

Magából a legjobbat

Az AMEGA beszélgetőpartnere: Dr. Sütő Gábor

a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Reumatológiai és Immunológiai Klinikájának egyetemi tanára

– **Professzor Úr, mi vitte az orvosi pályára?**

– A vicces válasz úgy szólna, hogy az orvosi egyetem volt a legközelebb a lakásunkhoz, mindössze két sarokra. Persze nem feltétlenül ez a dolog motivált, sokkal inkább az, hogy a családjában van 10-12 orvos – mindig változik a számuk, mert valaki éppen végez az egyetemen, más meg nyugdíjba megy –, és én ebben a közegben nőttem fel. Még így sem volt egyértelmű az orvosi pálya, mert a gimnázium harmadik osztályáig inkább valamilyen elektromos-műszaki pályára készültem.

– **Milyen meghatározó emlékei vannak a gimnáziumi évekből?**

– Szerencsés embernek tartom magamat, mert volt három-négy olyan tanárom, akiktől nagyon sokat kaptam szakmailag és emberileg egyaránt. A pécsi Nagy Lajos Gimnázium fizika tagozatára jártam, az akkori időszak utolsó tagozatos évfolyamára, ami nagyon elit helynek számított. Emelt szintű oktatást kaptunk eléggé feszített tempóban, és igen válogatott társaság járt oda, szinte húztuk egymást előre. Később, az egyetemi felvételi előkészítőn szintén találkoztam olyan emberekkel, akik meghatározóak voltak az életemben, sokat tanultam tőlük gondolkodásban, emberségben, döntésképeségben. Küzdelmes volt a biológia a gimnázium harmadik évében, de aztán az utolsó évre összeszedtem magam és jól ment a felvételi.

– **Kik voltak a legkedvesebb oktatói az egyetemen?**

– Jó szívvel emlékszem vissza *Tima Lajos* docensre az Anatómia Intézetből, aki igazi, jó karakter volt mind szakmai tudását, mind emberi tartását illetően. A klinikumban a belgyógyászok között többen is voltak, akiktől szakmailag sokat tanultam: közéjük tartozott későbbi főnököm,



Mózsik Gyula professzor úr, a közelmúltban elhunyt *Nagy Ibolya* docens asszony, aki a gyakorlatvezetőm volt, és az egész gasztroenterológus munkacsoport.

Nekünk még szerencsénk volt, hogy élvezhettük azoknak a professzoroknak az előadásait, akik a 60-70-es években lettek vezetők. *Barta Ottó*, *Kiss Tibor* és *Kelényi Gábor* professzorok mindegyike jelenség volt, nemcsak a szakmai tudásuk, hanem egész attitűdjük, az oktatáshoz való hozzáállásuk példaértékű volt.

– **Mikorra dönt el, hogy a belgyógyászatot fogja választani?**

– Az egyetemi évek kezdetén inkább a biofizika vonzott, ott is kezdtem el a diákkörös munkámat, de elég hamar szembesültem a magyar valósággal, és úgy gondoltam, hogy mégis inkább klinikus leszek, mert egy elméleti szakembernek nagyon kötött a pályája. A manuális szakmák nem vonzottak, sokkal jobban szerettem gon-

dolkodni, analizálni, minél többet megtudni a betegről, majd ennek alapján döntéseket hozni, ezért fordultam a belgyógyászat felé. Amikor az ember diákkörösként bekerül egy klinikára, még nem tudja pontosan, hogy az egyes diszciplínák mivel is foglalkoznak. Meghatározó volt számomra *Mózsik Gyula* professzor úr, aki akkor lett docens, és fiatalokat gyűjtött maga mellé dolgozni.

A pályafutásom során legalább két nagy fordulópont volt, amikor a változások nem mindegyike eredt belső indíttatásból. A *serendipity*, a véletlen szerencse nagyon fontos tényező volt az életemben: nem mindig oda lyukadtam ki, ahová elindultam, de a végén mindenből jobban jöttem ki, mint amire számítottam.

– **Melyek voltak ezek a fordulópontok?**

– *Mózsik* tanár úr mellett kezdtem diákkörösként dolgozni az I. Belklinikán, aztán végzés után is idekerültem, és nem sokkal később kimehettem Los Angelesbe a UCLA-re. Mi itt Magyarországon a gyomor regulációjának neurológiai vonatkozásait vizsgáltuk, és így kerültem a UCLA-re *Yvette Taché* professzor asszonyhoz, aki *Selye János*nak volt a PhD hallgatója, és a montreali *Selye* Intézetben szerezte a PhD-ját. Ők a stressz-koncepcióból indultak ki, és azokat a mediátorokat, neurális utakat keresték, amelyek a gyomorsav-szekréción, a vérátáramlást és a motilitást befolyásolják.

