

## Fókuszban a tüdőgyógyászat

Interjú Dr. Kovács Gáborral,

az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet főigazgatójával

**Az IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja vállalt kiemelt szerepet a népegészségügyi jelentőségű megbetegedésekkel, a magas mortalitással és morbiditással járó, egészség-gazdaságtani szempontból kiemelten fontos betegségcsoportokkal. Számos súlyos légzőszervi kórkép – többek között a krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD) és a tüdőrák – előretörése indokolja, hogy fórumot biztosítsunk az ezeket különböző szemszögből tárgyaló tanulmányoknak, publikációknak és interjúknak. Ezért különösen nagy örömmel üdvözljük szerkesztőbizottságunk soraiban Dr. Kovács Gábert, az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet főigazgatóját, aki a Magyar Tüdőgyógyász Társaság (MTT) és a Szakmai Kollégium Tüdőgyógyászati Tagozatának elnökeként különösen nagy rálátással bír a szakma előtt álló kihívásokra és a megoldásra váró feladatokra.**

**– Főigazgató úr, mielőtt rátérnénk a pulmonológia jelenlegi helyzetére, tegyünk egy kis időutazást! Hogyan tekint vissza pályája első éveire?**

Az orvosi diploma megszerzését követően, 1978-ban helyezkedtem el az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézetben, ahol – végigjárva a ranglétra összes fokát – segédorvosként, később alorvosként, majd adjunktusként dolgoztam. Időközben lettem a tüdőgyógyászati és a belgyógyászati szakvizsgát, ez utóbbit 1989-ben, aminek esetében azért volt nagy jelentősége, mert nem sokra rá meghívást kaptam a Szent Margit Kórház Belgyógyászati Osztályára, ahol osztályvezető-helyettes, később osztályvezető főorvos lettem. Az ott eltöltött hét év során feladatomban az osztály vezetésével mellett annak átszervezése volt, aktív belgyógyászati-onkológiai profil kialakítása mellett geriatrai-ápolási osztály szervezése az adott ágyszám keret kihasználásával. Ez a hétéves kitérő a belgyógyászat területére nagyban meghatározta a későbbi orvosi szemléletemet, ugyanis meggyőződésem, hogy a tüdőgyógyászat – bár egységes diszciplína – csak a belgyógyászattal egyfajta közösségben állja meg a helyét. Hiszen a pulmonológusnak nem csak a tüdővel, hanem az emberi szervezet egészével kell értelmeznie. Ez a – divatos kifejezéssel élve – holisztikus megközelítés alapozta meg szakmailag, hogy az elkövetkezendő években tüdőgyógyászként eredményesen dolgozhassak. Ebben az időben – a kilencvenes évek közepén – jöttem rá arra is, hogy a szakmánk egyik alapvető területe a tüdőgyógyászati onkológia lesz. A tbc-t már szinte magunk mögött tudhatjuk, de a tüdőrák tekintetében világelsők va-

gyunk. Kimondhatjuk, hogy ma már a tüdőrák az új morbus hungaricus. S mivel ez az egyik legnehezebben kezelhető daganatos betegség, mindent meg kell tennünk annak érdekében, hogy megelőzzük. Ekkor köteleztem el magam a dohányzás visszaszorítása mellett, ami szívügyemmé, majd hobbimá vált.

### A KORÁNYIAK SZELLEMEBEN

**– Mikor tért vissza a Korányi Intézetbe?**

1996-ban hívtak vissza az akkori főigazgató, Dr. Ajkay Zoltán, és bízta rám az egyik tüdőgyógyászati osztály vezetését. Azóta folyamatosan itt dolgozom, s két időszakon keresztül – 1999-2004, majd 2007-2012 között – főigazgató helyettesként vettem részt a menedzsment munkájában. Rendszeresen részt vettem az intézet vezetői értekezletein, az informatika, a módszertan és a finanszírozás tartozott szorosan a felügyeletem alá. 2004-ben egy évig, illetve 2012. május 1-től megbízott, 2013. július 1-től kinevezett főigazgató főorvosként dolgozom, s ebben a munkakörömben felfüggesztettem, illetve befejeztem osztályvezetői tényleges tevékenységemet a tüdőgyógyászati osztályon.

