

BeKopogtató

orvosokról – orvosoknak...



könyvek

ízek

hangulatok

emberek

Kongresszusi történetek

*Stop Só! – itthon és
Portugáliában*

*Leprásoktól vett vért
Indiában*

Izolda és az orvosok



Hipertónia Társasági Magazin

2011. III. évfolyam 1. szám



Tartalom



Fernando Botero
Il bagno



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:

Fernando Botero:

Donna che legge

Fernando Botero képei
2010.10.20 – 2011.02.20.
Szépművészeti Múzeum

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

KONGRESSZUS

Előtérben a személyre szabott kezelések...	4
Hogyan élünk nyomás alatt?	7
Mindenki nagyon kitett magáért...	12

HATÁRON TÚL

A hipertónia elleni küzdelem élharcosa	14
Aki törvényt módosított Portugáliában...	15

BALESETEK

Mi köze Aszklépiosz szentélyének a klinikához?	16
--	----

PÁLYAKEZDŐK

Róbert a tökéletességre törekszik...	18
--------------------------------------	----

TROMBÓZIS

Leprásoktól vett vért Indiában...	20
-----------------------------------	----

SZÍVÜGYEK

Mindig előre kell menekülni!	22
------------------------------	----

VALLOMÁS

Szív, színház, bor és magyarság	24
---------------------------------	----

AZ ÉV PRAXISA

Brigi és az ABC	26
Izolda és az orvosok	27
Az otthoni vérnyomásmérés elkötelezett híve	29

Kedves Olvasó!

Mindenkit szíven ütött a West-Balkánban történt diszkrét tragédia. Kamasz fiú anyjaként – Bálint gyakran jár efféle szórakozóhelyekre – percekig letaglózva üldögéltem, amikor meghallottam a hírt. Az aggodás, a tehetetlen düh és a saját hasonló pánikom miatt is, ami a közelmúltban a világ második legnépesebb országában: Indiában tört rám.

Amíg élek nem felejttem el Chimdambaramot, amit „Shiva kozmikus tánca” városának is neveznek, mert a templom falait a táncoló Shiva 108 formájával díszítették. Mivel ez az indiai 7 szent templom egyike, decemberben tartanak egy búcsút, amikor tíz napon át ide özönlik egész India. Nos, mi pont kifogtuk az egyik ilyen napot. Három kapun és egy mellvéd övezte átjárón keresztül lehet bejutni a híres Shiva szentélyhez. Amikor az elsőhöz értünk, rajtam már kitört a pánik, szabályszerű halálfélelmem volt. Hatan magyarok libasorban haladva fogtuk egymás kezét. Hiába, mert a kifelé zúduló tömeg iszonyatos erővel préselt minket – befelé igyekvőket – a falhoz. Óvatosságot becsültek szerint is legalább húszezren szorultunk be a templom kapui közé. Mellettem egy hindu anyuka leejtette öt év körüli kislányát. A tömeg simán keresztül ment rajta, és amikor sikerült kihúznia a lábak közül, a gyermek végtagjai tehetetlenül lógtak, és nem volt eszméleténél. Ekkor kapaszkodtunk fel mi magyarok a mellvédre, és iszonyattal néztük, a hömpölygő, kezelhetetlen tömeget. Így aztán a híres szentély kimaradt élményeink közül.

Nem maradt viszont ki a halottégetés Agrában, a Yamuna, vagyis az egyik indiai szent folyó partján. A kasztrendszer működése itt is tetten érhető. A folyó parton a legszegényebbek máglyái lobognak, egy szinttel feljebb elkerített kamrákban játszik a láng, még feljebb üveggel elválasztott fülkék előtt állnak a család tagjai. A halottakat golyósba tekerik, hajukat levágják, megszórják őket virágszirmokkal, majd máglyára teszik, körberakják farönkökkel, elégetik, és a hamvakat a vízbe szórják. Nem zavarunk el bennünket fehérket, engedik, hogy mellettük álljunk. Azt is látjuk, amint kókuszdióval megütik szerettük fejét, hogy könnyebben kiszálljon a lelke. Könnyebben engedik el akit szeretnek, mint az európaiak. És nem szomorúak, nem sírnak, kedvesen beszélgetnek, mosolyognak miközben szemük láttára zsugorodik hamuvá az egykori apa, anya, férj, feleség. Mert számukra a halottkultusz egészen mást jelent, mint nálunk. Mivel hisznek a reinkarnációban, tudják, hogy szerettük lelke gyorsan keres egy új testet, és sokkal jobb földi élete lesz, mint eddig volt. Nem véletlen, hogy India a templomok és a vallási fanatizmus országa. De lehetne más ott, ahol 1 milliárd 129 millió ember hömpölyög az utcán? 30 százaléka – több, mint 300 millió indiai – magyar fogalmat használva: mélyszegénységben él, azaz néhány botra akasztott árokparti sátor minden vagyona. És mert a kasztrendszer még mindig azt hirdeti, hogy az emberek egyenlőtlennek születnek az isteni törvény alapján: elfogadják. Így aztán minden hindu templomban tömegeket találunk: fekszenek a földön, vagy úzik vallási szertartásaikat, munka és fizetség híján olykor egész napos elfoglaltságként.

Bár ezerszám jönnek velünk szembe a koldus, a nyomorék, a csonttá soványodott indusok, nem idegesek, nem rohannak, egyszerűen teszik a dolgukat abban a reményben, hogy a következő életükben boldogabbak lesznek. Az első kasztban lévő sudrák egy része, illetve a kaszton kívüli páriák – egész egyszerűen az utcán, a földön élnek. Ott esznek, ott székelnak, ott vizelnek, és ez teljesen természetes. Még egyszer leírom, akire rájön a szükség: gondolkodás nélkül megáll melletted, hátat fordít, letolja a gatyáját, vagy a bugyiját és teszi a dolgát. Mindennapos látvány a házak előtt vasaló, varró ember, a haját vágó borbély, meg az is, hogy magától értetődő természetességgel mosakodnak, mosnak a folyókban. A szent tehenek ott bókálnak mindenütt, és ha kedvük úgy tartja lefekszenek az út kellős közepére. Teljesen normális. Mint ahogy az is, hogy ha csak ránézel valakire: már tartja a markát. Tartja a 4-5 éves kisgyereket, aki az autók között cigánykerekezik, a másikat, aki dobolt hozzá, az öreg in-



dus, aki pálmamókust etet a világ legszébb szerelmi emlékműve a Taj Mahal kertjében, de a maharadzsza testőre is, ha a le akarod fényképezni.

Az egykori angol gyarmat közlekedése elképesztő. A kormány jobboldali, ráadásul nincsenek közlekedési szabályok és nincs különösebb jelentősége a piros lámpának sem. A közlekedés európai szemmel kaotikus, eszméletlen mennyiségű autó, motor, riksa, szekér, kerékpár az utakon és folyamatosan dudálnak. A dunda ott nem az idegesség, a türelmetlenség jele, mint nálunk, hanem azt jelenti, hogy itt vagyok, megelőzlek. Azaz dudál és megy. Ha kell egy kanyar kellős közepén keresztbe. Egy sávban simán haladnak ketten, az autópályán pedig lazán szembe jönnek veled. Azon sem lepődik meg senki, hogy egy indus család tagjai 1 kilométer hosszan lezárják az autópálya egyik sávját, mert kukoricát szárítanak rajta. Mindenki tiszteletben tartja, még a rendőrök is. Fura világ. Nincsenek szabályok, de van figyelem, és türelem. Nálunk meg vannak szabályok, de türelmetlenek, agresszívak vagyunk. Milyen ország India? Hihetetlen, fantasztikus, és elképzelhetetlen ország, olyan látvánnyal, szagokkal, ízekkel, hangulatokkal, amit – ha csak teheti – mindenkinek meg kell tapasztalnia életében. Úgy ahogyan lapunk egyik szereplője, Blaskó György is tette, aki leprásoktól vett vért Indiában. A vele készült interjúhoz, és persze a többi olvasásához is időt, és jó kedvet kíván:

B. Király Györgyi

Előtérben a személyre szabott kezelések...

Több mint százharminc előadás a hipertóniáról mindössze négy nap alatt. Lehetséges ez? Igen! 2010 decemberének első napjaiban rendezte meg a Magyar Hypertonia Társaság XVIII. Kongresszusát és IX. Nemzetközi Továbbképző Kurzusát. A rendezvényre több mint 650 fő regisztrált, és olyan neves külföldi szaktekintélyek is előadást tartottak, mint Krzysztof Narkiewicz, az Európai Hypertonia Társaság elnöke, vagy Luis Martins, a Portugál Hypertonia Társaság korábbi elnöke. A kongresszuson aktuális és izgalmas témák szerepeltek, mint például a szűrési programok, a stroke, a magas vérnyomás és a stressz összefüggései, a telemedicina, a nők magas vérnyomása, a COPD és a hipertónia összefüggései, valamint a kockázatbecslés a betegellátásban. A rangos előadók hangsúlyozták a kombinációs kezelések fontosságát, a személyre szabott gyógyszeres terápia jelentőségét, illetve a prevenciót, amelynek része a vadonatúj STOP SÓ Program.

A magas vérnyomás még mindig a leggyakoribb betegség hazánkban – megközelítőleg 3 millió hipertóniás él Magyarországon –, annak ellenére, hogy megfelelő terápia mellett jól karban tartható lenne. Jó hír, hogy az elmúlt négy évben a vérnyomás kívánt értékének – célérték – elérése nemzetközi mércével mérve is megfelelő arányú. A MHT kongresszusának előadói elmondták, hogy a társaság kiemelkedő figyelmet fordít a prevencióra, és a betegséggel járó

súlyos szövődmények kialakulásának megakadályozására. Kezdjük a prevencióval és egy hazai újdonsággal.

Indul a STOP SÓ – Nemzeti Sócsökkentő Program! Ahogyan Rosivall László, Kiss István és Martos Éva elmondták: sajnos a magyar lakosság sóbevitelének jelentősen meghaladja az ajánlott napi 5 grammot, a férfiak átlagosan 18 gramm, a nők mintegy 14 gramm sót fogyasztanak naponta, ami 3–3,5-szerese az ajánlottnak. Gyermekeink az ajánlott 3 gramm helyett 9 gramm sót esznek meg a közétkeztetésben. Miközben napi 5 grammal kevesebb só 23 százalékkal csökkenti az agyvérzés és 17 százalékkal a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásának kockázatát! Ahogyan a későbbiekben olvashatják Portugáliában már népszerűvé vált, sokkal több, mint egyszerű lózung, sőt! Sófogyasztási törvény is született! Talán egyszer mi is eljutunk idáig. Első lépésként minden esetre a szakemberek kiválasztják majd a lakosság sóbevitelének szempontjából meghatározó étel- és italtermékeket, és megpróbál-





2410 Mikrofonnal a kezében Kiss István a Továbbképző kurzus elnöke

nak együttműködni az élelmiszeriparral, hiszen sófogyasztásunk jelentős része a feldolgozott élelmiszerekből (pl. levesporok, ételízesítők, húskészítmények, sajtok, kenyér) származik. Természetesen a lakossági kampány sem maradhat el.

A hipertónia szövődményei közül a legrettegettebb a stroke. A Farsang Csaba elnökletével lebonyolított program előadói: Kiss István, Kékes Ede és Barna István hangsúlyozták, hogy a rosszul beállított és nem megfelelően kezelt magas vérnyomás mintegy 3-4-szeresére emeli a stroke kockázatát. A dolog fordítva is igaz: az egyénre szabottan meghatározott vérnyomás-célérték elérésével jelentősen csökkenthető a stroke kialakulásának veszélye is. A kockázatbecslés volt egyébként a kongresszus egyik visszatérő gondolata, olyan előadók tolmácsolásában, mint Járai Zoltán, Farkas Katalin és Kolossváry Endre.

A hipertóniás betegek valódi kockázatának felmérésében egyre nagyobb jelentőségű a tünetmentes érelváltozások kimutatása. A már kialakult, de még tünetmentes perifériás verőérbetegség megállapítható a boka/kar index – ABI – mérésével. A csökkent ABI érték a fokozott szív- és érrendszeri halálozás egyértelmű kockázati tényezőjének bizonyult a korábban ismert kardiovaszkuláris betegséggel még nem rendelkező egyéneknél. **Az ÉRV Program és ÉRV Regiszter eredményei alapján** a módszer alkalmas a veszélyeztetett betegek széleskörű szűrésére. A módszer egyszerűségét és jelentőségét igazolja, hogy az ÉRV Regiszter Programba folyamatosan jelentkeznek a háziorvosok, már 40 ezer beteget sikerült regisztrálni, 200 ÉRV Regiszter pont működik Magyarországon.

A kongresszuson bemutatkoztak az MHT és a Szív- és Érrendszeri Nemzeti Program által támogatott Szűrőprogramok: Kiss István, Dankovics Gergely, Daiki Tenno, és Barna István előadásában. A résztvevők megtudhatták, hogy 2011-ben is folytatódik Magyarország legnagyobb egészségvédelmi szűrőprogramja, a SZŰRŐKAMION, ami több szakmai szervezet – köztük a Magyar Hypertonia Társaság – összefogásával európai uniós irányelvek alapján működik. Az Európa Nemzeti Egészségvédelmi Program a Szív- és Érrendszeri Betegségek Megelőzésének és Gyógyításának Nemzeti Programjával együttműködve valósítja meg a komplex vizsgálatsorozatot. A program egyetlen esztendő alatt 125 helyszínen végez átfogó vizsgálatokat, prevenció és életmód tanácsadást, segítve ezzel a fiatalokat, a családokat, a nyugdíjasokat és mindenkit, aki odafigyel egészségére. Eddig több mint 32 ezren vettek részt életmód tanácsadáson, az elvégzett vizsgálatok száma pedig: 392 ezer. A programban kiemelt helyet foglalnak el a szív- és érrendszeri kockázat vizsgálatok.

A kockázatcsökkentés és a hipertónia helyes kezelése is – ahogyan ez többször is szerepelt a kongresszuson – a célvérnyomás érték elérésén ala-



Akik elmélyülten figyelnek: Farsang Csaba, de Chätel Rudolf és Alföldi Sándor

pul. A terápiás hatás és a célérték elérés mérésének legjobb lehetősége az otthoni vérnyomásmérés, vagyis a **telemedicina a szív-és érrendszeri betegségek ellátásában**. Kiss István és Kékes Ede szóba hozták azt is, hogy izgalmas a szervezett sms küldés mobiltelefonon orvostól betegnek és fordítva: a mért vérnyomásérték továbbítása az értékelő központnak. A kifejlesztett távfelügyeleti rendszerek (EKG, vérnyomás) elsősorban a veszélyhelyzetekben jelentenek hathatós segítséget, de új lehetőségek is lé-

teznek. A nem papír alapon történő otthoni vérnyomás-monitorozás, az ezen alapuló (vérnyomás) beállítás, illetve a sürgős állapotok észlelése, jelzése figyelemre méltó lehetőség a betegek ellátásában. Igaz a telemedicina lehetőségeit a különböző korosztályok más-más módon használják majd ki, de az egyértelmű, hogy a betegellátás biztonságát és eredményességét növeli elterjedése.