Amikor odakerültem, azt kérdezte tőlem *Yvette Taché*, hogy lenne-e kedvem gyomormotilitást mérni patkányokban, és megnézni, hogy a különböző citokineknek, nevezetesen az interleukin-1-bétának milyen hatása van. 1992-t írtunk, amikor az ember örült, hogy egyáltalán eljuthatott egy ilyen helyre, mert nem volt olyan könnyű utazni, így amikor feltették ezt a kérdést, én rögtön rávágtam, hogy igen, mert az ember ne válogasson, hanem örüljön, ha egy ilyen érdekes dolgot rábíznak. Ezt követően az elsők között írtuk le, hogy a gyulladáshoz vezető mediátorok hatására hogyan aktiválódik a központi idegrendszeri CRF (corticotropin releasing factor), és ez hogyan gátolja a vagus rostokon keresztül a nem-adrenerg nem-kolinerg rostok aktivációjával a gyomor ürülését.

Mindaddig semmit sem tudtam az immunológiáról, hiszen gasztroenterológusként mentem oda, és másfél év múlva úgy jöttem haza, hogy meg voltam „fertőzve” a citokinekkel, és úgy gondoltam, hogy immunológus szeretnék lenni. Ez egyértelmű *serendipity* volt az életben, hiszen nem azért mentem Los Angelesbe, hogy immunológus legyek, vagy egyáltalán hogy immunológiával foglalkozzak, hanem ez a téma adódott.

Aztán hazajöttem, megcsináltam ebből a témából a PhD-t, és utána már csak azon járt az agyam, hogyan tudnék immunológus lenni. Így lettem aztán reumato-

lógus, és mivel ilyen jellegű témáim voltak, együtt dolgoztam *Czirják László* professzor úrral, ezért át tudtam menni a 2002-ben induló Reumatológiai és Immunológiai Klinikára, és itt tudtam továbbfejleszteni ezt a típusú tudásomat.

Ez volt tehát a következő fordulópont az életemben, amikor a régi munkahelyemet 13 év után otthagytam, átjöttem a Reumatológiai Klinikára, és egy teljesen új szakmába kezdtem. Nem kellett gyökeresen váltani, hiszen a belgyógyászati tudást teljes egészében tudtam hasznosítani, és a gasztroenterológiából is sok mindent át lehetett menteni, de meglehetősen az alapoktól kellett újra felépítenem az egészet.

– **Csak kettő? A jó történetekben három fordulópont szokott lenni...**

– A harmadik az tulajdonképpen most zajlik, az egészségügy átalakításával a szerepek megváltoznak, alkalmazkodni kell a megváltozott körülményekhez. Ez hoz változást az ember munkájában, életében.

– **Los Angeles mellett milyen külföldi kitekintésre volt még lehetősége?**

– Orvostanhallgatóként töltöttem egy hónapot Marburgban, illetve amikor még gasztroenterológiával foglalkoztam, akkor Angliában voltam egy nagyon jó, európai hírű funkcionális gasztroenterológiai laboratóriumban. Mindig az volt a benyomásom – és ez vonatkozik az amerikai munkámra is –, hogy hardverben sosem voltak jobbak ezek az intézmények, mint mi vagyunk és szoftverben sem. Ez azt jelenti, hogy az eszközellátottság talán egészen a mostani évekig nem volt rosszabb nálunk sem, ugyanakkor a szakemberek tudása sokszor jobb is, mint külföldön. Nálunk a szervezettséggel van probléma: Magyarországon nem működik az, ami a tengerentúlon vagy a La Manche-csatorna másik partján jól működik.

– **Szakmai szempontból kik voltak a mesterei?**

– Két nagyon fontos mesterem volt: *Mózsik Gyula* és *Czirják László* professzor úr. Tőlük tanultam meg általában a belgyógyászatot is, és a szűkebb diszciplínában is az alapismereteket és a gondolkodást. Ebből a szempontból szerencsésnek érzem magam, hiszen ez alapvetően a pécsi és a debreceni belgyógyászati iskola keveredése. Minden iskolának megvan a maga felfogása az adott diszciplínáról, és nekem most két inputom, két bemenetem van. Az persze más kérdés, hogy ez hogyan interferál bennem, de bízom benne, hogy mind a kettőből az egymást erősítő hatások maradtak.

– **Professzor Úr, szakmai szempontból mire a legbüszkébb az eddig elért eredményei közül?**

– Sok mindenre. Nem vagyok titulusmániás, de arra büszke vagyok, hogy 47 évesen lettem egyetemi tanár,

ami fiatal kornak számít Magyarországon. A legnagyobb sikeremnek azt érzem, hogy a nagy belgyógyászati diszciplínán belül sikerült egy olyan profilt kialakítanom, ami nem ragadt le egyetlen szubdiszciplínánál. Amikor kérdezik, hogy mivel foglalkozom, mindig azt szoktam mondani, hogy *orvoslással*, tehát gyógyítok. Ha kell, belgyógyász vagyok, ha kell, gasztroenterológus vagyok, reumatológus vagy akár immunológus, pont azért, mert nem hiszem, hogy a betegségeket szét lehet választani. Ha valaki bejön, legyen bármilyen problémája, igyekszem megoldani, megoldást találni rá. Azt gondolom, hogy egy gyakorló orvos számára ez lehet a legfőbb érték.