**– Akkor nem túlzás azt mondani, hogy a Korányi az Ön második otthona... Ha belegondolunk: ez az ország egyik legpatinásabb egészségügyi intézménye, amelyet Korányi Frigyes alapított, s amely Erzsébet Királyné Szanatóriumként 1901. november 13-án nyitotta meg kapuit, az akkoriban igen nagy számban érkező tébécés beteg előtt. Az intézet elnevezésében még mindig hordozza az egykori fő profilt, ám a betegösszetétel jelentősen átalakult. A megváltozott igények tükrében milyen irányú fejlesztéseket tervez az intézetben?**

Az intézet fejlesztését nagyon fontosnak tartom, meggyőződésem ugyanis, hogy az országos intézeteknek fontos szerepük van egy-egy szakma előbbre vitelében és erősítésében. Örülök, hogy megemlítette az alapítónkat, mivel azt a szellemiséget és azokat az értékeket, amelyeket több mint egy évszázaddal ezelőtt Korányi Frigyes, majd fia Sándor itt megteremtett, feltétlenül megőrzendőnek tartom. Az intézet környezete ma ugyanúgy érték, mint száz évvel ezelőtt, amikor kiválasztották ezt a területet. Ahogy Jókai írta: „fővárosunk legegészségesebb részében, a budai hegyek szélvédte völgyében, mely orvosi vélemény szerint a legszerencsésebb fekvéssel bír”. Természetesen ma ugyanolyan jelentősége van a jó levegőnek a különböző ellátási formák szempontjából, mint annak idején. A pavilonrendszer egykor ideálisnak bizonyult a fertőző betegek elkülönítésére, s bár ma bizonyos szempontból hátrányosnak mondható, de megvannak a maga előnyei is. Nem a lebontásban kell tehát

gondolkodni, hanem az infrastruktúra megújításában. Ez a munka megindult tavaly, és ezt folytatjuk, természetesen az adott anyagi lehetőségekhez alkalmazkodva. Ennek keretében felújítjuk az idős, nem minden tekintetben komfortos, rehabilitációra szoruló épületeket, mégpedig úgy, hogy igyekszünk megtartani az eredeti külsejüket. Következő lépésben a rehabilitációs tömb modernizálását tervezzük, reményeink szerint erre a jövő évben sort keríthetünk. Ha ez megvalósul, akkor egy valóban korszerű, a mai elvárásoknak megfelelő légzési rehabilitációs osztályunk lesz. Terveink között szerepel a légzési rehabilitációval szoros összhangban a kardiológiai rehabilitáció meghonosítása is, hiszen gyakran szövődnek a légzőszervi és a kardiológiai idült megbetegedések. Ezt azért tartom különösen fontosnak, mert a rehabilitáció a szakmánk egyik megújuló, előremutató területe.

S ha már arról beszélünk, hogy mit örököltünk a múltból, szorosan idetartozik a tüdőgyógyászat hagyományai közül az egyik leglényegesebb, miszerint nekünk nem csak a betegek fizikai állapotával kell foglalkoznunk, hanem a lelki és szociális körülményeivel is. Ez a szemlélet éppúgy megállta a helyét, amikor javarészt tébécés betegeket kellett gondozni, mint ma, amikor COPD-s és tüdőrákos pácienseket gyógykezelünk nagy számban. Tehát nem elég diagnosztizálni és a lehetőségek adta keretek között kezelni a betegséget, aztán az eredmény ismeretében a beteget szélnak eresztetni, hanem meg kell ismernünk a beteg otthoni környezetét, tudnunk kell, hogy honnan jött és hová megy haza. Ez elengedhetetlen ahhoz, hogy fenntarhassuk a gyógykezelés eredményét és kiteljesíthessük a harmadlagos prevenció tevékenységét. Hiszen a prevenció nem csak abból áll, hogy megelőzzük a betegséget, hanem abból is, hogy a betegünk betartsa az orvosi utasításokat, szedje a gyógyszereit, leszokjon a dohányzásról és változtasson az életmódján. Ha tisztában vagyunk a beteg mentális állapotával és szociális körülményeivel, akkor személyre szabottan tudjuk ebben segíteni őt, s mindezzel újabb betegségek, illetve súlyos szövödmények kialakulásának vehetjük elejét. Ezt a nagy tüdőgyógyász elődöktől tanultam, és orvosi hivatásom ars poeticájaként vallom.