A MHT kongresszusán minden évben terítékre kerül egy **társbetegség** is, ami tavaly a **COPD, vagyis a krónikus obstruktív tüdőbetegség** volt. Somfai Attila, Farsang Csaba, Szegedi János, Major Tamás és Szalai Zsuzsanna előadásaikban kiemelték, hogy a COPD-ben szenvedőknél gyakori a hipertónia, ráadásul mindkét kórállapot előfordulása magas, és az életkor növekedésével egyre gyakrabban alakul ki azonos betegben.

A COPD megelőzhető és kezelhető betegség, több, nem csak a tüdőt érintő következménnyel. Ilyenek a tüdőbetegség súlyosságát és kimenetelét gyorsító kardiovaszkuláris kórképek. Külön nehézséget jelent, hogy a krónikus gyulladás okozta tartós oxigénhiány fokozza a szimpatikus idegrendszer tónusát, emeli a vérnyomást, illetve hogy a COPD-s betegek kezelésére alkalmazott szerek önmagukban is vérnyomásemelő hatásúak. A helyzetet tovább bonyolítja, hogy az antihypertenzív gyógyszerek egy csoportja mérsékelten rontja a tüdőfunkciót, illetve más magas vérnyomás elleni szereknek pedig száraz köhögés is lehet a mellékhatásuk, ami szintén nem elhanyagolható tényező.

Ne feledkezzünk meg a szakmai utánpótlásról sem! A Magyar Hypertónia Társaság Ifjúsági szekciójában 9 előadás hangzott el. Érdekes volt **Kohl Gyula** ismertetője az alapellátásban gondozott igen idős hipertóniás betegek anyagcsere- és célszerv károsodásáról. A kilencvenes évek óta közismert, hogy hatékony terápiával az idős, hipertóniás betegek célszervi szövődményei késleltethetőek, illetve fékezhetőek, azonban a 80 év feletti betegek kezeléséről a közelmúltig nem született egységes állásfoglalás. A MHT hipertónia adatbankját felhasználó felmérésből – amely az említett korosztályra vonatkozik – kiderült, hogy a vérnyomás és az anyagcsere-kockázati tényezők kontrollálása és az antihypertenzív kezelés kombinációjának mértéke jó eredményt hozhat. **Stenzer Balázs** a terhességi mérgezés és a TSP-2 szérumszint összefüggéséről szólva elmondta, hogy a magas vérnyomás hajlamosít terhességi mérgezésre. Vizsgálatukban 35 praeclampsias és 35 egészséges terhes nő vett részt. A TSP-2 szérumszintje a terhességi mérgezésben szenvedő nőkben

szignifikánsan magasabbnak bizonyult, s a megnövekedett szérumszint antian-giogén hatásán keresztül feltehetően hozzájárul a préaeclámpsia kialakulásá-hoz. **Takács Róbert** – akit közelebről is megismerhetnek lapunkban – azt a kérdést tette fel, hogy befolyásolja-e az éhomi vércukorszint a microvascularis vazomóciót egészséges szénhidrát-anyagcseréjű egyéneknél? 33 egészsé-ges anyagcseréjű egyén vizsgálata alapján a válasz igen. Az éhomi vércukor-szint normál tartományon belüli emelkedése összefüggést mutat a mikrovaszkuláris fiziológiás szabályozás beszükülésével, ez pedig a vaszkuláris adaptáció korai károsodását jelezheti.

Hangsúlyosan szerepelt a rendezvényen a magyar hipertóniás betegek gyógyszeres kezelésének gyakorlata. Egyértelművé vált, hogy az elmúlt négy év alatt a monoterápia vagyis az egyetlen hatóanyaggal történő kezelés hát-térbe szorult, és egyre inkább előtérbe került a kombinált kezelés. Ezzel is magyarázható, hogy a célérték elérésének arányszáma immár nemzetközi mércével is megfelelő szintre, 43%-ra emelkedett. Az is elhangzott, hogy 2009-ben már a helyesen választott fix kombinációval önmagában sikerült a célértéket elérni a betegek 26–27 százalékánál. A gyógyszer családotok közül a RAAS-gátlók – ACE-gátló, ARB – dominanciája érvényesült. A renin-angio-tenzin-rendszer – RAAS – központi szerepet játszik a vérnyomás rövid és hosszú távú szabályozásában, ahogyan Alföldi Sándor fogalmazott: a RAAS gátlás a magas vérnyomás kezelésének alfája. A koncentrált terápia és a je-lentősen kevesebb mellékhatás révén a vérnyomás szabályozásának tuda-mányos szempontból érdekes és a gyakorlat számára vonzó módja. Az angiotenzin receptor blokkolókat – ARB – egyre elterjedtebben használják a vérnyomás csökkentésére. Különösen fontos tulajdonságuk, hogy más vér-nyomáscsökkentőkhöz képest kifejezetten nagy a terápiás ablakuk, tehát széles dózistartományban is alig tapasztalható mellékhatás.

B. Király Györgyi és Bulla Bianka összeállítása

Hogyan éljünk nyomás alatt?

4 előadó, négy válasz, az alkalmazkodás művészetéről, a vérnyomás szabályozás ha-táraitól. Mert erősen feszíti a határokat a stressz – mindegy, hogy családi, munkahe-lyi vagy éppen politikai okok miatt – és per-sze a külső körülmények is, mondjuk, ha magasba törünk, úgy 4–5000 méterre.

Farsang Csaba – Szent Imre Kórház Kardiometabolikus Centrum – a szimpatikus idegrendszer és a kar-diometabolikus kockázat összefüggéseiről, egyszerűbben szólva a stressz hatásairól beszélt. Előadását hallgatva Németh László: „Levelek a hipertóni-áról” című kötete ugrott be. Az orvos-író ugyanis határozottan állítja, hogy a tartós stressz magas vérnyomáshoz vezethet. Saját magatartását hozza fel példaként, hogy mennyire idegesíti, ha anyagi okokból nem írhat, hanem for-dítania kell, és egy Lang nevű orosz orvost említ, aki Leningrád ostromára hi-vatkozva esküszik a stressz hipertóniát kiváltó hatására. Mondván: rengeteg embernek volt akkoriban magas vérnyomása, ami az ostrom után normalizá-lódott.



Farsang Csaba
a Továbbképző kurzus
társelnöke

Kongresszus



Páll Dénes a kongresszus elnöke

Alföldi Sándor kérdésre válaszol



Természetesen a stressz emeli a vérnyomást, erősíti meg Farsang professzor, ez egy normális reakció, a szimpatikus idegrendszer fokozott aktivitása okozza. Ha valakinél a stressz szituáció tartóssá válik, akkor ez előbb-utóbb magas vérnyomáshoz vezethet. A szervezet vérnyomás szabályozó mechanizmusai átállnak egy magasabb értékre, és attól kezdve a kóros értéken tartja a vérnyomást. A tachycardia következtében megnő a perctérfogat, a szívizom tápanyagigénye, s

fokozódik az aritmiakészség is, jön a hyperglykaemia, a növekvő oxidatív stressz, és az arteriosclerosis... A folyamatok megelőzése, illetve kezelése csak az egyes kockázati tényezőkre irányuló kombinált kezeléssel lehetséges. A végső tanulság pedig, hogy minden olyan tartós neuroendokrin betegségben gondolni kell a cardiovascularis károsodások kialakulására, amelyek fokozott szimpatikus idegrendszeri aktivitással járnak.

Hogyan éljünk nyomás alatt? – kérdezte **Páll Dénes – Debreceni Egyetem 1. sz. Belgyógyászati Klinika** – és rögtön meg is válaszolta. Leginkább úgy, hogy próbáljunk ellene tenni! Az elsődleges cél hipertónia esetében nem lehet más, mint a kardiovaszkuláris rizikó hosszú távú és maximális csökkentése. Minden higanymilliméter számít! A szisztolés vérnyomás csökkentése a mortalitás csökkenéséhez vezet.

Mivel a hipertónia kialakulásában az esetek többségében számos tényező játszik szerepet, így az is logikus, hogy a terápia is csak a kombinációs lehet. Kijelentését rögtön alá is támasztotta statisztikai adatokkal, mondván, hogy a cél vérnyomásérték az esetek kevesebb, mint 20 százalékában érhető el egyetlen gyógyszer alkalmazásával, a maradék 80

százaléknál 3-4 vérnyomáscsökkentő együttes alkalmazása szükséges. A RAAS gátlása a kezelésben központi feladat! A terápia kiegészítése számos esetben javasolt kalcium-antagonistával, vagy a modern tiazidszerű indapamiddal.

A hallgatóság nem kis öröme **Alföldi Sándor – Szent Imre Kórház Kardiometabolikus Centrum** – a kardiovaszkuláris profil jelentőségét egy közismert történelmi személyiség esetével demonstrálta. Franklin Delano Roosevelttel az USA 35. elnöke esetében az orvosok 1935-től – innen datálódhatnak az adatok – végigkísérték az elnök vérnyomását. 1935-től kezdve fokozatosan növekedett egészen 1941-ig, amikor is 200 Hgmm fölé emelkedett, sőt, az EKG-n demonstrálták a balkamra hipertrófiát. A normandiai partraszállás előtt 250 Hgmm volt Roosevelt vérnyomása, a választásokat kísérő kampány során az érték 280 Hgmm-re növeke-

dett, a Jaltai tárgyalások időszaka alatt pedig 350 higanymillimétert mértek. Ennek ellenére 1945-ben az őt kezelő főorvos kijelentette, hogy derült égből villámcsapásként ért mindenkit az elnök hirtelen halála. Pedig nyomon követhetőek voltak az egyre emelkedő értékek, látványosak a cianózis jelei, a dobverő ujj megjelenése pedig egyértelműen felhívta a figyelmet a krónikus hypoxiára. A boncjegyzőkönyv egyértelműen bizonyította a szívelégtelenséget. Alföldi doktor ezzel az esettel szerette volna felhívni a kollégák figyelmét arra, hogy mindig gondolniuk kell a kardiovaszkuláris tünetek eredményeire, amikor magas vérnyomást találnak. A béta-blokkolókról szólva elmondta, hogy sokan megkérdőjelezték szerepüket a szövődményes hipertónia betegek kezelésében, mondván, hogy kevésbé hatékonyak, ráadásul számos mellékhatásuk lehet, pl. testsúly növekedés, 2-es típusú diabétesz kockázatának fokozódása. Az Európai Hypertonia Társaság arra a következtetésre jutott, hogy a béta-blokkolók kardiovaszkuláris, preventív szerepe nem tér el érdemben az egyéb antihipertenzív szerektől, ráadásul a harmadik generációs gyógyszerek esetében már nem kell számolni a mellékhatásokkal, így ezen készítmények szerepe felértékelődött.

Bár a blokk címéhez ragaszkodott, mégis speciális témáról szólt **Koller Ákos – Pécsi Tudományegyetem Kórleltani és Gerontológiai Intézet** – akit vélhetően vonzanak a feltörekvő hegycsúcsok, mondjuk a Himalája, de orvos lévén pontosan tudja, hogy a nagy kaland az életébe is kerülhet annak, aki nem készül fel rendesen. Nem is gondolnánk, hogyha fölmászunk például a svájci hegyekbe komoly „stressz” éri

3. Magaslati agyödéma

- A magaslati agyödéma alakul ki!
- Tünetei: kimerítő fejfájás, súlyos fáradtság, látászavarok, a hólyag és a belek elégtelen működése, koordinációs zavarok, féloldali bénulás, gyenge reflexek, mentális zavarok.



Kongresszus



szívünket és egész érrendszerünket, ami többek között a vérnyomás szabályozásában is megjelenik.

Egy hegyet sohasem szabad lebecsülni. Még a Tátrát vagy az Alpokat sem, nemhogy a Himaláját. Nem elég, hogy a hegymászonak muszáj a félelmét kontrollálnia – bármikor jöhet egy lavina, egy szélvihar – ugyanakkor számolnia kell azzal is, hogy szervezete egészen másképpen működik, mint otthon. Sőt! Kiszámíthatatlan, hogy az emberi szervezet hogyan reagál 8600–8700 méteren, de akár 3–4000 méteren is. Illetve az orvos számára kiszámítható. Pontosan tudja, hogy az izgalmas kaland bármikor torkolthat életveszélyes kísérletbe, hiszen az agyműködés és a mozgás is lelassul, amikor az ember a megszokott oxigénmennyiség egyharmadához jut csak hozzá. Sokan ilyenkor nyúlnak az oxigénpalackhoz, de néha ez sem bizonyul jó ötletnek, hiszen gyakran súlyosbodik a merész vállalkozó állapota. Nem véletlen, hogy négyezer hegymászból csak százhatvannak sikerült a Himalája expedíciót oxigénpalack nélkül teljesíteni. Profi hegymászók számára a csúcs megmászása előtti egy hónap csak az akklimatizálódással telik. Akkor hogyan lehetnek egészségesek a serpák, akik eleve több ezer méter magasan élnek a Himaláján? Úgy, hogy ők már akklimatizálódtak. De akik hirtelen, minden előkészület nélkül törnek a csúcsra, egy rövidebb kirándulásba is belehalhatnak. Az ő szervezetük nehezebben alkalmazkodik a magaslati körülményekhez, ezért akut változások alakulnak ki, különösen a szívbetegknél. A legnagyobb gond az oxigénhiány. Fölfelé haladva ugyanis az oxigén egyre nagyobb mértékben csökken, egyre kevesebb jut belőle a vérbe és a különböző szerveinkbe.

Közismert, hogy a tengerszinten belélegzett levegőben az oxigén nyomása jóval magasabb, mint a hegytetőn. Ennek következményei a hiperventilláció, a fokozott szív-érrendszeri reakció, vagy éppen a norepinefrin felszabadulása. A maximális oxigénfogyasztás s ezzel a teljesí-

tőkéesség is csökken, így nagyobb energiát fordítunk arra, hogy az oxigén bekerülhessen szervezetünkbe. A leggyakoribb tünetek közé tartozik az akkut hegyi betegség, a magaslati tüdő-ödéma, és a magaslati agy-ödéma. A hegyi betegség szédüléssel, hányingerrel, hányással, székrekedéssel, a mentális funkciók csökkenésével, étvágy majd testsúlycsökkenéssel jár. Ebben az állapotban alacsony só- és magas szénhidráttartalmú ételek fogyasztása javasolt. Magaslati tüdő-ödéma esetén nagyobb mennyiségű víz halmozódik fel a tüdőben, és vizet tart vissza a vese is. Vigyázat: ez az állapot életveszélyessé válhat!



