háttérben maradni. Nagyon fontos, hogy a szabadidőmben és a magánéletben - a kultúra és az aktív hobbik segítségével - el tudjak szakadni gondolatban a klinikától, pontosan azért, hogy a maximumot tudjam kihozni magamból a munkában. Ez az egyik legnehezebb dolog, hiszen folyamatosan napi 24 órás készenlétben vagyok, de mindenképpen szeretném elkerülni, hogy „szakbarbárrá” váljak. Sajnos, a betegek sokszor nem veszik tudomásul, hogy az orvosnak is van privát élete, jó lenne ezt tudatosítani bennük. Ez a hivatás sok empátiát és türelmet kíván, amiknek gyakorlása az élet egyéb területein is nagyon fontos. Hazai körülmények között jelenleg csak az válhat jó orvossá, aki igazán elhivatott a betegek iránt, akinek szenvedélye a gyógyítás.

Bulla Bianka

Kiegész ellen India

Nevét bizonyára ismerik, hiszen a SpringMed 2002 májusa óta működik, mint önálló egészségügyi ismeretterjesztő és betegtájékoztatóval foglalkozó könyvkiadó. Híd az orvos szakma és a laikus közönség között. Ránk fér, hiszen egészségügyi kultúránk annyira alacsony, hogy minden – írott vagy éppen elektronikus – egészségügyi kommunikációra égetően szükségünk van. Atlaszok, orvosi kislexikonok, tematikus sorozatok, külföldi kiadók könyveinek hazai kiadása fémjelzi a SpringMed jelenlétét a könyvpiacra. Alapítója a pörgő, dinamikus, nevetős szélvészkiasszony Böszörményi Nagy Klára, aki pályafutását tudógyógyászként kezdte.

Soha nem bántad meg, hogy az orvosi pályát felcserélted a könyvkiadóra?

– Soha. Tudógyógyászként nem éreztem magam olyan sikeresnek, mint könyvkiadóként, és valószínűleg az egész karakterem olyan, hogy a siker hajt. Tudógyógyászként nem könnyű látványos sikereket elérni a gyógyítással. Az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézetben olyan osztályon dolgoztam, ahol krónikus tüdőbetegek voltak, tüdőrákosok, tbcsek. A tbc-seket ugyan meggyógyítod ideiglenesen, de a szociális hálóból kihullva visszaesnek, a tüdőrákosok pedig sajnos meghalnak. Nehezen viseltem, sikeresnek meg egyáltalán nem nevezném. Éppen ezért amikor Nórit megszülettem, két évi gyes után úgy döntöttem, hogy nem megyek vissza tudógyógyásznak. –

Így hát beadta jelentkezését egy olasz gyógyszergyárhoz, ahol két éven belül ő lett a magyarországi képviselő vezetője. A kalandvágy és az ambíciói tovább vitték, még két svéd érdekeltségű gyógyszervállalatnál dolgozott vezető beosztásokban, ahol a külföldi munkatempóból, üzleti gondolkodásból, munkaszervezésből sokat elleshetett. Aztán gondolt egy nagyot és bár csaknem 9 évet töltött a gyógyszeriparban, eljött. Könyvkiadási karrierjét onnan számítja, amikor a kezébe került egy angol egészség-gazdaságtani könyv, amit le szeretett volna fordítani. Bement a Springer Tudományos Kiadóhoz a könyvvel a hóna alatt, és ott ragadt. Három napon belül ő lett az értékesítési- és marketingigazgató. 2001-ben levédette a SpringMed nevet. Cége a Springer leányvállalataként indult, és orvosi könyvek kiadására szakosodott, munkáját egy onkológiai sorozattal kezdte.

A magánéletben is sikerorientált vagy?

– Természetesen.

Csak a sikeres kapcsolatok férnek bele az életedbe?