## HELYZETKÉP MA

**– Ezzel a szellemisséggel bizonyára egyetért minden tüdőgyógyász kolléga. De vajon – s ezt már mint a Magyar Tüdőgyógyász Társaság és a Szakmai Kollégium Tüdőgyógyászati Tagozatának elnökétől kérdezem – adott-e a feltételrendszer ahhoz, hogy mindezt a gyakorlatban is érvényre tudják juttatni?**

A hazai tüdőgyógyászat rendelkezik mindazokkal a feltételekkel, amelyek ezt lehetővé teszik. Minden megyében van tüdőgyógyászati osztály, vagy intézmény, szakkórház. A tüdőgyógyászati hálózat a mai napig fennáll, működik. Nehézségeink ellenére is működik a tüdőgyógyászati hálózat, s a progresszivitás mentén szükség esetén magasabb szintű ellátáshoz, klinikai, vagy országos intézeti kezelésekre juthatnak a betegek. Munkánk legnagyobb részét a lég-

zőszervi népbetegségek – a COPD és az asthma bronchiale –, illetve az egyre nagyobb súllyal megjelenő tüdőrák képezik. Kismértékben bár, de még mindig vannak tébécés betegek. E betegségek mindegyikében nagy jelentőséggel bír a betegek körülményeinek részletes feltérképezése. Miért hangsúlyozom ezt ennyire? Mert úgy kell kommunikálni a beteggel, hogy megértse, amit mondunk neki. Nem lehet fennkölt, szakmailag korrekt, de számára érthetetlen instrukciókat adni, mert amit nem ért meg, azt nem is tartja be. Lehet, hogy nem kérdez vissza, mert szégyelli, hogy nem érti az elmondottakat, mi pedig sokszor elfelejtünk visszakérdezni, hogy valóban fölfogta-e az utasításokat. Tehát időt kell szánni arra, hogy felmérjük a beteg befogadóképességét, s erre a tüdőgyógyászok mód nyílik. Ezért az egyik legfontosabb feladatunknak tekintem, hogy megőrizzük a gondozói hálózat integritását. Nem szabad megengednünk, hogy különböző regionális, esetenként finanszírozási, vagy személyi érdekek mentén a pulmonológiai szakrendelést egyéb szakrendelések alá sorolják, és hogy a tüdőgyógyászat fenntartásáról, illetve rosszabb esetben megszüntetéséről helyi vezetők dönthessenek. Jelenleg a járók többségében van tüdőgyógyász – szám szerint 146 –, s ezzel biztosítani tudjuk, hogy a tüdőgyógyászat a lakosság számára elérhető legyen az ország bármely pontján. Mert az is lényeges, hogy mi menjünk a lakosság elé, nem pedig fordítva. Hiszen aki távol lakik a megyeszékhelytől, idő, vagy pénz hiányában nem fog beutazni és nem kapja meg a megfelelő ellátást. A szakma és a lakosság érdeke egyaránt, hogy fenntartsuk a tüdőgyógyászati hálózatot.

**– Tudomásom szerint a tüdőgyógyászokban javarészt nyugdíjas kollégák dolgoznak, több helyen egyedül vizsik a rendelést. Van-e tervük ennek a problémának az orvosolására?**

A tüdőgyógyászat sem vonhatja ki magát az általánosan jelentkező orvoshiány alól. Valóban, bizonyos régiókban – például Somogy, Szolnok és Békés megyében, de esetenként másutt is – jelentős az orvoshiány. Ez azt jelenti, hogy egy-egy szakorvos akár két gondozóban is dolgozik. Ezért változtattunk a minimumkövetelményeken, és lehetővé tettük, hogy részmunkaidős kollégák is rendelhessenek a tüdőgyógyászokban. Kétségkívül előregedett a szakma. Azt látom, hogy a kialakult humán erőforrás hiány stagnál, vagyis nem növekszik tovább. Egyébként ebben a szerencsétlen utánpótláskérdésben nem állunk sem jobban, sem rosszabbul, mint más szakmák. Elindult egy tendencia, egyre több fiatal orvos érkezik a tüdőgyógyászatba, de még közel sem annyi, mint amennyire szükség lenne.