Magaslati agy-ödémát jelezhetnek a következő tünetek: fejfájás, fáradtság, látászavar, idegrendszeri hatások, koordinációs zavarok. Ha az állapotot nem kezelik, a megnövekedett koponyaűri nyomás kómához, halálhoz is vezethet, a magaslati retina bevérzés pedig – ha a maculában van –, irreverzibilis lehet. Fokozott az anginás roham kialakulásának veszélye is, ezért akinek szívbetegsége van, annak feltétlenül kerülnie kell a magaslatokat.

A magasban nagyfokú folyadékvesztés is jellemző, a hegyi levegő ugyanis elég száraz. A vérnyomás igencsak megnő a kapillárisokban, nő a szívfrekvencia is. A hiperventilláció hatására felborul a testfolyadék sav-bázis egyensúlya. Fokozódik a vörösvértestek képződése is; így a magaslaton élőknek 38 százalékkal több keringő vörös vértestje van, mint egy alacsonyabban élő embernek. Az akklimatizálódás egészséges egyének esetében is legalább néhány hetet vesz igénybe. Hipertóniában és szívbetegségben szenvedők viszont mielőtt a hegyekbe indulnának, mindenképpen beszéljenek orvosukkal. Nem árt emlékezniük Daidalosz és Ikarosz történetére, nem mindig jó, ha az ember túlságosan magasra tör. Könnyen otthagynak a szárnyát, vagy a fogát.

Túri Sándor professzor
hozzászól a magaslati
betegségek témájához

Kongresszus

Akad olyan előadás, amire négyszázötvenen is kíváncsiak voltak. A visszajelzések alapján ez volt az elmúlt időszak egyik legsikeresebb kongresszusa, meséli összegzésében méltán büszkén a Magyar Hypertonia Társaság elnöke. Kiss István kedvenc kongresszusi témájáról, és az általa leginkább favorizált együttműködési lehetőségről is beszél.

Mindenki nagyon kitett magáért...



Az egyszerűség kedvéért kezdjük az első nappal! Mi történt december elsején?

– A Magyar Hypertonia Társaság – hasonlóan néhány más társasághoz – létrehozott egy olyan rendszert, amiben a magasvérnyomás-betegséggel foglalkozó orvosoknak egyfajta licence-vizsgát biztosít. A vizsga letételéhez feltétlenül szükséges, kötelező továbbképző kurzust a kongresszus előtti napon rendezzük meg, általában azokkal a nemzetközi előadókkal, akiket meghívtunk a kongresszusra, illetve, akiket a társaság tiszteletbeli tagjaivá választunk. Ők, valamint a legjobb magyar hipertónológusok adnak elő, az elméletet és a gyakorlatot ötvöző, s a legújabb eredményeket bemutató program keretében.

Hogy tetszett a program a hallgatóságoknak?

– A mostani visszajelzés különösen pozitív, köszönhetően az előadók felkészültségének, a témák sokszínűségének, és valószínűleg annak is, hogy a továbbképző napot egy olyan kerekasztal-beszélgetéssel zártuk, ahol számos, a hipertónia kezelésének gyakorlati szempontjaival és egyéb aspektu-

saival kapcsolatos kérdés hangzott el, amelyre az ott ülő hazai és nemzetközi előadók egymással is beszélgetve válaszoltak. A továbbképző kurzus, ha lehet így fogalmazni, „hosszú és kemény menet volt”, reggel tíztől este fél hatig tartott, de az érdeklődés egy percre sem lanyhult. Az előadások-beszélgetések szinkrontolmácsolással valósultak meg, így mindenki élvezhette az idegen nyelvű előadásokat, s a külföldi előadónak sem maradt idejük unatkozni.

Végiglapoztam a programfüzetet, és a kongresszus egyik napjára magam is ellátogattam, bevallom, meglepődtem a számtalan előadás és szimpózium láttán. Hogy tudtak ennyi mindent „bezsúfolni” erre a néhány napra?

– Bízunk abban, hogy az előadók betartják az előre meghatározott időtartamot, és ez szerencsére így is volt! Összesen több mint százharminc előadás hangzott el, ennyi embert és prezentációt kordában és mederben tartani nem könnyű feladat, pláne, hogy a tavalyi és az azt megelőző évhez hasonlóan ez alkalommal sem rendeztünk párhuzamos programokat, egyszerre mindig csak egy előadás zajlott, hogy a senkinek ne kelljen lemondania egyetlen szimpóziumról sem, egy másik javára. Ezzel együtt minden a tervek szerint alakult, és az időkorlátokat mindenki komolyan vette.

Mekkora volt az érdeklődés?

– Maga a kongresszus csütörtökön kezdődött, s mint mindig, három napon át tartott. A rendezvényre összesen nyolcszázán regisztráltak, átlagosan kétszázötven-háromszázötven ember tartózkodott a teremben, de akadt olyan előadás, amelyre négyszázötvenen voltak kíváncsiak, s az eddigi visszajelzések alapján a mostani volt az utóbbi tíz év egyik legjobb kongresszusa. Színvonalas szakmai fő témákból s a hozzájuk kapcsolódó szimpóziumokból lehetett „csemegézni”, melyek közül mindegyik szervesen illeszkedett a hipertónia kezelésének kérdéskörébe. Nagy sikert aratott a főként fiatal orvosok által prezentált több mint ötven szabadelőadás is, melyek során az ország különböző részein működő hipertónia-műhelyek munkáival ismerkedhetett meg a hallgatóság. **Honnan tudják ilyen pontosan, hogy melyik program milyen fogadtatásra talált?**

– A résztvevőkkel minden évben kitöltetünk egy kérdőívet, ez a feltétele annak, hogy megkapják a jelenlétüket tanúsító regisztrációt. A kérdőívben minden egyes előadásról felteszünk öt kérdést arra vonatkozóan, hogy az adott előadás mennyire volt érthető, hasznos, milyennek találták az előadó stílusát, modorát, a prezentáció minőségét. Ezt a visszajelzést nagyon komolyan vesszük, az eredményeket összesítjük, és felhasználjuk a soron következő kongresszus szervezésekor. Például, ha valakiről kiderül, hogy a közönség „azt sem érti, amit kérdez”, akkor legközelebb valószínűleg lekerül az előadók listájáról.

Mi alapján határozzák meg a kongresszus tematikáját?

– Vannak előre kijelölt, általában a társasági tagok által javasolt főtémák, amelyek közé időről időre újakat is beemelünk, hogy ne mindig minden téma ismétlődjen. Ide tartoznak azok a határterületek is, amelyeken más társaságokkal együtt dolgozunk, például a szemészet, az ideggyógyászat, a vaszkuláris neurológia. Tavaly a tüdőgyógyászatra esett a választás, a Pulmonológia Társasággal fogtunk össze, a hipertónia és a COPD összefüggései kerültek előtérbe. Egy tüdőbetegség bizony nagyon komoly kardiovaszkuláris kockázati tényező, és a hipertónia kezelhetőségét is nagymértékben rontja, ha fennáll a COPD, éppen ezért közös utat kell találni a szűrés és terápia vonatkozásában egyaránt.

Mondjon néhány, évről évre visszatérő témát!

– Ide tartozik a kockázatbecslés, a stroke, a hipertónia és a diabétesz kapcsolata, a Szív- és Érendszeri Nemzeti Program, ezen belül a Hypertonia Társaság által vezetett „Éljen 140/90 alatt!”, vagy az Érv Program. Tavalyelőtt rajtolt a krónikus stresszt és annak ártó hatását bemutató előadássorozat, mely természetesen a mostani kongresszuson folytatta útját. Érdekesek voltak az apróbb területekre fókuszáló előadások is, például, a kockázatbecslés módszerének megváltozásáról, a centrális vérnyomásmérés lehetőségéről és különböző gyógyszerekkel történő befolyásolásáról, vagy éppen a telemedicinális alternatívákról. Ugyancsak szó esett a nők és a hipertónia „kapcsolatáról”, a gyermekkori kockázatbecslésről, és a gyógyszerek pleiotróp hatásainak gyakorlati jelentőségéről.

Nekem nagyon tetszett a poszterséta, és feltűnt, hogy egy-egy előadás témája visszaköszön a posztereken.

– Igen, újdonságnak számított, hogy több főtémánknak egy-egy kiemelt előadását bemutattuk poszteren is. Ott van például a Nemzeti Sócsökkentő Program, a „Stop Só”, amellyel az előadáson és a poszterséta alkalmával is megismerkedhetett a közönség. Ez a „duplázás” azért hasznos, mert az is, aki esetleg lemaradt egy előadásról, három napon át megtekinthette a posztert, ezzel tulajdonképpen bepótolhatta a mulasztást.

Ez valóban jó ötlet! Látom, hogy igyekszik mindenről szót ejteni, van még valami, amit mindenképpen kiemelne?

– Nem maradhat ki a sorból a szakdolgozói fórum, amelyen a hallgató és felkészítője együtt jelent meg. Esszenciális a szakdolgozók továbbképzése, éppen ezért két évvel ezelőtt elkezdtük aktívan támogatni a háziorvosi rendelőkben, valamint a szakambulanciákon dolgozó szakasszisztensek, szakápolók továbbképzését. A célunk, hogy egy kockázatbecslést, egy boka/kar index mérést, vagy akár egy kardiovaszkuláris SCORE táblázat-kitöltést minden további nélkül el tudjanak végezni, magyarul, hogy minél nagyobb kompetenciával, minél több készséggel rendelkezzenek, és szerezhessenek egyfajta licence vizsgát arról, hogy a hipertónia ellátásának minősített szak-asszisztensei. Ezt építgetjük, s úgy tűnik, el fogunk tudni indítani egy szakképzést a Semmelweis Egyetemen, egyelőre tanfolyamként, de bízunk benne, hogy a későbbiekben akkreditált kép-

zési formában. Az eddigi tapasztalataink kecsegtetőek; a Hipertónia Társaság által szervezett oktatáson általában három-négyszáz szakápoló/szakasszisztens vesz részt. Pályázatot is ki szoktunk írni, idén több mint háromszáz beadott pályamunka közül választhattuk ki a három legjobbat és az első helyezett előadás formájában bemutathatta pályaművét a kongresszuson.

Ez bizonyára nem utolsó motivációs szempont a szakdolgozók számára! Bár érzem, hogy a program minden egyes momentumára közel áll Önhöz, mégis megkérdezem, volt kedvenc előadása?

– Nehéz helyzetbe hoz, az én szívemhez mindegyik hozzánőtt, mindenki nagyon kitett magáért, a legfrissebb ajánlások és kutatási eredmények kerültek terítékre. Ha muszáj válaszolnom, akkor két dolgot emelnék ki, de csak azért, mert mindkét kezdeményezésben aktív szerepet játszottam. Egyrészt, az OÉTI-vel karöltve a Magyar Hypertonia Társaság motorja a Stop Só programnak, másrészt, ahogy említettem, elindítottunk egy különálló szakmák közötti közeledést, tavaly a Magyar Tüdőgyógyász Társasággal. Ennek eredményeképpen az összes hipertónia ellátó helyen COPD-re is szűrni fogunk, és ha kiszűrtünk valakit, egy ötkérdéses nemzetközileg validált teszt alapján, akkor az illetőt tovább küldjük a pulmonológusokhoz. Ez nem kis dolog, és azt gondolom, nem pénz, sokkal inkább elhatározás és jó meglátás kérdése, hogy felfedezzük az ehhez hasonló réseket, és igyekezzünk kitölteni azokat.

Bulla Bianka



Egy kedves eseményre is sor került a kongresszuson, hiszen Krzysztof Narkiewicz, az Európai Hypertonia Társaság elnöke és Luis Martins, a Portugál Hypertonia Társaság korábbi elnöke a Magyar Hypertonia Társaság tiszteletbeli tagjai lettek. A tiszteletbeli tagságot szimbolizáló oklevelet, és mellé egy üveg finom bort a hivatalos megnyitón, december 2-án kora este nyújtott át a tiszteletbeli tagoknak Farsang Csaba a Nemzetközi Továbbképző Kurzus társelnöke. Ismerkedjenek meg az MHT új tagjaival.

A hipertónia elleni küzdelem élharcosa

Orvosi pályája kezdetétől foglalkozik a szív- és érrendszeri betegségek, illetve a magas vérnyomás gyógyításával, megelőzésével – mondta el lapunknak az Európai Hypertonia Társaság elnöke. Krzysztof Narkiewicz belgyógyász professzor a Gdansk Orvostudományi Egyetem Hypertónia és Diabétesz tanszékének vezetője kezdetben tanácsadója, titkára, majd elnöke lett az európai szakmai testületnek. Mint a szervezet első számú vezetője, több éve igyekszik megtenni azért mindent, hogy hatékony tudományos programok jellemezzék a társaságot, és hogy valódi nemzetközi összefogás segítse a hipertónia elleni küzdelmet.

„Előrejelzések szerint 2025-re 60 százalékkal nő a hypertóniások száma, a világ felnőtt lakosságának 29 százaléka szenved ebben a betegségben, azaz több mint másfélmilliárd embert érint a hipertónia. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) felmérése szerint 7,6 millió váratlan halál kialakulása függ össze a magas vérnyomással” Ahogyan a kongresszuson Szegedi János nyíregyházi belgyógyász, nephrológus előadásában hallhattuk a megdöbbentő számokat, kell a nemzetközi összefogás, meg a küzdelem is.

Narkiewicz professzor néhány hónapja részt vett az Amerikai Hypertonia Társaság évi tudományos ülésén. Újsághírek szerint a tanácskozáson nagy vita volt arról, érdemes-e dollármilliókat fordítani arra, hogy genetikailag vizsgálják a magas vérnyomás kialakulását, esetleges öröklődését. Az egyik végletet Theodore Kurtz, a Kaliforniai Egyetem professzora képviselte; szerinte nem sok mindenre jöttek rá a kutatások során. Úgy véli, még a fejlett technológiai módszerektől sem várható el, hogy kimutassák a genetikai összefüggéseket. A Glasgowi Egyetem munkatársa, Anna Dominiczak elismerte, hogy a vártnál sok-

kal kisebb eredményt értek el, de ez azért van, mert a hipertónia „sokkal összetettebb”, mint más betegségek. Vajon a vitában hogyan foglalt állást az európai társaság lengyel elnöke?

„Szerintem remek vita volt. Lehet, hogy tíz éve nagyobb várakozásokkal indultak a kutatások, de az tény, hogy lépésről-lépésre előbbre jutunk, és van bizonyos haladás. Az a véleményem, hogy folytatni kell a genetikai vizsgálatokat. Talán a módszereinken lehetne némileg változtatni, de így is elképzelhető, hogy csak húsz év múlva tudjuk az eredményeket a klinikai gyakorlatban felhasználni; ez a dolog természetéből adódik” – mondja az EHT elnöke.