– Hát ez azért túlzás, de az biztos, hogy az ember a magánéletében ugyanazt próbálja megvalósítani, amit a professzionális életében, tehát ha a habitusod az, hogy szeretsz örömet szerezni, örömet kapni, utazni, szereted az állatokat, nyitott vagy, akkor olyan társat keresel, aki ennek megfelel, én azt hiszem, megtaláltam. Férjem Böszörményi Nagy György, orvos és tudós, akinek nagyon sokat köszönhetek, elsősorban azt, hogy az „egyedfejlődésemnek” ezt a fokát elértem, és tudatosan választottam





Dr. Palik Éva–Dr. Karádi István

Koleszterin – Diéta és kezelés



Dr. Dékány Miklós

Fulladok, dagad a bokám

A szívelégtelenség megelőzése
és kezelése



Dr. Czuriga István

Koszorúér-betegségek Angina, szívinfarktus – megelőzés, kezelés



Dr. Nagy Krisztina

Magasvérnyomás-betegség és cukorbetegség



magamnak a tudományos könyvkiadás területét, ahol magam is hivatástudattal végezhetem a munkámat. Nem sok idézetet tudok fejből, de amire élesen emlékszem tanulmányaimból: az Batsányi kis epigrammája: „Jót, s jól. Ebben áll a nagy titok. Ezt, ha nem érted, szánts és vess, s hagyjad másnak a gondolatot!”

Mi a szíved csücske a szakmádban?

– Talán az, hogy nagyon változatosnak tartom. Annyira, hogy folyamatos kihívást jelent és soha sem unatkozom. Ráadásul megvan az a szabadsági fokom, hogy hol az üzleti részt kell hajtanom – a finanszírozást –, hol megszerezni jó könyvcímeket, hol szerzőkkel tárgyalni, hol meg szerkeszteni. Van tehát egy dinamikus, pörgő része a munkának, és van egy analitikus, csendes, visszavonulós része. Ha ezt a kettőt váltogatja az ember, márpedig én óhatatlanul ezt teszem, akkor hullámszik az egész, és ezt élvezem.

Milyen egy napod?

– Viszonylag rendszeres életet élek, 7 óra tájban felkelek, a reggeli órákat arra szánom, hogy valamiféle fizikai aktivitást végezzek. Vagy úszom, vagy kutyát sétáltatok, vagy elliptikus gépen dolgozom, eközben átgondolom a napomat. Ez a rendszerezés önmagában is egy munka, a mozgás az ember gondolkodását is összerendezi. A légzés szabályozásával még a gondolataid is jobban terelhetőek, azt vettem észre, hogy az úzás kifejezetten serkenti ezt. A fejed a vízbe dugod, a légzés szüneteltetése és a monoton mozgás ritmusa rendkívül jól átdolgozza az ember testét, miközben a gondolataid is „maguktól”, szinte irányítás nélkül rendeződnek. Amikor mozgással indítom a napomat, ezt használom ki. Anélkül, hogy erőlködnék egy íróasztal mellett, szabadon hagyom áramolni a gondolataimat, és minden letisztul a fejemben. Ezután hazamegyek, és csak papírra vetem, majd csinálom a dolgomat. A délelőttijeimet nagyjából otthon töltöm. Amit el kell intézнем, azt el is végzem: otthon telefonálok, internetezem. A kiadóba 12-1 körül jövök be, egyeztetek a kollégáimmal, megbeszéléseket tartok és ha kell – márpedig sokszor kell –, akár éjjelig bent maradok és előkészítjük a könyveket a nyomásra.

Mennyire felel meg a csillagjegyednek a munkád?

– Ezen pont tegnap gondolkoztam. Jönnek a gondolatok reggel, amit papírra vetek, és onnantól, hogy papírra vetetem, a megvalósításán dolgozom. Ha végignézem az utóbbi 9 év termését, mondhatom, hogy amit elterveztem, meg is valósítottam. Nyilas horoszkópom van, és az olyan, aki céloz és talál. Úgy gondolom, hogy nekem azért sikerülnek dolgok, mert ezzel a „letisztító folyamattal”, amit nap mint nap végzek- tehát, hogy a prioritásokat nagyon pontosan belövöm – azzal segítem elő, hogy pontosan tudjak célozni. Az ember óhatatlanul folyamatos kihívásoknak van kitéve, és a legnagyobb hiba, amikor célt téveszt. Ugyanis mindenbe szeretnél belekapni, érzed, hogy mindenből ki lehetne valamit hozni. De ezzel veszíted az energiádat és azt is, hogy mire fókuszálj. Ha ilyenkor fegyelmized magad és tudod, hogy mi az, amivel most nem szabad foglalkozni, mert csak elviszi az energiádat és a fókuszot, akkor letisztul a kép, és megmarad, ami fontos. Így zajlik az életem, és az összes megmaradó időm arról szól, hogy az energiákat visszatöltöm, kutyázással, énekléssel, sportolással, utazással.