**– Hogyan lehetne megszerettetni a pulmonológiát a fiatalokkal?**

Sok teendő van ezen a téren, ami elsősorban az egyetemi klinikákat érinti, hiszen a fiatal klinikusok ott találkoznak először a tüdőgyógyászatmal. Minél többet meg kell nekik mutatni a szakma szépségeiből, vonzerejéből, hogy legalább azok, akik nem távoznak rögtön az orvosi diploma megszerzését követően külföldre, a tüdőgyógyászatot válasszák, mert meglátják benne a perspektívát és a szakmai kihívást.

Jómagam elfogult vagyok, és számos izgalmas területet látok a tüdőgyógyászatban – hogy csak néhány példát ragadjak ki –, a COPD-s betegek non-invazív lélegeztetésétől az alvászmedicinán keresztül az onkopulmonológiai ellátás legkorszerűbb molekuláris terápiáig. Mindezt meg kell ismerniük a pályakezdőknek is. Tudniuk kell, hogy ez egy esz-közös szakma, ahol invazív bronchológiai diagnosztikus és terápiás beavatkozásokra van lehetőségük. Meg kell tapasztalniuk a szakma összetettségét, abban a tekintetben is, hogy a tüdőgyógyászat multidiszciplináris jellege miatt számos határterülettel – az infektológiával, az onkológiával, az immunológiával, az endokrinológiával stb. – áll kapcsolatban. Ma már lehetőség van második szakmát választani és ráépített szakvizsgát szerezni intenzív ellátásból, allergológiából, rehabilitációból, és mindemellett az önálló diszciplínákból, például kardiológiából, vagy onkológiából letenni a második szakvizsgát.

**– A fiatalok külföldre távozásának – az alacsony bérezés mellett – oka lehet az is, hogy a nyugati országokban sokkal nagyobb hangsúlyt fektetnek a gyakorlati képzésre, így a pályakezdők gyorsabban a saját lábukra állhatnak. E téren lát esélyt a változásra itthon?**

E téren fordulat várható, mert tudomásom szerint a hazai egyetemek már tervezik a klinikai gyakorlatok tömbösítését. A jelenlegi graduális rendszerben a medikusok hetente két-két órát töltenek el különböző klinikákon, ezért egész nap egyik helyről a másikra utaznak. Az új elképzelés szerint ugyanazon a képzési helyen egyhuzamban eltölthetnének 12 órányi gyakorlatot. Tehát reggel nyolckor köpenyt vesznek és délután négyig a betegágy mellett lehetnek. Így egyetlen hét alatt többet kaphatnak vizsgálatból, orvosbeteg találkozási, gyakorlatból, mintha szorgalmasan járnának egyik gyakorlathoz a másikra. A pontos részleteket nem ismerem, de úgy gondolom, hogy egy ilyen típusú új rendszer valóban előrevidhetné az orvostudományban a gyakorlati oktatást. Fontosnak tartom azt is, hogy a rezidens képzés keretén belül már 12 hónapot a tüdőgyógyászatban belül tölthetnek el a fiatal orvosok, kötődve ezzel a szakmához.

Mindemellett érdemes megjegyezni, hogy az utánpótlás gondjának megoldását a Magyar Tüdőgyógyász Társaság többféle módon igyekszik elősegíteni. Tudományos pályázatok kiírásával, hazai és külföldi tanulmányutakkal, kutatási projektekkel, a szakmai konferenciákon való részvétel lehetővé tételével támogatjuk a fiatalokat.