A budapesti kongresszuson igazán sok szó esett a sózásról, és tragikus hatásairól, hát rákérdezek a lengyel főzési szokásokra.

A professzor elismeri: nemzeti konyhájuk sem épp arról híres, hogy kevés sót használ. „Én és a családom próbálunk az intelmeknek megfelelően táplálkozni, lehetőleg friss, és nem előre készített ételeket eszünk” – mondja.

Az emberek többsége úgy gondolja, hogy só nélkül nincs íze az ételnek.

– Ez nem igaz. Létezik egy sereg fűszer, amely kiválthatja a sót, csak tudatosan kell őket használni. A lengyelek valóban sok sót használnak a konyhában, nagyjából annyit, mint a magyarok. Épp ezért kezdtünk jó egy éve egy olyan felvilágosító kampányba, mint a magyar Stop só! Fontos, hogy az emberek tisztában legyenek a nátrium klorid káros hatásaival, de a portugál példából is okulva legfőképpen mi is szeretnénk rábírni az élelmiszeripart a sótartalom csökkentésére.

Milyen eszközeik vannak erre?

– Együttesen kell bevetnünk a széleskörű propagandát, a politikusok bevonását, a kormányzati intézkedéseket, s partnerré kell tennünk a vállalatokat az egészséges élelem előállításában. Az biztos, hogy határozott fellépésre és nagy kitartásra van szükség Lengyelországban is.

Aki törvényt módosított Portugáliában

A túlzott sófogyasztás elleni küzdelem nemzetközileg ismert és világszerte elismert harcosa – vagy inkább hadvezére – a Portugál Hypertonia Társaság korábbi elnöke: Luis Martins professzor. Ha előadóként nem vett volna részt a december eleji budapesti tanácskozáson és továbbképző kurzuson, talán interjú sem készülhetett volna vele, mert állandóan utazik, hogy eleget tegyen a meghívásoknak, s megossza másokkal módszereit, illetve tapasztalatait.

Azzal kezdem, hogy mi volt a döntő indíték ahhoz, hogy belekezdjen a só elleni kampányba? Egyetlen szóval válaszol: a stroke. Aztán kérdéseket sorol. Miért van annyi a szélütés, miért kapnak oly sokan agyvérzést a családban, miért magas a szélütéses halálesetek oka Portugáliában? – ismételte munkatársaival újra meg újra, és széles körű kutatómunkába kezdett szakmabeli segítőtársaival. Rengeteg vizsgálat, felmérés, elemzés erősítette meg, hogy a túlzott sózás a bűnös. A professzor tisztában volt azzal, hogy a felvilágosítás, a média és a politikusok támogatása nélkül nem boldogul. Különösen nem egy olyan országban, amelynek nemzeti eledele a sózott tökehal, s ahol egymagában a kenyér tartalmazza a szervezetbe jutó só egyötödét. A kutatások eredményeinek felmutatását, a szakmai támogatás megszerzését tehát tudatos, következetes és jól felépített kampányok követték az utóbbi években.

„Nem vagyok fundamentalista – hangsúlyozza a professzor. – Nem próbálom betiltatni a tökehalevést, csak arra igyekszem felhívni a figyelmet, hogy az emberek legyenek mértékletesek. Ha az élelmiszereket felcímkézik, ha a fogyasztók látják, mennyi só van a kenyérben, maguk hozzák meg a jó döntéseket. És ha valamely termék fogyasztása csökken, a gyártók is levonják a következtetéseket: mivel a zsebükre megy a dolog, azt fogják tenni, amit szeretnénk.”

Miután a kormányra nem számíthatott, Luis Martins parlamenti politikusokat nyert meg az ügynek, nyilvános képviselői reggeliket szervezett, bevetette a tévét, és végső soron az ő kezdeményezésére született törvény is a só felhasználás korlátozásáról. A jogszabály előírja, hogy az élelmiszerekben nem lehet több 14 gramm sónál kilogrammonként. „Állandóan ébren kell tartani a média figyelmét, és legalább kéthavonta hatásos üzeneteket kell közvetíteni a társadalomnak” – avat be egyik bevált módszerébe a professzor. Példáját Finnországban és Franciaországban is követik, és számos előadást tartott azokban az afrikai országokban, amelyek egykor Portugália gyarmatai voltak. „Ha az orvosok másutt is szeretnék meggyőzni az embereket, úgy kell fellépniük, mint a politikusoknak. Ahhoz viszont, hogy megszerezzék a politikusok támogatását, szükség van a sajtóra, a médiára” – tanácsolta kollégáinak Martins professzor.

Mielőtt azt gondolnák, hogy Don Quijotéval beszélgetek, tájékoztatom Önöket arról, hogy szó sincs róla, Martins doktor nem vív szélmalomharcot. A megkérdezett portugálok 44 százaléka mondta azt, hogy az utóbbi négy év során valamennyire csökkentette só fogyasztását, a lakosság egynegyede pedig jelentősen visszafogta magát.

Nem tart attól, hogy ha a gyerekek kevesebb sós ételt fogyasztanak, több édességet esznek?

– Nem. Már csak azért sem, mert nem folytatunk „tiltott gyümölcs” politikát, viszont különféle ötletekkel elértük, hogy egyre több iskolában csak a mi Életkenyerünket eszik. Szövetségre léptünk a Portugál Pékek Kamarájával, sőt, ennek a sószegény kenyérnek a receptjét ők dolgozták ki; mi a szakmai részt vállaltuk, valamint az egészséges pékáru népszerűsítését. Igyekszem együttműködni a helyi politikusokkal, megyei vezetőkkel, s az ország mind több körzetében, lépésről-lépésre haladunk előre. Van egy közmondás: csirke nem úgy lesz, hogy feltörük a tojást, hanem hogy kikeltik.



Martins doktor akkor kezdte kidolgozni a programját, amikor azt tapasztalta, hogy micsoda nyilvánosságot kap a magas koleszterinszint problematikája, de az ételek túlzott sózása szóba sem kerül. Az utolsó csepp a pohárban az volt, amikor egy televíziós csatorna bejelentette, hogy a joghurt rendszerben tartja a vérnyomást, minek utána a páciensei rendre abbahagyták a gyógyszerek szedését. Tekintve, hogy Portugália a szélütéses elhalálozás terén az elsők közt van Nyugat-Európában – s ez kétszer több, mint a koszorúermegetedések száma –, a professzor és kollégái határozott lépésekre szánták el magukat. Első vizsgálatuk során kiderült, hogy az átlag portugál a kívánatosnál kétszer több sót fogyaszt el naponta. A következő meglepetést az okozta, hogy a portugál kenyerek ötven százalékkal több sót tartalmaznak, mint hat más európai országban. Ezért az akcióprogram zászlajára a kenyeret „tűzték”. A kutatók úgy gondolják, hogy ha csak 1 grammal is kevesebb sót esznek az emberek naponta, évente 2500 emberéletet mentenek meg a tízmilliósi országban.



Mi köze Aszklépiosz szentélyének a klinikához?

Elgondolkoztak már azon, hogy a vándorlás ősi ösztöne több százezer éve mozgatja onnan-ide, és innen-oda az emberiséget? Csillogó szellemességgel közelíti meg szírporkázó előadásaiiban a közlekedési balesetek történetét az emberré válástól napjainkig Nemes György professzor. Hobbija nem véletlen, hiszen sebészként számos új műtéti módszert vezetett be, sőt! Európában először ő végezte el egy közlekedési balesetben sérült férfi csípőízületi arthroszkópos operációját. Beszélgetésünk apropója a Semmelweis Egyetemen tartott előadása: „A közlekedési sérülések- és kezeléseik változása az elmúlt évezredekben.”

Miért is vannak közlekedési balesetek? Mert a helyváltoztatás története egyidős az emberiséggel. A fejlődés egyre gyorsul: 100 millió évvel ezelőtt a gyaloglás, 3000 évvel ezelőtt a vízi jármű, az állati erő, 130 éve a gépkocsi, 100 éve a repülés és 40 éve az űrhajózás is belépett a képbe. Napjainkban egyre erősebb a törekvés, hogy egyre gyorsabban, egyre több embert, utast, árut lehessen mobilizálni, célba juttatni. Nemes doktor szerint a közlekedési baleset „járványnak” is felfogható.

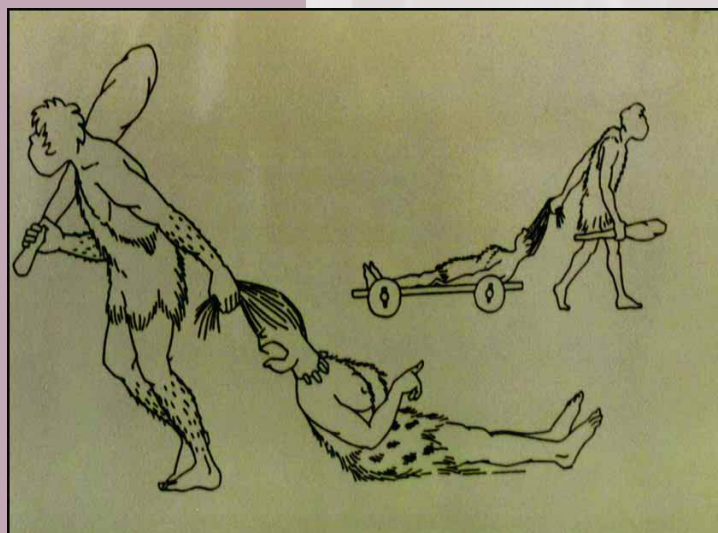
Azt mondja, hogy Krisztus előtt 3000 körül forradalmi változás állt be a közlekedésben: az állatok domesztikálása, a kerék „feltalálása” nyomán. A sumérok Mezopotámiában több darabból összeállított korong kerék helyett, küllőst készítettek. Sőt 6–8 bronzküllős kocsit is. Ló vontatta kocsik esetében a harci kocsik borulásai, keréktörései már közlekedési balesetnek számítottak, de a harapás, a rúgás szintűgy. Tutanhamonnak (Kr.e. 1346–1327) harci kocsis balesete volt, kizuhant, nyílt combcsonttörést és fejsérülést szenvedett, amely elfertőződött, és meghalt. Akkoriban gyakoriak voltak az ilyen balesetek. A sírban talált öltözékek azt is bizonyítják, hogy a király maga hajtotta a kocsit, hiszen előkerült a speciális védőöltözet is.

Kr.e. a VIII. században a harcok során keletkezett sérülések voltak gyakoriak. Homérosz Iliásza 141 sérülést említ. A kezelést a harcosok maguk vagy társaik, ritkán felcserek végezték. A sérültek gyógyítása Aszklépiosz szentélyében történt. Ő a gyógyítás istene a görög-római mitológiában.

Négy gyermeke volt, akik szintén az orvoslásban értek el nagy eredményeket. Makháón a sebészet mestere, Podaleiriosz a belső bajok ismerője, Panakeia a gyógyszerkészítés értője és Hügjeia a közegészségügy patrónája volt. Az igen népszerű istenségnek jellemző attribútuma volt az orvosi pálca, amelyre egy kígyó tekeredett fel. A kígyó vedlésével az újrakezdő testet jelképezte. Ez a pálca ma is látható a gyógyszertárak cégérében.

Aszklépiosz szentélyében a kliné-nek nevezett heverőn végezte templomi alvását a beteg, innen a mai: klinika szó és fogalom.

De váltsunk témát. Tőle tudom azt is, hogy 1517-ben Hans von Gersdorf strasbourgi sebészorvos Tábori könyv a seborvoslásról címmel írt könyvet a sérülésekről. Újdonságként jegyzi meg, hogy a lőfegyverek ólomlövedékétől eredő lágyrészecskék roncsolódása gennyedést okoz, és gyakran amputációhoz vezet. Ugorjunk vagy kétszáz évet! Az 1770-es években a gőzzel hajtott járművek



új baleseti forrást jelentettek. Az első „motorizációs” balesetet 1770-ben, Nicolas-Joseph Cugnot ágyúvontatója okozta, amely felrobbant.

1805-ben a hajóorvosok több száz végtagot amputáltak például a Trafalgári csatában.

Itt a britek összes vesztesége 449 halott volt, míg a franciák és a spanyolok 4000 halottat számoltak össze. Nelson halálos lövést kapott, mely a vállán ment be, majd érintette a tüdejét, a hasüregét. „Halott vagyok” – mondta. Levitték az alsó fedélzetre. Alexander Scott lelkész haláltusa alatt végig mellette volt, és soha nem felejtette el, amit tapasztalt a sebészi munkáról.

Vagy itt vannak a napóleoni háborúk. Napoleon 1812-ben 650.000 katonával indult Oroszország meghódítására. Ugyan elért Moszkváig, de mindössze 1-2 ezer katonával tért haza az iszonyú orosz télből. A vezető halálokok: balesetek, fagyások, járványok. Napoleon sebésze a történelem legnagyobb hadisebésze: Jean Dominique Baron de Larrey (1766–1842) volt. Létrehozta a lóvontatta „repülő mentőt” a sérültek gyűjtésére és elszállítására. Elsőként végzett csípőízületi amputációt. 1815-ben mutatta be az első két hadszíntéren operált gyógyult betegét. A csatatéren amputálta a megfagyott végtagokat, felelevenítette a hippokratészi és római orvosi iskola alkoholos kötését, sőt kámfort is kevert hozzá. Lisztből vagy fehérjéből gyantás anyagot használt a törések rögzítésére, és rajtahagyta a törés gyógyulásáig. A végtagok gipszrel történő rögzítését Larrey javaslatára azóta alkalmazzák. Gyorsan operált, az emlékezések szerint például a borogyinói csata napján – tessék figyelni! – 200 amputációt végzett.

Aki pedig mindezt megosztotta velem, Erdélyben kezdte iskoláit, majd Kőszegen és Budapesten folytatta. 1959-ben az orvosegyetem mellett pályázott a Színművészeti Főiskola díszlettervezői szakára, valamint a Testnevelésire. Az Orvosegyetem elvégzése után több helyen dolgozott. Például az Országos Baleseti Intézetben 28 évig. Később szakképesítést szerzett sebészetből, traumatológiából, ortopédiából.

Gondolom, egy ilyen életútba rengeteg kitérítés is belefér.

– Csak néhány, de legbüszkébb talán a Média-díjamra vagyok.

Á, akkor valahol kolléga... Ami azért sem meglepő, mert annak idején a Csúcsforgalom című rádióműsor állandó szakértőjeként szerepelt. Nyilván köze volt az autókhoz.