Aztán vannak persze egyéb dolgok is: milyen pozícióértél el, hány publikációd, impakt faktorod vagy citációd van, de tudjuk, hogy ezek igen sok más tényezőtől is függenek, és nem feltétlenül az embert minősítik, hanem sok esetben csak a körülményeit. Én azt gondolom, hogy az az érték, amit az ember *hozzá tud adni* a társadalomhoz. Lehet, hogy ez nagyon nagy szó, de arra kell a legbüszkébbnek lenni, amiben az ember egyedi, unikális.

– Ön szerint hol tart ma Magyarországon a klinikai immunológia?

– Amikor elkezdtem ez után érdeklődni, akkor rájöttem, hogy nagyon nagy lyukak vannak. Annak idején a mi oktatásunkban is meglehetősen alulreprezentált volt ez a szakterület. Van egy történelmi hagyomány, nevezetesen az, hogy a klinikai immunológiának nevezett tudományág nagyon debreceni orientációjú. Ez abból ered, hogy onnét nőtt ki a Petrányi iskola, és akik Magyarországon ezt a tudományágat jól művelik és képviselik, azok szinte egytől egyig abból az iskolából indultak el.

Az nagyon forradalmi dolog volt, és ez *Czirják* professzor úr érdeme, hogy a dél-dunántúli régióban sikerült ezt a gondolkodást meghonosítani. Most ennek az iskolának az emberei vannak a környező kórházakban a Dunántúlon és néhány helyen Budapesten is. Véleményem szerint nagyon nagy szakmai fejlődés történt az elmúlt 10-12 évben, főleg a dunántúli régióban, mert itt voltak a legnagyobb hiányosságok.

Azonban a mostani finanszírozási válság, ami várhatóan még tovább fog mélyülni, ha nem is végezte ki teljesen, de nagyon visszavetette fejlődést. Ennek a betegcsoportnak és diszciplínának gyenge az érdekérvényesítő képessége. Nincsenek sürgősségi esetek, vagy ha vannak, akkor azokat a pulmonológia vagy a kardiológia látja el, igazi sürgősségi immunológiai kórkép kevés van. Mindig egy másik diszciplínához társulunk, és ennek következtében az anyagi források fölött mi sokkal kisebb részen rendelkezünk, mint egy nagyobb szakma, ahol komoly sürgősségi ellátások történnek. Jelenleg ez a legfőbb gond.

– Nemzetközi összehasonlításban hol tartunk a klinikai immunológiában?

– A kérdés az, hogy kihez hasonlítjuk magunkat. Van nagyon jó és tradicionálisan nagyon fejlett országok. Például a klasszikus brit immunológia és reumatológia nagyon magas színvonalú és fejlett, és ha ahhoz hasonlítom magunkat, akkor egészen biztos, hogy jócskán lemaradtunk, és nehezen érzük el azt a színvonalat. Azonban egy jó nyugat-európai átlagot – főleg itt a Dél-Dunántúlon – biztosan megütünk. Ha meg keletebbre tekintünk, ahhoz képest egyre jobb lesz az ellátásunk.

– Milyennek ítéli a szakmai utánpótlás helyzetét?

– Rossznak, de ez most minden szakmában így van. A fiatalok nem nagyon akarnak a szakorvosi képzésbe belépni Magyarországon, és ez látszik a mi utánpótlásunkon is. Az utánpótlás helyzetét megnehezíti a rossz szakmai érdekérvényesítő képességünk. Ha körülnézünk egy megyei kórház szintjén, akkor a szakmánk nincs kellőképpen reprezentálva és pont azért nincs, mert a kórházi vezetést nehéz meggyőzni ennek a szakmának a szükségességéről, létjogosultságáról. Tehát itt kettőn áll a vásár: egyrészt a most szakképzésbe belépő orvosoknak csökkent az érdeklődésük, másrészt az alulfinanszírozottság miatt ez a szakma háttérbe szorul az összes nem egyetemi ellátó intézményben.

– Milyennek reméli 20 év múlva az immunológia helyzetét Magyarországon?

– Mindenképpen jobbnak és ez tényleg nem a kötelező kincstári optimizmus. A klinikai immunológia viszonylag fiatal szakma, 50-60 évre tekint vissza, és összehasonlítva más diszciplínákkal, ez fiatal kornak számít.