**– Említette a társszakmákkal való együttműködés fontosságát. Hogyan valósítható meg ez a mindennapi gyakorlatban?**

A tüdőgyógyászat bizonyos értelemben véve mellkasgyógyászat. Ebből egyenesen következik, hogy a tüdőgyógyászoknak, a mellkas-sebészeknek és a kardiológusoknak nagyon szorosan együtt kell működniük. Az ő funkcionális egységben történő együttműködésükre jó példa a Korányi Intézet, ahol ezek a szakmák fizikai értelemben egy helyen művelhetők. Információink szerint hasonló elképzelés szerint kívánja megszervezni a tüdőgyógyászati ellátást a

Semmelweis Egyetem is. Ugyanilyen keretek között működik az ellátás Debrecenben, Pécsen, Győrben és még néhány helyen. Több éves előkészítést követően úgy néz ki, végre hazakerülhet Bécsből a tüdőtranszplantáció, és a tüdőátültetéseket a Semmelweis Egyetem fogja végezni, ami óriási előrelépése lesz a szakmának.

## KIHÍVÁSOK

**– Ahogy előrelépés az is – érintőlegesen már szóba került –, hogy sikerült drasztikusan lecsökkenteniük a tuberkulózisos betegszámot. Ha jól tudom, napjainkban csak szórványos jelleggel kell tébécés betegek megjelenésével számolni.**

Tavaly 1045 újonnan felfedezett tébécés beteg volt Magyarországon, s ha az első fél éves adatokat összevetjük a trendekkel, idén várhatóan ezer fő alá fog esni a betegszám. Ez azt jelenti, hogy illeszkedünk az európai tendenciához, és a tébécét végleg kihúzhatjuk a társadalmat sújtó népbetegségek sorából. Persze a tüdőgyógyászatnak még így is nehéz kibújni a tbc-gyógyászat bélyege alól, bár – hozzáteszem – fontos területek tartom és műveljük is az intézetünkön belül, ahol önálló tbc-osztály működik. A tbc legyőzéséhez ötven év kellett, s ha ennyi nem is, de viszonylag hosszú idő szükséges ahhoz, hogy csökkenjen a tüdőrák – az új morbus hungaricus – előfordulása. A hatvanas években még nagyon kevesen szenvedtek ebben a rosszindulatú daganatos betegségben. A nyolcvanas években már 2000-2500 tüdőrákos megbetegedés fordult elő évente, míg napjainkban évi tízezer új esetet diagnosztizálunk. Ha megnézzük a nyugati országok éppen ezzel ellentétes trendjét, látnunk kell, hogy a tüdőrák előfordulásának csökkenése egyenes arányban áll a dohányzás visszaszorulásával. Az Egyesült Államokban például a dohányzás számottevő csökkenését követő 10-15 év múltán lehetett megfigyelni a betegszám mérséklődését. Ha ezt Magyarországra vetítjük, és figyelembe vesszük, hogy hazánkban a dohányzás az utóbbi 3-4 évben kezdett el csökkenni, akkor azt prognosztizálhatjuk, hogy itthon körülbelül egy évtized múlva kezd majd mérséklődni a tüdőrákos megbetegedések száma.

**– Feltételezem, a kedvező jelek a tüdőgyógyász szakma aktív közreműködésének és a nemdohányzók védelmében hozott törvényalkotásnak köszönhetőek.**

Biztosan közrejátszik ebben az elmúlt három-négy év határozott politikája, hiszen ma már közösségi zárt térben gyakorlatilag sehol sem lehet dohányozni. Ez egy erős dohányosnak kevésbé számít visszahúzó erőnek, de az alkalmi dohányosnak egész biztosan. Még ha egy szórakozóhelyen meg is kínálják az illetőt cigarettával, ahhoz, hogy rágyújtson, ki kellene mennie az utcára, ami kényelmetlen lenne a számára. Ezért inkább rá se gyújt, így rászokni sem fog. Ennek a folyamatnak az eredménye már számszerűsíthető: az alkalmi dohányosok száma néhány év alatt 4 százalékról 1,5 százalékra csökkent. Mindemellett a tüdőgyógyászok hagyományosan vezető szerepet töltenek be Magyarországon a dohányzás visszaszorításában. 1994 óta a tüdőgon-

dozókban szervezeten történik a programszerű leszokás támogatása. 86 tüdőgondozóban működik leszokást támogató pont, ahol két-három hónapos egyéni, illetve csoportos programok keretében segítjük mindazokat, akik meg akar-nak szabadulni ettől a káros szenvedélytől.