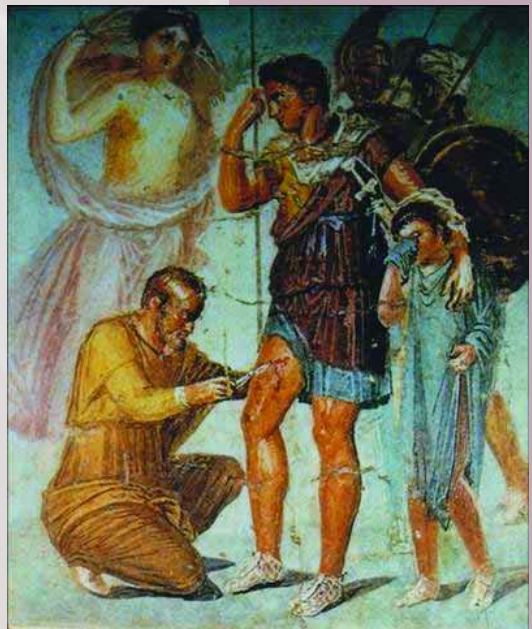
– A Magyar Forma1 egészségügyi ellátását szerveztem 5 évig. Régebben magam is részt vettem az autóversenyeken. De, a barkácsolás, a kertészkedést is szeretem.

A család nagy öröme.

– Így van. A feleségem nyugdíjas reklámmenedzser, a fiam sportriporter. A lányom viszont messzire ment, hogy vadgazda mérnökként Angliában kutyakiképzéssel foglalkozzon.

Nyugdíjban van?

– 72 évesen befejeztem az aktív traumatológiai osztályvezetői tevékenységemet. Végleg visszavonultam szentendrei házukba. De, hetente három magánklinikán azért megtalálható vagyok.





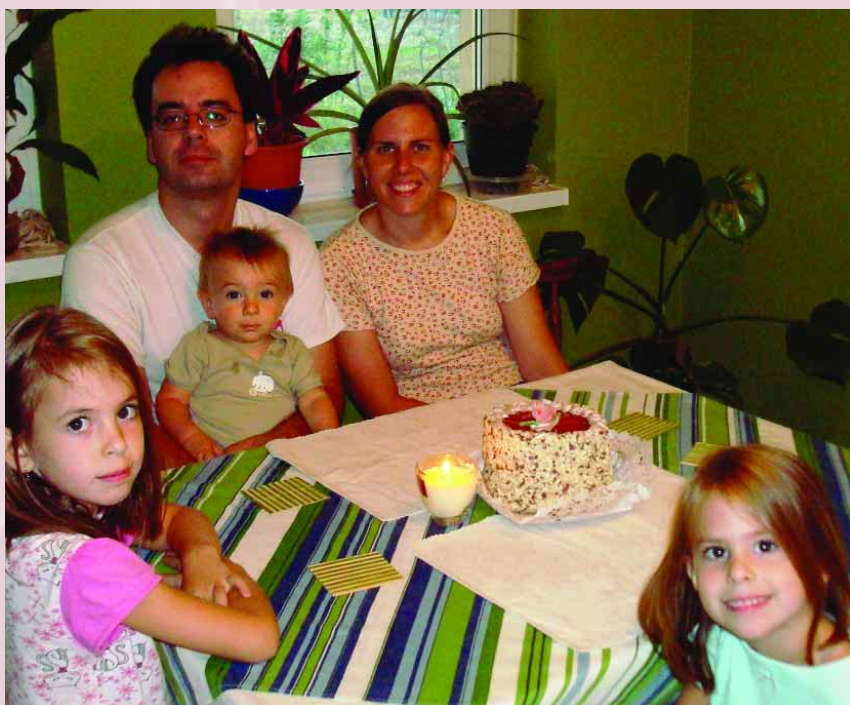
Ahány nyelvet beszélsz, annyi ember vagy - tartja a mondás. Ez orvosi szempontból kiegészíthető azzal a gondolattal is, hogy „ahány szakvizsgád van, annyi ember vagy” – véli Takács Róbert szegedi egyetemi tanársegéd, aki szerint minél szélesebb körű szaktudást mondhat magáénak egy orvos, annál könnyebben tud betegein segíteni.

Róbert a tökéletességre törekszik...

„Véleményem szerint az embernek mindig ki kell tűznie egy határozott célt maga elé. Ezeknek a céloknak minden alkalommal képességei határát kell feszegetniük, mivel így vagyunk csak képesek folyamatosan fejlődni és átlépni korlátainkat.” – vallja a fiatal belgyógyász. Számára az orvosi hivatás gyakorlása folyamatos szellemi frissességet biztosít, mely elengedhetetlen a napi feladatok maradéktalan ellátása szempontjából. A klinikusi munka nem képzelhető el a megszerzett tudás, valamint a kialakult életfilozófia továbbadása nélkül, miszerint az ember örökös tudásszomja szükségessé teszi a folytonos önképzést, valamint az alapkutatásokban való részvételt. Ráadásul más embereken segíteni olyan eufórikus érzés, mely doppingként hatva nap, mint nap új energiával látja el az orvost.

Ez a filozófia a magánéletében is megjelenik?

– Igen. E szerint nevelem a gyerekeimet is, és remélem, hogy ezt az életfilozófiát ők is magukévá teszik majd, ha felnőnek. Szerintem, aki munkájában mindig a tökéletességre törekszik, annak az élet egyéb területein is csak a tökéletesség lehet a célja. Természetesen meg kell találni az egészséges egyensúlyt a belső kényszer és a képességeink adta lehetőségek között. Ha ez nincs jelen, frusztrációhoz vezethet, mely nagyban leronthatja az ember teljesítményét. Ettől szeretném megóvni gyerekeimet is, és mindenképpen csak annyi erőfeszítést kívánok tőlük, amennyit saját maguk is megkívnának önmaguktól. Hogy igazam van-e, arra térjünk vissza húsz év múlva! Egyébként egész életemben vonzódtak a kihívások. Középiskolában, amikor szóba került a pályaválasztás, próbáltam olyan egyetemet választani, mely akkori mércémrel mérve a legnehezebb. Így választottam az orvostudományi egyetemet. Az ott eltöltött évek alatt betekintést nyerhettem az orvosi hivatás szépségeibe, ami aztán igazolta választásom helyességét. A diploma megszerzését követően a Szegedi Tudományegyetem I. sz. Belgyógyászati Klinikáján





kezdttem: belgyógyász rezidensként. A rezidensi időszak után a klinikán töltöttem belgyógyászati szakmai gyakorlatomat, majd 2006-ban szakvizsgáztam belgyógyászatból. A szakvizsga után klinikai farmakológia szakvizsgát, illetve diabetológus és hypertonológus szakképesítéseket szereztem. Most éppen az endokrinológia szakvizsgára készülök. Érdeklődésem középpontjában a cukorbetegség, valamint szövődményeinek vizsgálata, kezelése áll, melyre tudományos munkám is épül. Tudományos aktivitásomat tíz eredeti közlemény, 68 idézhető előadás kivonat, 17 megtartott tudományos előadás, valamint három elnyert tudományos díj fémjelzi. Klinikai farmakológusként számos klinikai gyógyszervizsgálat fő- és alvizsgálója voltam és vagyok. Az endokrinológia szakvizsga megszerzése mellett PhD dolgozatom megvédése a rövidtávú célom, a megszerzett tudást szeretném elmélyíteni.

Említette a gyerekeit. Mekkora?

– Életem értelme a családom. Ha ők nem lennének, a munkámat sem tudnám ilyen színvonalon végezni. Két lányom és egy fiam van, egy Szeged melletti kis faluban élünk. Nagyobbik lányom már iskolás, míg a kisebbik még óvodás. Fiam még csak egy éves; szenteste tette meg az első lépéseket. Ez volt a legszebb karácsonyi ajándékunk. Lakásunk állandóan gyerekzsivajtól hangos, így a hazavitt munkáimat csak lámpaoltás után tudom elvégezni. De szerintem így kerek az élet...

Mint a legtöbb orvos, Takács Róbert is időhiánnyal küzd. Hobbija az olvasás. Azért, mert azzal, hogy átmenetileg eltávolítja a napi rutintól, megakadályozza, hogy kiégjen, érdektelenné váljon választott hivatásával szemben. Szeret még sakkozni – korábban minősített versenyző is volt –, de sajnós ez is „időigényes” sport, így az utóbbi időben egyre kevesebbet játszik. Arra a kérdésre, hogy milyen tervei vannak, nem túl optimistán válaszol.

– Sajnos a mai politikai és gazdasági helyzet nem teszi lehetővé a hosszú távú tervek megfogalmazását. A folyamatos orvos szakmai és tudományos fejlődés egy reális cél, viszont határozott terveim csak a feleségemmel, és a gyerekeimmel vannak. Szeretném, ha gyermekeim teljes morális és anyagi biztonságban nőnének fel, és ha megkérdezik tőlük 20 év múlva, hogy mivel foglalkozik az édesapjuk, büszkén mondassák, hogy orvos Magyarországon.

Vámos Éva



Leprásoktól vett vért Indiában...

Nem tartozik az újrakezdők közé, abból a szempontból biztosan nem, hogy legalább 40 esztendeje a véralvadást kutatja „A kémia a véredben van, mondták az egyetem alatt, én meg erre azt válaszoltam: bár a fejemben lenne” – utal Blaskó György a családjára, amelyben sok vegyész van: édesapja, édesanyja, és az öccse. Egész élete a biokémiai alapokra épült. Mivel a trombózis ma már népbetegségnek számít rendeléseinek percek alatt meghatározza alvadás gátló kezelésben részesülő betegek prothrombin-INR értékét, így a gyógyszerelés, dóziszváltoztatás időkiesés nélkül, azonnal elkezdődhet.

Nem véletlen, hogy az indiai klasszikus zene a kedvence meg az indológia a hobbi, hiszen élete egyik legnagyobb élmény az volt, amikor 1983-ban és 1984-ben közel két évet Indiában tölthetett, mint „visiting professor”. Oktatott, kutatott, előadott. Mielőtt kiment volna, valóságos indológiai tanfolyamot tartott saját magának. Azt vallja, hogy csak úgy érdemes Indiába menni, ha az ember felkészült rá, megismeri a kultúrát, vallást, a filozófiát, az irodalmat, és a zenét. Egyik könyvét a mai napig forgatják arrafelé, a véralvadást tanítják belőle. Talán emlékeznek az ötvenes évek világbotrányát kiváltó készítményére, az elátkozott Contergánra. A kismamáknak felírt pirula több ezer végtaghiányos gyermek születését eredményezte. Noha mindenki azt hitte, hogy a botrányral a thalidomid nevű hatóanyagnak befellegzett, valójában sosem tűnt el. Azóta is több tízezer páciensen alkalmazzák, ugyanis kiderült, hogy a szerrel hatékonyan kezelhető a lepra, amit Blaskó György is megerősített, hiszen indiai tanulmányútja alkalmával a szomszédos laborban leprakutatás folyt. Ő volt a közelben az egyetlen orvos, hát segített vért venni a leprásoktól. De hogy került Indiába?

– Akkoriban sokan akartak Nyugatra menni ösztöndíjjal, én is, de úgy tapasztaltam, hogy Nyugatra utazni nem lenne esélyem. India azért jött szóba, mert a feleségem a szüleivel ott töltött 14 évet, ott is végezte az egyetemet. Az oktatás-kutatás angolul megy, ő hindiül és malájul is jól beszél, emellett persze angolul és oroszul is. Éppen akkor kellett visszamennie szakvizsgagyakorlatra, úgy gondoltam, vele tartok.

- Életének ma is része az indiai kultúra?

– Igen, Debrecenben éppen másfél éve felmerült az ötlet, hogy indítsuk el a régi indiai medicina oktatását. Én készítettem el a tantervet, ami nem volt egyszerű, hiszen az ayurvéda hivatalos nyelve a szanszkrit, még angolra is csak egy része van lefordítva. Végül is összeállt, és már csak a hivataloktól függ, mikor indulhat. -

Életrajzához tartozik, hogy korábbi munkahelyein széleskörű tapasztalatokat szerzett az új gyógyszerek bevezetése, alkalmazása terén, amit később egy nemzetközi gyógyszercég orvos igazgatójaként a másik oldalról is tovább kamatoztatott. Jelenleg is oktat, tanszékvezető a Debreceni Egyetemen. A betegekkel való foglalkozást soha nem hagyta abba, mert meggyőződése, hogy reális kép a hazai viszonyokról csak a betegeken keresztül nyerhető és az ő érdekük felülír minden más szempontot.

„Az egyetem alatt négy évig a Straub F. Brúnó Orvosi Intézetben dolgoztam, 1972-ben pedig az Orvostovábbképző Intézetbe kerültem, mert Pálos Á. László professzor munkatársat keresett, akinek jók a biokémiai alapjai, és odavett kutatónak. Ideális munkahely volt: egyszerre lehetett gyógyítani, oktatni és kutatni, és ha az egyikből kicsit sok volt, mindig lehetett a másik terület felé fordulni. Szerencsém volt, mert a klinikán az egyik legjobb belgyógyász, Egedy Sándor tanított, a tudományos munkába való „betanulásomat” pedig Sas Géának és később főleg Mahovich Raymundnak köszönhettem. A véralvadás biokémiájával és a trombózissal foglalkoztam. Megszereztem a

szakvizsgát belgyógyászatból, klinikai farmakológiából és gasztroenterológiából is. Itt kandidáltam és készítettem el félig a nagy doktorimat, amit aztán a Szent Imre kórházban fejeztem be.”

Eddig is szép pályafutásról beszélhetnék, de még csak most jön a java: Blaskó Györgyöt kinevezték a Chinoin gyógyszergyár orvos igazgatójának, ebben a pozícióban dolgozott 12 éven át. Vajon hogyan lett orvos igazgató?

– Nagyon egyszerűen, véralvadáshoz értő szakembert kerestek. Életemnek ez a korszaka 1994-től 2006-ig tartott. Benne voltam abban a csapatban, amely megalapította Magyarországon a farmako-vigilanciát; ez gyógyszeripari éberséget jelent, a mellékhatások kezelésével foglalkozik. Eközben oktatni is kezdtem és mint orvos igazgatónak egészségpolitikával is kellett foglalkoznom: számos szervezettel kellett tárgyalnom, és szakmai anyagokat készítettem az igazgatóságnak.

Hogyan lett vége?