Azért ebben a nagyon tudatos lelki építkezésben India is szerepet játszik. Engem is átalakított az ott töltött három hét, hát még téged a két hónap. Miért mentél ki?

– Utólag már tudom, hogy miért. Mert kiürültem és kifáradtam a folytonos küzdelemben. Egyfajta burn-out szindrómában szenvedtem. Akkor ment ki a lányom Amerikába tanulni, aminek egyfelől örültem, másfelől úgy éreztem, hogy elveszíttem őt. A kiadóval kapcsolatban is elfogott egy bizonytalan érzés, hogy van-e értelme tovább csinálni a betegtájékoztatót, ami ennyi energia befektetéssel is alig tud néhány embert eltartani. Nyílként a változatosság, az utazás mindig is feltöltött. Teljesen öntudatlanul utaztam ki, és a nagy kulturális váltás sokkolóan hatott rám. Annyi pozitívumot hozott, hogy hihetetlen. Életemben először megadattott, hogy nem két hétre, hanem 2 hónapra utaztam el. Más kérdés, hogy mindenkit jól felbőszítettem ezzel. „Hogy tehetem meg, hogy vállalkozóként csapot-papot itt hagyok?” De megtettem. És visszajöttem úgy, hogy lejátszódott bennem egy olyan tisztulási folyamat, ami után nem volt kérdés, hogy mit, hogyan csináljak tovább. Két hónapig se alkohol,

se édesség, se buli, se társasági élet, csak jóga és meditáció. Jaipurban kezdtem, aztán Delhitől északra egy jóga központba, Rhisikesbe utaztam. Egy haladó csoportba csöppentem bele, vért izzadtam, hogy helytálljak. Az utcán vettem frissen sült zöldségeket, azon éltem. Nepálban egy volt csoporttársamat és családját látogattam meg, Delhiben zártam az utat, ez már üzleti kapcsolatépítés volt, a könyvkiadó ismerőseimet kerestem fel. Elmerültem abban, hogy Indiában hogyan élnek, milyenek az emberek. Boldogabbnak, nyugodtabbnak tűntek a nagy szegénység ellenére. És mióta hazajöttem, mintha én is nyugodtabb, higgadtabb lennék, nem vagyok olyan pörgős, bátrabban merem elmélyültebben gondolkodni.

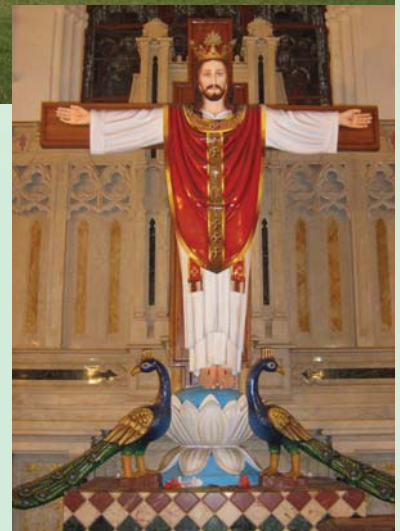
India tehát a nagy sorsalakító. Milyen terveid vannak? A sok-sok témakörben kiadott könyveid között szerepel-e a hipertónia betegség?

– A betegtájékoztató könyvek körében a kardiológia sorozat már évek óta megy, több hipertóniával és következményeivel foglalkozó könyv is megjelent ebben a sorozatban. Mindig a Magyar Kardiológiai Társasággal együttműködve adtuk ki ezeket a könyveket. Még nem „vesztük ki” a nephrológiai részt, most tehát a hipertónia és a vese kapcsolata jön. És egyre többet szeretnénk szólni az életmódváltás, a helyes életmód kialakításának fontosságáról.

B.Király Györgyi



India képekben



India képekben