**– A tüdőgyógyász szakmán túl talán a háziorvosok tudnának ebben sokat segíteni, hiszen ők ismerik igazán a praxisukba tartozó lakosokat, így pontosan tudják, hogy ki dohányzik és ki nem.**

Igy van, ahogy mondja. Örülök, hogy szóba hozta az alapellátást, mert a háziorvosoknak kulcsszerepe van a tüdőgyógyászati betegek felkutatásában és ellátásában is. A szerepük ott kezdődik – ahogy a kérdésében megjegyezte –, hogy jól ismerik a körzetükhöz tartozó lakosokat, tisztában vannak a dohányzási szokásaikkal és életmódjukkal, tudják, kiknek vannak egyéb rizikótényezői, társbetegségei. Az is fontos, hogy ismerik a páciensek környezetét, és – itt elsősorban a legveszélyeztetettebbekre, a kamaszkorúakra és a fiatalokra gondolok – hatni is tudnak rájuk, megfelelő irányban motiválni tudják őket. Még arra is lehetőségük van, hogy ellenőrizzék, betegük kiváltotta-e a felírt gyógyszert a patikában. Gyakorlatilag ők létesítenek kapcsolatot a beteg és a szakorvos között. De senki ne gondolja, hogy a háziorvos diszpécser! Nem csak az a feladata, hogy a beteget a szakrendelésre irányítsa, hanem konzulensként részét kell képeznie az ellátási folyamatnak.

**– Mindez azonban intenzív háziorvos-továbbképzést kíván meg. Hogyan valósítható meg a háziorvosok tüdőgyógyászatra vonatkozó ismeretanyagának bővítése?**

Abból kell kiindulni, hogy amit megszervezünk, az ország minden pontján elérhető legyen, a mátészalkai járásban ugyanúgy, mint a fővárosban. Jelenleg éppen ezen dolgozunk az Országos Alapellátási Intézettel és a Szakmai Kollégium Háziorvosi Tagozatával. Egy olyan fenntartható együttműködést, partnerséget szándékozunk kialakítani, amelynek keretében a képzés oda-vissza irányban zajlik. Mert nem csak nekünk kell képezni a háziorvosokat, hanem nekik is minket, hiszen – ha jól belegondolunk – az ő praxisukban felvonul a medicina teljes palettája. Ahogy az orvos-beteg kapcsolatban, úgy az orvos-szakmák közötti párbeszédben is fontos egymás megértése. Ezért úgy kell megszerveznünk a képzést, hogy annak minden résztvevője megértse a szakmai információt.

**– A Korányi Intézet igazgatása mellett a Magyar Tüdőgyógyász Társaság és a Szakmai Kollégium Tüdőgyógyászati Tagozata elnöki teendőinek ellátása komoly kihívás lehet. Nem érzi soknak a vállára nehezedő feladatokat?**

Igaza van, ennyi feladatot ellátni felelősségteljes és időigényes elfoglaltság. Nem állítanék fel rangsort, mert nem is