– 2006-ban jött egy fiatalítási hullám, ennek keretében új, a marketinghez jobban értő, és nálam fiatalabb orvos igazgatót neveztek ki. Akkor már több éve tanítottam a debreceni egyetemen gyógyszeripari menedzsmentet és szervezést, 2006-ban pedig megbíztak és elvállaltam a tanszék vezetését. E mellett két európai bizottságban – ECRIN és EMTRAIN – is dolgozom szakértőként. Előbbi a nem a gyógyszergyárak által szponzorált klinikai vizsgálatokkal foglalkozik, utóbbi pedig olyan szakemberek – például a safety officer – képzésével, akik nagyon fontosak az egyes országok számára, de nagyon kevés kell belőlük. Több helyen vagyok szakértő – például az OGYI-ban –, és tagja vagyok a Egészségügyi Tudományos Tanácsnak. Emellett hetente egyszer rendelek a Szent Imre Kórházban. –

A vér alvadásának kutatása az utóbbi évtizedekben igen sokat fejlődött. Nemcsak a belgyógyászok, hanem a kardiológusok és a neurológusok is „rákényszerültek” a korszerű ismeretek elsajátítására, mert a szakterületükön előforduló népességügyi szempontból leggyakoribb betegségek – mint pl. a szívizom infarktus, agyi trombózisok – kialakulásában megfigyelhető az alvadási-, és a vérlemezke rendszer kóros működése. Blaskó György évtizedek óta látogatja az ország kórházait, tartja előadásait és próbálja felhívni a terület fontosságára kollégái figyelmét. Két-szer két évig volt elnöke a Magyar Thrombosis és Haemostasis Társaságnak. Professzor társaival együtt elszántan dolgoztak azért, hogy az orvosok gyakrabban gondoljanak az alvadásgátlás bevezetésére, hogy csökkenjen a halálos tüdőembóliák, infarktusos és központi idegrendszeri halálozások száma.

Gyerekei követték pályaválasztását?

– A fiam pr-ből és kommunikációból diplomázott, most egy angol cég munkatársa, reklámfilm-producerként. A lányom molekuláris biológus, nagyon tehetséges, három év alatt megszerezte a PhD-t, de most átmenetileg klinikai vizsgálati monitorként dolgozik. Van két unokám, de ők még kicsik, általános iskolások, nem tudni, mi lesz belőlük.

Mi az, amit még szeretne elérni az életben?

– Szívesen segítenék rendbe hozni azt a jelenleg kusza rendszert, amit egészségügynek neveznek. Orvos igazgatóként sok olyan tudományos, ipari és egészségügyi tapasztalatot gyűjtöttem, amit jól tudnának hasznosítani az egészségpolitikusok. A támogatási rendszer átdolgozásra szorul. A gyógyszerárak nagyon magasak – a generikus rendszert jobban ki kellene terjeszteni –, a támogatási szintet nem lehet csökkenteni, pedig most már eljutottunk abba a helyzetbe, amikor senkinek nincs pénze.

Vámos Éva

Blaskó György fia és unokái





Ablonczy László egy barátságos, mosolygós fiatalember, aki olyasfajta nyugalmat áraszt magából, hogy az ember azt gondolná, valami könnyed, stressz-mentes szakmában tevékenykedik, ahol minden csupa „játék és mese”. Tény, hogy derűs beszélgetőpartnerem az édesapák és édesanyák legféltettebb kincseit vigyázza, de az ő esetében a mesének helye nincs, hiszen a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet Gyermekszív Központjának orvosa, a gyermek szívtranszplantációs-program koordinátora, és a gyermekkori műszív-programot irányító munkacsoport tagja.

Mindig előre kell menekülni!

Mikor döntöttél a gyermekgyógyászat mellett?

– Mindig is szerettem a gyerekeket. A sebészet nem vonzott, inkább a belgyógyászat, azon belül pedig a gyerekek korosztálya – adta magát a gyermekgyógyászat. A gyerekekkel egyszerűbb, szerintem. Annak ellenére, hogy az a korcsoport, amelyikkel én kezdtem – koraszülött intenzív-osztályon dolgoztam öt évig –, nem beszél, mégis sokkal könnyebb velük; csak akkor jelentkeznek, ha valóban panaszuk van. Igaz, amikor családja lesz az embernek, akkor nehezebbé válik a munka, mert óhatatlanul megérinti a lelkünket.

Milyen érdekes, hogy pont azokat könnyebb kezelned, akik még nem tudják szavakba önteni a problémáikat... Öt évig a legkisebekkel foglalkoztál. Mi történt azután?

– Eldöntöttem, hogy megpróbálkozom a gyermekkardiológiával. Éppen akkor volt váltás a budapesti Gyermekszív Központ élén, amikor '97-'98-ban a fővárosba jöttem, így aztán én voltam az első olyan képzendő orvos, aki egy új, holland szisztéma szerint kezdett el tanulni. A fél éves gyermek-kardiológiai képzés másfél évre emelkedett, továbbá egy év alatt ezer ultrahangot meg kellett csinálni, és ügyelni is sokkal többet kellett. Magasabbak lettek a követelmények, szigorúbb a képzés, nagyobb teher nehezedik a résztvevőkre, de a végeredmény szempontjából én ezt nagyon hasznosnak tartom.

Volt már családod, amikor Budapestre költöztél?

– Igen, jött velem a feleségem és az akkor hathónapos lányom. Rengeteget költöztünk; összesen nyolcszor vagy kilencszer, már nem is emlékszem pontosan. A képzés ideje alatt albérletekben laktunk, a szakvizsga előtt egy évvel pedig adódott egy lehetőség, hogy Németországba menjek dolgozni egy évre. A nagyobbik lányom, aki minden egyes költözést átélte, két és fél éves korában, amikor beléptünk egy újabb albérletbe, rezignáltan csak annyit kérdezett: „Na, melyik lesz az én szobám?”

Bájos lehetett! Végül elvállaltad a németországi felkérést?

– Igen, pedig egyáltalán nem tudtam németül, a kiutazás előtt két hónappal kaptam észbe, és igyekeztem minél több nyelvtudást magamba szívni. Egy évig éltünk Hamburgban; a feleségem, a lányom, és a fiam, igaz, ő az első hónapokat az anyukája pocakjában töltötte. Hamburg lenyűgöző város, sajátos mikroklímával, tiszta levegővel, kitűnő természeti adottságokkal. Annyit bicikliztem ott, mint azóta egész életemben... Hamburgban még a professzor is biciklivel jár. Ráadásul szakmailag rengeteget profitáltam: az osztályon, ahová kerültem, híres szívsebészek dolgoztak, a világ különböző tájairól. Nagyon jó iskola volt.

Mikor indult a hazai gyermekszív-transzplantáció?

– 2003-ban részt vettem egy amerikai kongresszuson, bennem ott kezdett el motoszkálni a gondolat. A főnököm kezdettől fogva pártolta a dolgot, és atyai módon támogatott engem. Sok gyereket veszítettünk el cardiomyopathiában, de transzplantáció nálunk nem volt, nyugatra pedig nem tudtuk kiküldeni a kicsiket, mert nem fogadnak beteget olyan országból, ahol nincs utógondozás. Évente 6–10 gyerek haldoklását kellett végignéznünk, szörnyű volt. Beszéltem néhány berlini orvossal, akik azt mondták, olyan központban érdemes „tapogatózni”, ahol gyermek és felnőtt transzplantációt egyaránt végeznek, mert a legnagyobb centrumban is maximum 15–20 gyermekszív-átültetésre kerül sor évente. 2006-tól egy éven át főállásban dolgoztam a berlini műszív-központ felnőtt transzplantációs osztályán, illetve ügyeltem egy felnőtt szívsebészeti osztályon. Évi 80-90 szívtranszplantáció, 150 műszív-beültetés, 1500 transzplantált beteg gondozása – ilyen nagyságrendek jellemezték a központban zajló munkát – megint csak rengeteget tanultam.

A tapasztalatok birtokában részt vett a hazai gyermek szívtranszplantációs rendszer kialakításában és felépítésében, aminek Magyarországon addig semmiféle előzménye nem volt. Az Országos Kardiológiai Intézetben 2007-ben végezték az első szívatültetést, 2008-ban pedig kezdetét vette a gyermek műszív-program, ami azért érdekes, mert nincs még egy olyan ország, ahol a gyermek-program megelőzte volna a felnőttét.

„Nagyon büszkék voltunk és vagyunk arra, hogy nemcsak elindítottuk a gyermek-szívtranszplantációt, hanem magunkkal húztuk a műszív-programot is. Nagy siker volt akkor és most is az, igaz, mára már rutinná vált”

Érzelmileg távol tudod magad tartani a beteg gyerekektől?

– Ez rendkívül nehéz, pláne úgy, hogy nekem is vannak gyerekeim, de muszáj megpróbálni! Létezik ennek egy olyan modellje, ami Magyarországon kevésbé jellemző, hogy tudniillik, forgórendszerben látják el a betegeket, vagyis; mindig más kezeli őket. Így aztán nem alakul ki szoros orvos-beteg kapcsolat. Nyugat-európai országokban, például a szüléset területén teljesen természetes, hogy nem az vezeti a szülést, aki előtte a terhes gondozást végezte. Ennek a rendszernek is van jó és rossz oldala egyaránt, hiszen kevésbé meghiúsult az orvos-beteg kapcsolat, viszont sokkal védettebb az orvos. Minél jobban hozzájárulunk a beteghez, annál nehezebb elveszíteni valakit. Márpedig ez sajnos előfordul.

A családotod hogy bírja a „gyűrődést”? Gondolom, sokat vagy tőlük távol.

– A gyermekkardiológiában dolgozó szakorvosok közül szinte mindenkinek – még azoknak is, akik adott esetben az ország legjobbjai a szakterületükön – két-három munkahelye van. Ez teljesen abszurd! Azért, hogy azzal foglalkozhassanak, amit szeretnek, dolgoznak inkább még máshol is. Én sem vagyok kivétel, szokták is mondani, hogy a feleségem egy egyedülálló nő egy férjjel és három gyerekkel... Hét közben sajnos alig látom a családomat, de hétfőig igyekszem pótolni a „hiányosságokat”, olyankor kirándulunk, biciklizünk, jövünk-megyünk. A feleségem nagyon rugalmas, szó nélkül csinálta végig a költözéseket is. Az állandó környezetváltással járó herce-hurca persze csak az érem egyik oldala, hiszen a gyerekeim egy ideig Berlinben jártak iskolába, illetve óvodába, a nagyobbik lányom akcentus nélkül beszél németül, erre roppant büszke vagyok. Sok mindent tanultak, többek között azt, hogy sok, különböző típusú életvitel létezik, és a pozitívumokat jól be lehet építeni a saját életünkbe. –

Elve az állandó tanulás, a folyamatos továbbképzés, ezért 2008-ban Torontóban is eltöltött egy hónapot egy observership keretében a világ egyik legnagyobb gyermekkórházában, a Hospital for Sick Children-ben, amit nyugodtan lehet a szakma csúcsának minősíteni.

„Alapvető fontosságú, hogy folyamatosan tovább képezzük magunkat, mindegy, hogy mennyi idősek vagyunk, vagy milyen régóta foglalkozunk valamivel. Ebben nagyon jók a nyugatiak, ők nem hagyják abba a tanulást. Nálunk ez többnyire hiányzik, miután elérték egy bizonyos színvonalat, sokan hajlamosak megelégedni vele. A továbbképzésre nem azért van szükség, hogy az ember a tekintélyét öregbítse, hanem hogy hozzátegyen valamit a közösséghez, a közös eredményekhez.”

Őszintén kívánom, hogy a gyermek-kardiológia területén váljanak egyre értékesebbé ezek a közös eredmények! Ha össze kellene ha-



sonlítanod a magyar és egy nyugati szívközpontot, mit mondanál, mi a legnagyobb különbség?

– A torontói kórházban évi 800–1000 gyerek szívműtétet végeznek, nálunk körülbelül 500-at, csakhog; míg ott a sebészekon kívül 60 orvos dolgozik, mi tizenegynéhányan vagyunk... Máshol is ez a jellemző, egy nyugat-európai kórházban legalább kétszer annyi az orvos, mint nálunk. Ez egyszerre előny és hátrány, hiszen bizonyos szempontból jobbak vagyunk, más tekintetben viszont nem tudjuk őket utolérni. Ahogy a főnököm szokta mondani; előre kell menekülni. Akkor is, ha nehéz. Sok mindenen lehet változtatni, ez nem kizárólag pénz kérdése. Olyan célokat is elérünk, amelyekre a környezetünkben csak legyintettek. Ha kitartó vagy, és egy adott dologra sok energiát fordítasz, az egy idő után működni kezd, legyen szó akár a munkáról, akár a magánéletéről.

Bulla Bianka



Herczeg Béla négy gyerek édesapja, és feltűnően érti a borok „nyelvét”. Nem lehet azt állítani, hogy „csapodár” fajta lenne. Pályáját a szolnoki Hetényi Géza Kórházban kezdte, és megszakítás nélkül ott dolgozik ma is: kardiológus főorvosként. Pontosan tudja: nem mindegy, hol kap infarktust az ember. Ha Jász-Nagykun-Szolnok megyében, még mázlija is van, hiszen 1 óra alatt elérhető a Hetényi kórház. Ez pedig jobb az országos átlagnál, de még a dél-olaszországinál is!



Szív, színház, bor és magyarság...

Gyakran jár Pestre?

– A fontos konferenciákat Budapesten tartják, kénytelen az ember alkalmazkodni. Pestet, annak ellenére, hogy szülővárosom, a most kialakult viszonyok alapján nem tartom élhető városnak. A közlekedés az egyszerűen borzalmas. Kénytelen vagyok úgy útra kelni, hogy rengeteg időt ráhagyok. Mi az, ami miatt még felutazom? Vannak olyan kulturális élmények, színház, opera, kiállítások, amiket csak Pesten tudok megtekinteni. Ilyenkor meglátogatom a gyerekeket is. A legkisebbik lányom Dorina másodéves joghallgató, ő ingázik. Hol a fővárosban van, hol hazajön. A nagyobbik lányom Magdika szintén kétlaki életet él részben a fővárosban, részben Szolnokon. István fiam Pestszentimréren telepedett le, hozzá unoka nézőben járunk. Gábor fiam Koppenhágában jár egyetemre műszaki-informatikus szakon végzős hallgató. A változatosság

kedvéért Tokióba készül, ahol társegyeteme van a koppenhágainak. Gábort úgy indítottam útnak, hogy fiam küldelek, de azért küldlek, hogy hazagyere. Az én szívem azért fáj, mert azt vágyom, hogy hazajöjjen. Neki is itt kell európaivá válnia.

Gábort – gondolom – nem látogatja gyakran.

– Idén az európai kardiológus társaság pont Koppenhágában rendezte az Euró-Echo-t. Gondolom a kedvemért – mondja mosolyogva. – Ez a társaság a szívultrahanggal foglalkozó kardiológusok külön szekciója. A konferencia szakmai értéke az utóbbi években nagyságrendekkel nőtt, mára óriási presztízse lett. Szóval meglátogattam a fiamat.