Amikor a sacroiliacalis röntgen értékelésének az elterjedtségét vizsgálták a radiológusok körében, és azt nézték, hogy a hatvanas években leírt kritériumrendszer esetében mennyi idő kellett ahhoz, hogy az új szabályok adekvát módon megjelenjenek az átlag radiológiai véleményalkotásban, akkor kiderült, hogy ehhez 20-25 évre volt szükség. Tehát ha ma elindítunk valamit, és annak teljesen nyilvánvalóak a szabályai, akkor is valószínűleg egy teljes orvosi generáció fog lecserélődni, mire az széles körben elterjed. Azok, akik az immunológiát majd még szélesebb körben és még magasabb szinten fogják művelni, most még valószínűleg az egyetem padjaiban ülnek, és majd 10-15 év múlva önálló, érett kutatóként vagy gyógyító orvosként fogják magasabb szinten művelni a szakmát.

Pont azért, mert egy fiatal szakmáról van szó, nem szabad türelmetlennek lenni: biztos, hogy erősödni fog a klinikai immunológia szerepe. Ebben mi háromféleképpen tudunk segíteni: a graduális képzésben megfelelő hangsúlyt kell adni a klinikai immunológiának, értelem-

szerűen a posztgraduális képzésben is hangsúlyosan kell kezelni a témakört, harmadsorban pedig olyan módon kell művelni a szakmát, hogy az orvostársadalom számára világos legyen, hogy hol van a helye és mi a jelentősége a szakmánknak.

– **A klinikai immunológiát rendszerint az allergológiával együtt említik és oktatják. Az Ön véleménye szerint van-e értelme ennek a párosításnak a mindennapi orvosi rutin vonatkozásában, vagy inkább érdekesebb lenne ezeket külön oktatni?**

– Azt gondolom, hogy célszerű lenne külön kezelni a két diszciplínát. Ennek egyszerű technikai oka van, ugyanis teljesen más közrendszerrel használ a két szakma. Az allergológiában nagyon érdekeltek a tüdőgyógyász, a fül-orr-gégész, a szemész és a bőrgyógyász kollégák, és a szakmák allergológiai vonatkozásait mindenki a saját szakterületén *belül* műveli. A klinikai immunológia viszont egy belgyógyászati jellegű szakma, ahol nem elég egyetlen szervre vagy szervrészletre koncentrálni, itt sokkal fontosabbak az összefüggések. Amikor a betegekkel érzékeltetni akarom, hogy mit csinál az immunológus, mindig azt mondom, hogy az immunológus nem ért semmihez. Ha kell, elküldöm kardiológushoz, bőrgyógyászhoz, magam is csinállok néhány vizsgálatot, viszont amit az immunológus tud megcsinálni az az, hogy *össze tudja rakni* a sok-sok részadatot egy egységes képé. Azért érzem nagyon eltérőnek az allergológiát és a klinikai immunológiát, mert míg a klinikai immunológia abszolút módon egy interaktív multidiszciplináris szak-

ma, addig az allergológiánál sokkal szűkebb az a spektrum, amilyen alapszakmákra koncentrálni.

– **Professzor Úr, kik büszkék Önre otthon?**

– Mi mindannyian büszkék vagyunk egymásra, az egész család. A feleségem, a gyermekem, a szülők, de még a kutya is. Nálunk valaki mindig csinál valamit, ami re büszke lehet saját maga is és a legközvetlenebb hozzátartozói is.

– **Hogyan tölti a szabadidejét?**

– Fúrok-faragok. A körfűrészről kezdve az ütvefúrón át a fúrókalapácsiig mindenféle szerszámom van otthon. Ha igazán pihenni akarok, akkor valamilyen fizikai aktivitást csinállok. Ne kelljen gondolkodni, ne legyenek se komoly vizuális, se akusztikus bemenetek, tehát szóba se jön a tévézés vagy a zenehallgatás. Zenét szoktam a háttérben hallgatni, de pihenés közben a tévé és az internet kifejezetten fáraszt. Ilyenkor a hónom alá csapom a családot és a kutyát, beülünk az autóba, vagy elmegyünk sétálni. Ha jó az idő, akkor szívesen árok a kertben, és mindent megcsinálok a házon és ház körül, ha kell bokrok, vakolok. Az a legfontosabb, hogy ha pihenek, akkor csak mozgás, mozgás és mozgás.

– **Professzor Úr, hogyan tudná megfogalmazni a szakmai ars poeticáját?**

– Add mindig a legjobbat magadból. Ez a legelső és legfontosabb. A másik, hogy mindig próbálj a lehető legtöbbet magadba foglalni és gyűjteni, tehát tanulj, ennek ez a lényege. Ez a két legfontosabb: tudjál minél többet és ebből tudjál minél többet visszaadni a környezeteknek. ■