lehet, de elsősorban az intézet működtetésével járó teendők kötnek le. Valójában nehéz szétválasztani az intézet irányítását, a tagozat vezetését és a szakma megfelelő képviselését. Szerencsére kiváló munkatársakkal dolgozom együtt, az MTT elnökségében a szakma legjelesebb képviselői vesznek részt, akik szívükön viselik a tüdőgyógyászat értékeit és érdekeit. Ami a Szakmai Kollégiumban végzett munkát illeti, a kormányzat legfőbb tanácsadó testületeként számos kérdésben kell véleményt kialakítanunk, kezdve a szakma stratégiai céljaitól, a működési feltételeken át az egyéb egészségpolitikai kérdésekig. Előfordul, hogy a véleményalkotásra rövid határidőt szabnak meg, ilyenkor bizony nincs idő a hosszas egyeztetésre a kollégákkal, hanem fel kell vállalni a személyes véleményt egy-egy, akár a szakma egészét érintő kérdésben is. Úgy gondolom, a véleménynyilvánítás jogalapja lehet az a közel négy évtized, amit eltöltöttem a szakmán belül, végigjárva annak minden lépcsőfokát. Hat éven át országos tüdőgyógyász szakfőorvosként is tevékenykedtem, ennek során megismerhettem a hazai tüdőgyógyászat minden zegzugát, a legkisebb járási tüdőgondozótól az egyetemi klinikákig. Nagyon fontosnak tartom – és ez az élet más területeire is igaz –, hogy az ember felvállalja a véleményét, és amikor kell, merjen és tudjon döntést hozni. Még akkor is, ha utólag kiderülhet, hogy nem a legideálisabb megoldást választotta. Persze ahhoz is bátorság kell, hogy az ember ezt utólag beismerje és változtasson, ha kell.

Van egy régi, fiatalkori olvasmányom, Aesopusnak egy fabulája, ami nagyon megragadt bennem, és sok mindenben befolyásolta a világról, s később a hivatásról alkotott véleményemet. Ha megengedi, elmondom. A történet az ókori Görögországban játszódik, amikor a városállamok hadban álltak egymással, hol az egyik polisz igázta le az másikat, hol fordítva. Ilyenkor a győztes fél kirabolta a leigázott várost, és rabszolgává tette annak lakosait. A zsákmányolt kincseket úgy szállították el, hogy ráparancsoltak a rabszolgává tett polgárookra, hurcoljanak át mindent a hódító városba. Egy ilyen alkalommal az egyik polgár az egyik legnehezebb tárgyat választotta ki, egy kenyérral teli kosarat, s kezdte cipelni a hátán. A többiek figyelmeztették, hogy meg fog szakadni, mire átérnek a másik városba, de ő nem hagyta magát lebeszélni. Ahogy haladtak előre, útközben megálltak, s a pihenők alkalmával mindenki kivett egy cipőt, hogy csillapítsa az éhségét. Ez így ment, s a kosár egyre könnyebbé vált, a második napra pedig teljesen kiürült. Mi ebből a tanulság? A nehézségek soha nem szabad, hogy visszarettentsék az embert. Meg kell látni mögöttük a kibontakozás lehetőségét, aminek révén alkothatunk valamit. S ha a problémák olykor megoldhatatlannak tűnnek is, előbb-utóbb feltárul mögöttük a perspektíva, az előrejutás felé vezető út.

*Boromisza Piroksa*

## NÉVJEGY



**Dr. Kovács Gábor** 1977-ben szerzett általános orvosi diplomát a Szegedi Orvostudományi Egyetemen. 1981-ben tüdőgyógyászati, 1989-ben belgyógyászati, 1996-ban klinikai onkológiai szakképesítést szerzett. 1998-ban diplomázott egészségügyi menedzserként a Budapesti Közgazdasági Egyetemen. 1978-tól az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézetben dolgozott segédorvosként, később alorvosként, majd adjunktusként. 1990-től a Szent Margit Kórházban adjunktus, 1994-től megbízott osztályvezető, 1995-től megbízott osztályvezető főorvos. 1996-ban visszatért az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézetbe, ahol osztályvezető főorvosként, emellett 1999-től informatikai főigazgató helyettesként dolgozott. 2004-ben az intézet megbízott főigazgató főorvosa, 2007-2012-ig főigazgató helyettese, 2012. május 1-jétől megbízott, majd 2013. július 1-től kinevezett főigazgatója. 2003-2005 között budapesti, majd 2005-től 2012-ig országos tüdőgyógyászati szakfőorvosként is tevékenykedett. 2011 óta az újjáalakult Szakmai Kollégium Tüdőgyógyászati Tagozatának az elnöke.