Nekünk, magyaroknak, észre kell vennünk, hogy akik előttünk járnak, hol tartanak. Sajnos azt látom, hogy egyre nagyobb lesz az elszakadás. A háromdimenziós képalkotás ma már hétköznapi gyakorlatnak számít, úgy tűnik még Portugáliában is. Sajnos nálunk ez még egyelőre a vágyálom kategóriájába tartozik. De mondok olyasmit, amire viszont büszke vagyok! 2008-ban avattuk fel azt az új hemodinamikai épületet, ahol a szívkatéterezések zajlanak

itt Szolnokon, és mondhatom európai felszereltségű. Két műtőállással rendelkezik és 24 órás ellátást biztosít. Ez nagyon fontos, mivel a Budapest-Debrecen-Szeged háromszög közepén helyezkedik el Szolnok. Földrajzilag tehát olyan helyen, ami különösen fontossá tette a mi laboratóriumunkat. Évente kb. 2000 szívkatéteres vizsgálatot végzünk, ha ezt a 400 ezres populációra számítom, azt kell, mondjam, bizonyos értelemben Európát meghaladó a színvonal. Lehet, hogy Portugáliában a három dimenziós ultrahang jobban elterjedt technika, de nem tudják ehhez hasonlóan lefedni a teljes országot, ellátni a teljes lakosságot. Az akut koszorúér betegségek szívkatéteres ellátásának nagy a népegészségügyi jelentősége. Nem mindegy tehát, hogy hol kap infarktust az ember. Jász-Nagykun-Szolnok megyében 1 óra alatt elérhető a Hetényi kórház. Ez az országos átlagnál jobb. De, még mondjuk a dél-olaszországinál is jobb, ez utóbbi pedig hivatalos európai uniós adat!

Kiszámoltam és az jött ki, hogy 39 éves volt mire kardiológusként kardiológiai osztályon kezdett dolgozni és elmúlt 50, amikor a szívkatéterezések megkezdődtek.

– Nekem a rendszerváltás hozta meg a nagy ugrást, megpályáztam egy milánói ösztöndíjat és elnyertem. Amúgy is volt egy erős itáliai orientációm, örültem, hogy nem angolszász országba mehetek. Egy csúcshintézetbe kerültem, ahol sok mindent láttam és tanultam. Innen az Alföld közepéről jövet egy óriási, korszakos lépés volt. Persze az első pillanattól kezdve tudtam, hogy a szülőhazám mit jelent, hogy itt van az én dolgom a Zagyva Tisza szögletében. Ahhoz, hogy európainak nevezzem magam, el kellett jutnom Itáliába, akárcsak Janus Pannoniusnak. Bízom benne, hogy nem lesz szerénytelen, de én legalábbis így éltem meg. Találtam ebben valami történelmi sorsszerűséget. Arra volt jó, hogy tudjam hova tenni magamat.

A szolnoki színház mennyire szól bele az életébe?

– Nagyon! Balázs Péter igazgatóval, Bor Zoltánnal kiváló baráti viszonyt ápolunk. Folyamatos élő kapcsolatunk van a színészekkel, odafigyelünk rájuk. Máig ható élmény, fantasztikus darab volt a Velencei kalimár (Garassal, Hernádival), de ez régebbi történet. A mostaniak közül az Üveg cipőt emelném ki, ez volt az idei évad első premierje. Molnár Ferenc rajongó vagyok.

Mi a helyzet a borral? Úgy tudom, szoros barátságot ápolnak.

– Borívó ember vagyok, természetesen a megfelelő mértékkel. Becsben tartom a bort, életem fontos része. Szeretem megkínálni a barátaimat, ha vendégségbe megyek, ajándékba bort viszek. Keresem a bor különlegességeket. Ismerem a borvidékeket, személyes ismerőseim a nagy pincészetek mesterei. Értékelem és számon tartom őket. Követem a szakirodalmat is, utána szoktam olvasni is. Mellesleg van egy kis boryűjteményem, melybe olyan borokat válogattam be, melyek valamiért különlegesek. Ha a bort történet-filozófiai síkról közelítem meg megállapítható, hogy Magyarországon mélyre nyúló gyökerei vannak. Ha úgy tetszik ez a nedű az európai kultúrnemzetek közé emel bennünket. Végigkóstáltam Európa borait, de állíthatom, a magyar pincészetek borai nem maradnak el, csak megfelelő marketing és volumen kellene hozzá.

Bizonyára ismeri azt a slágert, hogy „Doktor úr, a maga szíve sose fáj?”

– A szívemmel semmi bajom, de voltam már beteg. Arra tanított meg a betegség, hogy a beteget érzelmileg, értelmileg jobban megértsem. Ezt nem lehet az egyetemen megtanulni. A felgyógyulásnak ezer élménye van, fontos az orvos életében, hogy átélje, mit éreznek a paciensei, amikor várják a gyógyulást. Jómagam Magyar Imre professzortól tanultam a belgyógyászatot, ami fantasztikus élmény volt! Ahogy ő közelített a beteghez olyan empátiáról adott tanúbizonyosságot, hogy ma is büszkeséggel tölt el, hogy kicsit részese lehettem ennek! Manapság a beteg



Gábor fiával és Bonifáccal
a Káli-medencében



Családi síelés
Olaszországban
a Sella Ronda csúcsán

ember tisztelete egyre jobban elsikkad, az orvosi tevékenység számokká, anyagiassá degradálódik. Holott, nap, mint nap rá kellene találnunk azokat a pontokra, melyek emberséget visznek a beteg és orvosa kapcsolatába. Hippokratész mondta, hogy az orvos és beteg közti kapcsolat bizony művészet.

Bozsán Eta



A csinos műsorvezető, Zalatnai Brigitta szombat délelőttönként olyan érdekes témával jelentkezik az m1-en, hogy elfelejtünk a konyhába rohanni. Az ebéd ráér, viszont amit tőle és vendégeitől hallhatunk az „Egészség ABC”-ben hétről-hétre: nem. Brigitta egyébként tagja volt az Országos Alapellátási Intézet által első ízben kiírt „Az év praxisa” pályázat zsűrijének.

Brigi és az ABC

Mi motivált, milyen érzések miatt lettél „egészségügyis”?

– Egészségügyis akkor lettem, amikor tudatosan kezdtem az önismerettel foglalkozni. Hat évvel ezelőtt jelent meg a Teremtő önismeret című könyv, és rájöttem arra a közhelyre, hogy az ember legfontosabb kincse a saját teste-lelke-egészsége. Ezen dolgok együttállása pedig, mindenkinél első sorban saját magán múlik.

Mikor is indult a műsorod?

– 2008-ban indult a tévében az Egészség ABC, mely most már a 3. évadát éli. Szeretném mindenkinek átadni, hogy legyen tudatában azzal a kincssel, mellyel az egészséges ember rendelkezik. Sőt arra is gyakran felhívom a figyelmet, hogy erre vigyáznia kell!

És ha nem az illetőn múlik, és mégis beteg lesz?

– Ha már kialakult a betegség, arra buzdítok mindenkit, olyan orvost keressen, aki nem futószalagon gyógyít, aki nemcsak az okozatot látja, hanem egészen az okokig hatol. A pácienssel együtt megkeresi a betegség okát és nem elégszik meg

tüneti kezeléssel. Ehhez persze nagyon elhivatottnak kell lenni, de vannak ilyen orvosok. Akik komolyan veszik a Hippokratészi esküt, és a beteget holisztikus látásmóddal, test-lélek-szellem egységében látják és kezelik. Egyébként minden testi betegség a lélekből indul, most már az orvosok is vallják.

Tavaly indult „Az év praxisa” pályázat, idén januárban pedig a nyertesek átvehették díjaikat. Te is ott voltál a bírálók között.

– Ilyen „előképzettséggel” szívesen fogadtam az Év praxisa pályázat zsűrizésének felkérését, mert ott is láttam, hogy vannak orvosok, akik érzékenyek, „szeretik” az embereket és nem káposztafejeket látnak bennük. A betegek pedig ezért nagyon hálásak, hisz tollat ragadtak, vagy leültek a számítógép elé, hogy benevezzék az orvosukat. Egyszerűen fogalmaztak, nem akartak nagy körítéssel nekifutni a dolognak, leírták a saját történetüket az orvossal, aki életet mentett, segített, vigasztalt, lelket öntött beléjük. Tette a dolgát, amit tennie kell egy valódi gyógyítónak. A többi meg úgyis a gyógyultakon múlik, hogy mit tesznek az újonnan visszakapott egészségünkkel.

Szerinted mi a jó háziorvos ismerte?

– A jó háziorvos lelkiismeretesen gyógyít, szoktuk ugye mondani. De mit is jelent ez valójában? Lelkiismeretesen az tud gyógyítani, aki saját magát is ismeri. Nap, mint nap a saját lelkébe néz. És ez bizony fárasztó feladat. De a rest, kétszer fárad, úgyhogy nem érdemes lustálkodni, mert a lélekmunka meghozza gyümölcsét és ezt egy bölcs orvos tudja. Belenéz a másik ember szemébe és Őszintén kíváncsi rá. Aki nemcsak a túlélésért, hanem az életminőség javításán is dolgozik. Aki gyógyír az embereknek. Az igazi gyógyítás nehéz feladat, de aki megteszi, annak nagy sikerélményei vannak.

Szoktál-e téli betegségeket összeszedni?

– Szerencsére ritkán betegszem meg, mert tudatosan figyelek magamra és családomra. Vallom, hogy az egészség tanulható, fejleszthető, csak ezzel is „dolog” van, amit ugyebár nem nagyon szeretünk. Ugyanis egészségesen élni, nagyobb feladat, mint egészségtelenül, és most fáradtak vagyunk, meg egy kicsit lusták is, ezer indokot találunk rá, hogy valamit ne tegyünk, mint arra, hogy tegyünk. Amikor érettségiztem felírták a táblára útravalóul a tanárok, hogy: „Nem elég akarni, de tenni, tenni kell!” A mondás egyetemes és bármelyik korszakunkban igaz.

Bozsán Eta

Izolda és az orvosok

Elmondanád, hogy miért adtad a neved „Az Év Praxisa” pályázathoz? Miért vállaltál zsűrizést?

– Ahova B. Király Györgyi hív, ott kedvemre való feladatokat kell megoldani. Többnyire behunyt szemmel szoktam vállalni az ő felkéréseit. Most például nemcsak a zsűrizést, hanem azt is, hogy az első három helyezett az én képeimet kapja majd.

Valóban. A január tizediki díjkiosztó után Hubert János – Tapolca, Kozma Richárd – Mezőkövesd és Demeter Erzsébet – Szolnok, Izolda 400 000, illetve 200 000-200 000 forint értékű gyönyörű képeivel térhetett haza. A művésznő nemcsak itt gyakorolt szép gesztust, örömmel támogatja a kórházakat, óvodákat, iskolákat is műveivel, sőt még házasságkötő termet is díszítenek a képei.

– Tavaly decemberben meghívtak a deszki képviselőtestület ünnepi ülésére, ami rendhagyó módon a házasságkötő terem előcsarnokában kezdődött, ahol átvághattam egy szalagot. Ugyanis az önkormányzat úgy határozott, hogy adományaim elismeréseként a házasságkötő termet, eztán Macskássy Izolda teremnek nevezik. Könnybe lábadt a szemem, hiszen ekkora megtiszteltetés még sohasem ért.

Mesélj a gyerekkorodról. Maradtak jószágos doktor bácsi emlékeid?

– Drága édesanyám gyermekgyógyász volt, sőt, a baráti kör nagy része is orvosként dolgozott, tehát mondhatom, hogy orvos-csemete vagyok, abból viszont a legrosszabb fajta, az orvostudomány rémálma. Immáron hatvanhat éve, 1945. január tizedikén hajnali 3 órakor láttam meg a napvilágot, öt kiló húsz dekával, telis-tele bevérzésekkel, szinte feketén. Édesanyámnak nem volt teje, ezért tehéntejet kaptam, amitől egyre betegebb lettem, kis híján meghaltam, az orvos által javasolt cukros és sós víz segített rajtam. Így indult a történet.

Nem mindennapi kezdet; alighogy megszületél, a sors rögtön „bedobott” a mélyvízbe! Miért gondolod, hogy az orvostudomány rémálma vagy?

– Erről az én kedves házi orvosom, Dr. Kókai Gizella tudna mesélni... A rendelője csak pár lépés az otthonomtól, s ha két-három hétig nem lát, akkor fog-



Energia, dinamizmus, lágyág, érzelmek – nekem leginkább ezek a szavak jutnak eszembe, ha Macskássy Izolda sellyem-csodáira gondolok. Az itthon és külföldön egyaránt népszerű képek alkotója a néhány hete lezárult „Az év praxisa” pályázat egyik zsűritagja volt. Miért került a bírálók közé? Mindjárt megtudják! A nyílt tekintetű, szókimondó művésznő nemcsak véleményét mondja el, képeit is adta az első három helyezettnek.



„Az év praxisa” pályázat díjait Szócska Miklós, Beneda Attila és Balogh Sándor adja át Az OALI főigazgatójának kezében Macskássy Izolda mákvirágai

Az év praxisa



Az év praxisának nyertesei: Hubert János és munkatársa Tapolcáról a fődíjjal, vagyis a Napsugár című festménnyel...

ja magát, följön hozzám, és megkérdezi, hogy vagyok. De nem akárhogy kérdezi ám, hanem közben megfogja a kezem, és azon kapom magam, hogy már számolja is a pulzusom! Amikor én erre rájövök, igencsak dühbe gurulok, mert nagyon nem szeretem, ha megvizsgál. Általában akkor mutatom meg magam az orvosnak, amikor már meggyógyultam egy esetleges betegségből, bár szinte sosem vagyok beteg.

Látom magam előtt, ahogy mérgesen kikapod a kezed a doktornő kezéből. Ez egy kedves kis történet! Azt mondod, orvosok között nőttél fel. Milyen kép él benned róluk?

– Így van, és azt is elárulom, hogy csupa női orvossal veszem körül magam. A minap az utamba került egy „ficsúr”, aki a szülei miatt választotta az orvosi pályát. Szerintem,

bármilyen másnak jó volna, csak éppen orvosnak nem való. Lehetne inkább manőken – manő kem, holnap nőked... Komolyra fordítva a szót, rengeteg bölcs, szelíd, jó orvossal találkoztam, olyanokkal, mint akik díjat nyertek Az év praxisa pályázaton. Az én orvos barátaim nagyon jámbor, figyelmes emberek, akik között akad háziorvos, fogorvos, kardiológus, mindenféle orvos. Mindegyik derekasan helyt áll, nagyon becsületesen végzik a dolgukat.

Kíváncsi vagyok rá, hogy szerinted milyen a jó háziorvos!

– Édesanyám tanított meg arra, mi szükséges ahhoz, hogy valaki jó orvos legyen. Nagyon fontos a szenzibilitás, hogy őszintén odafigyeljen a betegre és meghallgassa őt. Nem elég a tudás, hogy mit hogy kell összevarrni, vagy hogy egy adott betegségre milyen gyógyszert adjon, ez csak egy része a munkájának. Különösen ebben a mostani nehéz, olykor sanyarú időszakban kellene nagy gondot fordítani nemcsak a fizikai tünetekre, hanem a betegek lelkére is. A sok stressz meg idegeskedés egyáltalán nem tesz jót az egészségnek, tudjuk, mekkora ereje van a gondolatoknak: ha valaki negatívan áll a dolgokhoz és bebeszéli magának, hogy márpedig neki tüdőgyulladás van, akkor meg is kapja azt a tüdőgyulladást. A lélekre kell odafigyelni és azt szeretgetni, pátolgatni.

Teljesen egyetértek veled, persze, nemcsak az orvos feladata, hogy a lélekkel is törődjön, hanem elsősorban nekünk, saját magunknak, no de ez már egy másik beszélgetés témája lehetne. Viszont azon töprengek, hogy vajon egy orvos kihez fordul, ha beteg?

– Ezt a kérdést feltették Dr. Pécsék Mária orvos barátnőmnek is, aki az ország egyik legjobb sebésze. Azt felelte, hogy az ő háziorvosa a Macskássy Izolda. Tényleg így van, szoktam neki tanácsokat adni, és általában hallgat is rám. Egyik alkalommal éjszaka hívott föl telefonon azzal, hogy szörnyű fogfájás kínozza, és nem tudja, mit csináljon. Mondtam, „Drágám, szaladj le a patikába, vedd el a szegfűolajat, és fülpiszkálójával kend be vele az ínyed. A végén nem tudod majd, mi fáj jobban: a fogad, vagy az, ahogyan az olaj csípi az ínyed”. Megint csak tréfálok, a szegfűolaj valóban rendelkezik fájdalomcsillapító és érzéstelenítő hatással. Egy nagy csokor ilyen „vajákos varázslat” van a tarsolyomban arra az esetre, ha az én drága barátnémnak valami kellemetlensége támadna.

Izolda, belőled annyi energia sugárzik, amivel egy egész erőművet működtetni lehetne! Mondd, ezeket a házi praktikákat a családotól örökölted?



– Igen, onnan – a nagymamám, a nevelőnőm, a baráti kör, a házvezetőnő – mindenki hozott egy kis okosságot, én meg összeszededgettem. Ha az ember fel van készítve, és tudja mikor mi a teendő, akkor nem lehet nagy baj. Persze, nem szabad a drága időnket betegségekre pazarolni, de ezek a módszerek nagyon jól jönnek, ha mégiscsak megromlik az egészségünk.

Kezdem érteni, hogy a háziorvosod miért tapogatja rögtön a csuklódát, ha meglát téged; nem sok időt töltesz a rendelőjében, igaz?

– Nem tartozom azok közé a „nénék” közé, akik unaloműzés céljából ücsörögnek az orvosi rendelőben, ez tény... – Gyerekkoromban is keveset betegeskedtem, felnőttkoromban ugyanez a helyzet. Ugyanis nekünk, székelly asszonyoknak szégyen a betegség. Meg is lepődtem azon, amikor átke-rültem Magyarországra, hogy itt a betegség profit-alap. Túl sokat foglalkoznak az emberek önmagukkal, ha nincs bajuk, kitalálnak egyet. Ahogy mondtam, a betegségek jó messzire elkerülnek engem, és ez így van rendjén, hisz’ mire való egy beteg asszony? Semmire! Én azt mondom, amíg van otthon friss

zöltség, finom szalonna, jó bor és pálinka, addig minden rendben! A másik pedig a jó kedv, amire még a nehéz helyzetekben is törekedni kell. Mondok is egy kedves, idevágó viccet, legyen ez a „végszó”: Az állatorvos rettentő rosszul érzi magát, hát elmegy a háziorvosához. Az megkérdezi tőle: Na, mondd, mi a problémád? Mire az állatorvos: Ja, így könnyű!

Bulla Bianka

Az otthoni vérnyomásmérés elkötelezett híve

Beneda Attila 43 éves. 16 éve kapta meg orvosi diplomáját, majd a SOTE Családorvosi Tanszékére került rezidensnek, aztán háziorvosként dolgozott, egészen addig, amíg át nem ült a kabinetfőnöki székbe. Közben foglalkozott a sürgősségi ellátással, volt mentőtiszt és reptéri startorvos. Ahogyan mondja szeret a frontvonalban dolgozni, ezt tartja a legizgalmasabbnak. Négy gyerek – két fiú és két lány – édesapja, felesége is orvos.

Háziorvosból lett kabinetfőnök. Hogyan került ebbe a székbe? Mi motiválta, hogy elvállalja ezt a kihívást?

Hét éve a Szócska Miklóssal elkezdtünk azon gondolkodni, hogy a polgári egészségpolitikát újra kéne alapozni. 5 éve megalakult az a munkacsoport, amelyik a mostani kabinet törzsét képezi. Amikor a választásokra került a sor: egy viszonylag kész koncepcióval álltunk elő. Arról, hogy milyen lépésekre is lenne szükség, hogy a kilátástalan helyzetbe került egészségügyön javíthassunk. Amikor államtitkár úr megkapta a felkérést, akkor nyilvánvaló volt, hogy néhányunknak vele együtt kell vállalni a közigazgatás megtisztelő, ám igen fárasztó feladatát. Számomra komoly dilemmát jelentett, hogy a 16 éve épülő praxisomat akárcsak egy percre is otthagyjam, de úgy ítélt meg, hogy az ágazatban nagyobb a baj és a saját betegeim érdeke is azt kívánja, hogy egy koherens egészségpolitika jöhessen létre. Olyan, ami fenntarthatóvá teszi a rendszert, és garantálja, hogy a beteget 5–10 év múlva is ellássák, sőt, a mostaninál sokkal jobb



Az év praxisa



minőségben. Én ezt nem is kihívásnak, inkább egy nem könnyen vállalt feladatnak nevezném.

Mi lett a praxisával?

Megtartottam és fölvettem egy fiatal doktornőt, aki tartósan helyettesít – szerencsére úgy szakmailag, mint emberileg elfogadták őt betegeim. Azt hiszem, hogy egy egészségügyi államtitkárság kabinetfőnöki pozíciója nem egy nyugdíjas állás, úgyhogy természetesen nem égettem föl magam mögött a hidakat.

Mi az, amit magával hozott a háziiorvosi életéből?

– A háziorvosok alapvetően a fronton dolgoznak, nekem mindig is ez volt az attitűdöm ezzel a munkával kapcsolatban. Tény, hogy komolyabb diagnosztikai, vagy konzultációs háttér nélkül kell meghozniuk döntéseiket a betegekről, ami igazán nagy felelősséggel jár. Ahogy a frontvonalban, itt is kamatoztatni lehet ezt a tudást, hogy nem csak elméleti megalapozottsággal próbáljuk az egészségpolitikát változtatni, hanem gyakorlati ismeretek birtokában is.

Hét hónapja tartozik az egészségügy irányítói közé. A háziiorvosi ellátásnál maradvá, újdonság, hogy a floppy rendszert az adatközlésben felváltotta az online jelentési kötelezettség. Sokat vártak rá a háziorvosok, de akkor is vívmány.

– Szomorú, hogy ez a vívmány 2011. január 1-jén következett be. Ebben erőteljesen próbáltuk befolyásolni az OEP-et, hogy a szükséges fejlesztések megtörténjenek. Végre elindult és szépen lassan országossá válik. Az alapellátás szempontjából még két nagyon fontos dolgot emelnék ki, ami már mögöttünk van. Az egyik, hogy szokatlan módon, nemcsak a fekvőbeteg-ellátást, hanem az alapellátást is év végi juttatásban tudtuk részesíteni. Tudom, hogy praxisonként 200 000 forint nem sok pénz, de jelzésértékű az alapellátást végző háziorvosok, házi gyermekorvosok számára – sőt, a fogorvosok is kaptak belőle – hogy nagyra értékeljük a munkájukat. Reméljük, hogy kitartanak addig, ameddig azok a struktúraváltoztatási programok, amiket elindítottunk, beteljesednek. Akkor majd érezhetően javulnak a munkakörülményeik.

Ha már itt tartunk, a struktúraváltoztatási programból mi lesz a következő állomás, amire azt mondhatja, hogy ez belátható időn belül megvalósul?

– Kezdjük az alapellátással. Fölvázoltunk az év végén egy olyan középtávú programot, amiben az alapellátás megerősítését célozzuk, ennek 3 fő eleme: a humán erőforrás krízis javítására tett lépéskísérletek, a finanszírozás bővítésére tett lépések, illetve az informatika fejlesztése. Az átalakítás egyik első eleme az indikátorok alapján történő teljesítményfinanszírozás, ami már 2010-ben elindult, ha úgy tetszik teszt üzemmódban. Megalakult egy munkacsoport, amelyik áttekintette az eddigi tapasztalatokat a nemzetközi szakirodalmat és ennek alapján ez év áprilisától átalakul az indikátorrendszer. Ez egy mérhető teljesítményfinanszírozási elem lesz a háziiorvosi praxisok finanszírozásában, amit a továbbiakban fejleszteni, bővíteni szeretnénk.

Mi az, amit a háziorvosok kézzel foghatóan tapasztalnak majd?

– Ahogyan mondtam: kormányzati szándék az alapellátás megerősítése. Ez nem valósítható meg a háziiorvosi praxisok finanszírozásának bővítése nélkül. Ez nyilván az első olyan dolog, amit mindenki hallani szeretne. A teljesítményfinanszírozással kerül be több forrás a rendszerbe, ez nyilvánvaló. De fel szeretnénk deríteni azokat az egyéb bevé-

teli lehetőségeket is, amiket a háziorvosi praxisok hasznosíthatnak. Meg szeretnénk hozni azokat a döntéseket, amik könnyítik a munkájukat. Az első lépés volt az ön által már említett online jelentés lehetősége. Egyértelműen csökkentjük az adminisztrációs terheket és a definitív ellátásra való törekvés elvét szeretnénk megvalósítani, ezzel nyilván ki kell bővíteni a háziorvosi kompetenciákat. Ha már a Hypertónia Társaság magazinjában jelenik meg a beszélgetésünk, elmondanám, hogy az említett indikátor rendszerbe több olyan elemet is beépítettünk, ami a hipertónia kezelésével kapcsolatos. Azt reméljük, hogy ha az alapellátásban a hipertónia gondozása szakszerűbb és követhetőbb lesz, akkor ez a szakellátásban dolgozók munkáját is segíti majd.

Hol lesznek változások?

– Nem is a kezelés, inkább a gondozás, a szűrés az, amiben előre kell lépni. Az indikátorokkal is próbáljuk ezeket a tevékenységeket erősíteni. Azzal, hogy időben kiszűrjük a hipertóniát. Nem kell minden egyes orvos-beteg találkozásnál vérnyomást mérni, de rendszeres legyen, és azért egy huszonéves fiatalnak is legalább évente egyszer ellenőrizzük a vérnyomását. Ha bármilyen jel lenne – akár egy kicsit emelkedett érték, akár valami más, például elhízás –, akkor induljanak meg azok a szűrővizsgálatok, amikkel adott esetben időben el lehet kezdeni a kezelést, és csökkenteni lehet a szövődmények számát és súlyosságát.

Mire számíthatnak a fekvőbeteg ellátásban dolgozók?

– Mostanában zajlanak azok a felmérések, amelyek a járó és fekvőbeteg ellátást hivatottak sokkal alaposabban áttekinteni, mint ahogyan ez eddig bármikor az országban megtörtént. Ennek alapján derítjük fel azokat a valós kapacitásokat, illetve ellátási igényeket, amik megfogalmazhatóak minden betegségcsoportban, így a hipertónia esetében is. Ennek következményeként próbáljuk majd azt a funkcionális integrációt véghez vinni, amelynek során a területi elven szerveződő betegutak mentén sokkal gyorsabban, könnyebben és hatékonyabban tudnak definitív ellátáshoz jutni a betegek, mint most.

Hogyan változnak a betegutak, mennyivel lesz egyszerűbb az ellátás elérése?

– Eddig mindig mindenki megyei struktúrákban gondolkodott, ugyanakkor a betegek orvoshoz járási szokásai – a betegutak – nem követik ezeket a megyei rendszereket, ezért mi nagytérségben gondolkodunk. Így a nagytérségen belüli eddigi betegutakhoz próbáljuk igazítani az ellátást, illetve a kapacitásokat. A hipertóniára visszatérve: a szövődményes esetek valamint bizonyos vizsgálatok kivételével szeretnénk az alapellátás felé terelni a hipertónia kezelését, hiszen ez lesz igazán költséghatékony. Másrészt azt is látni kell – ezt gyakorló háziorvosként is tudom –, hogy egy szakrendelőben, vagy egy fekvőbeteg intézetben elvégzett beállítás közel sem követi annyira a beteg életritmusát, mint ahogyan ezt az alapellátásban egy háziorvos, pláne egy otthoni vérnyomás-monitorozással meg tud valósítani. Ezzel azt mondom, hogy nem kell mindenkit befektetni ahhoz, hogy beállítsák a vérnyomását, és a végső beállításnak az alapellátásban kell megtörténnie. Én mindig azt javasoltam – a saját betegeimnek is –, hogy a családban mindig legyen egy vérnyommérő. Mérjék otthon a vérnyomásukat, írják föl, vezessenek naplót, és az otthon mért eredményekről konzultáljanak a háziorvosukkal. Mert az orvosi rendelőben mért vérnyomás nem ugyanaz, mint otthon. Én az otthoni vérnyomás-monitorozás elkötelezett híve vagyok. –

Élete egyik legfontosabb eleme a sport, több mint 30 éve versenyszerűen kosárlabdázik, most már a korának megfelelő szinten. Nagyon szeret síelni, teniszezni. „Az egyik legfontosabb üzenetem a betegeim-

nek, hogy a sport testileg-lelkileg ápolja az embert, tehát kihagyhatatlan. Ezt magamon is tapasztaltam, amikor egy sérülést követően 3-4 hónapig nem tudtam edzeni. Egy bordatörés és egy bokasérülés akadályozott, jól meg is híztam tőle, de ez már a múlt. Azóta visszafogytam. Szóval a sport a legfontosabb. Szeretem a jó borokat, nagyon szeretek utazni.”

Melyik a kedvence? A vörös, vagy a fehérbor? Tudja a polifenol miatt kérdezem...

– Alkalomhoz illően. A fehérbornak is van védőhatása, természetesen kismértékben fogyasztva.

Mennyire alakult át az élete, mióta bejött a minisztériumba?

– Eléggé radikálisan. Korábban is 3-4-5 állásom volt, ezek most redukálódtak. Gyakorlatilag reggel 8-tól itt vagyok, este 10 körül megyek haza...

Akkor mikor sportol, éjszaka?

Hétköznap, hetente egyszer este nyolctól, és hétvégén. A gyerekeimmel sajnos kevesebb időt töltök, mint régebben. A két nagyobbik megvár, velük előbb a kapcsolat, de a kisebbekkel hétvégén tudok csak találkozni, persze, hogy nehezményezik. Nem pontosan értik még, hogy miért is kell ez az egész.

B.K.Gy.