Társasági tagságok és tisztségek: Több cikluson keresztül volt és jelenleg is vezetőségi, illetve elnökségi tagja, 2010. óta megválasztott elnöke a Magyar Tüdőgyógyász Társaságnak. Tagja a Magyar Onkológus Társaságnak, a Magyar Klinikai Onkológusok Társaságának, utóbbinak 2005-2010 között elnökségi tagja. Tagja a European Respiratory Society (ERS) és az International Association for Study of Lung Cancer (IASLC) nemzetközi szakmai szervezeteknek. Fő szakmai érdeklődési területe a tüdőrák, elsősorban a megelőzés lehetőségei. Több mint tíz éve tanulmányozza a primer prevenció, nevezetesen a dohányzás visszaszorításának a gyakorlati lehetőségeit. Több publikáció, könyvfejezet jelzi ilyen irányú aktivitását. 2012. óta szakmai vezetője az intézetben működő Dohányzás Leszokás Támogatási Módszertani Központnak. A primer prevenció mellett foglalkoztatja a szekunder prevenció kérdése, rizikócsoportos tüdőrák szűrési modell kialakítása a tüdőszűrés átalakításával. Legutóbbi publikációi ebben a témában születtek. Rendszeresen részt vesz felkért előadóként a tüdőgyógyászati, onkológiai és háziorvosi szakorvosi képzéseken, továbbképzéseken.

#### Folytatás a 14. oldalról

A legtöbb ember nincs tudatában azoknak a tényezőknek és tevékenységeknek, amelyek potenciálisan csökkentik a demencia kockázatát. Hat emberből alig egy (17%) tudta, hogy a barátokkal és a családdal való szociális kapcsolata csökkenti a demencia kialakulásának kockázatát. Az embereknek csak negyede (25%) azonosította, mint lehetséges tényezőt a túlsúlyosságot, és ötből csak egy (23%) mondta, hogy a fizikai aktivitás csökkenti a kockázatot, segít a memória megőrzésében. A felmérés azt is feltárta, hogy több mint kétharmada a megkérdezetteknek (68%) aggodik, hogy későbbi életrésztében demenssé válik.

Martin Prince professzor szerint számos tanulmányból már most is van bizonyíték arra, hogy a demencia előfordulása csökkenő tendenciát mutat a magas-jövedelmű országokban, amely a lakosság rendszeres oktatásával, a növekvő tudatossággal, a javuló szív-érrendszeri egészségi állapotával hozható összefüggésbe.

A Nemzetközi Alzheimer Társaság ügyvezető igazgatója, Marc Wortmann szerint közegészségügyi szempontból nézve fontos megjegyezni, hogy a demencia kialakulásának veszélyét növelő kockázatok ugyanazok, mint amelyek más Nem Fertőző Betegségekhez vezetnek, u.m. a szív és érrendszeri betegségek, daganatok, cukorbetegség és tüdőbetegség. A Bupa Nemzetközi igazgatója, Graham Stokes professzor szerint az életkor és a génállomány a betegség rizikófaktorai, de a nemdohányzás, az egészségesebb étkezés, a sport, a jó oktatás, az ember agyának aktívan tartása és tornáztatása is közrejátszik a demencia kialakulási esélyeinek minimalizálásában. Ezek a jó gyakorlatok lassíthatják a betegség előrehaladását azok esetében is, akik már demenciával élnek, vagy akiknek tünetei vannak.

A Jelentés tartalmazza, hogy az egészséges életmód nagyobb hangsúlyt kap a magas-jövedelmű országokban, mint az alacsony- és közepes-jövedelmű országokban.

**A becslések szerint 2050-ig a demens emberek 71 százaléka az alacsony- és közepes jövedelmű régiókban fog élni, tehát a kockázati tényezők csökkentését világszintű hatékony közegészségügyi programok bevezetése segítheti.**

A Nemzetközi Alzheimer Társaság a Világjelentésében öt fontos dologra hívja fel a figyelmet, amivel csökkenthető a demencia kialakulásának kockázata: **1. Vigyázzon a szívére!, 2. Mozogjon!, 3. Táplálkozzon egészségesen!, 4. Tornáztassa az agyát is!, 5. Élvezze a társas tevékenységeket!**