

# Gyógyítani tiszta szívből

## Az AMEGA beszélgetőpartnere: Dr. Szondy Klára

*a Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinikájának  
tüdőgyógyász-onkológus főorvosa*

### – Főorvosnő, igaz a szóbeszéd, hogy Ön diákjeggyel síel Ausztriában?

– Ez sajnos nincs így, de valóban megtörtént az egyik osztrák sípályán, hogy amikor kétórás jegyet kértem, megkérdezték, hogy ugye diákjegy lesz. Mentségükre legyen mondva, hogy nagyon be voltam öltözve, csak a copfom lógott ki a sapka alól.

### – Mi vitte az orvosi pályára?

– Bár a családban nem volt orvos, az orvoslás iránti érdeklődésem mégis egészen kicsi gyerekkoromtól megvolt. A családban egyik ága tbc-ben szinte teljesen kihalt, és gyerekkoromban sokszor hallottam, hogy valamelyik rokon beteg, és megyünk a kórházba látogatni. Szüleim elmondása szerint már a babáimmal is állandóan orvososdit játszottam és mind „tüdbajás” volt, úgyhogy már a tüdőgyógyászat is egészen korán jelen volt az életemben.

### – Mi volt a legjobb tanács, amit a szüleitől kapott?

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

### – Milyen emlékei vannak a gimnáziumi évekből?

– Kellemes gimnáziumi éveim voltak, egy vidéki gimnáziumban, Nagykállóban érettségiztem. Kimondottan jó tanuló voltam, bár a történelem érdekes módon nem feledt nekem, a reál tárgyak viszont nagyon.

### – Milyen út vezetett az orvosi egyetemre?

– Nagyon tudatosan és keményen készültem az orvosi pályára. A 36 fős osztályunk többsége nagyon gyenge fizikás volt, és figyelmeztetett is a tanárom, hogy ne örüljek nagyon az ötösömnek, mert a színvonal a kettőshöz van beállítva. Az a három osztálytársam, akinek kellett a fizika, bejárt előkészítőre Debrecenbe. Én nem tudtam



ide eljárni, de nagyon tudatosan tanultam a fizika példákat, gyakorlatilag gerincvelői szinten. Aztán én írtam az egész ország egyik legjobb fizika felvételijét, azzal a kivétellel, hogy mindent elszámoltam. Minden egyes példám. Olyan szinten, hogy három meg kettő az nyolc, úgyhogy nagyon néztek rám a felvételin, hogy nincs-e valami frontális lézióm.

De aztán elmeséltem nekik, hogy én egyéni gazdálkodó gyereke vagyok, és úgy mentem felvételizni, hogy az anyám éppen kórházban volt, apám a szülőben, akit egyáltalán nem érdekelt, hogy a lányai tanulnak vagy nem

tanulnak, vagy aznap éppen felvételizniük kell, úgyhogy el kellett látnom az állatokat, és emiatt két órát késtem a négyórás felvételiziról. Akkoriban az, hogy valaki egyéni gazdálkodó gyereke volt, nem volt előny, de ez esetben a bizottság respektálta. Utólag, a 30 éves évfolyamtalálkozónkon tudtam meg, hogy még a konfirmációs fényképet is mellékeltek a felvételi dokumentációmhoz, és így derült ki, hogy 1975-ben rengeteg negatívummal indultam neki a felvételinek. De érdekes módon akkor is voltak olyan emberek, akik áthágták a törvényeket, és egyből felvettek.

– **Milyen hangulat volt a debreceni egyetemen a 70-es évek második felében?**

– Nagyon jó volt akkoriban Debrecenben medikusnak lenni. A legjobb kifejezés talán az, hogy én Debrecenben voltam medikus és lettem *diák*. Nagyon jó hangulatú egyetem volt, kiváló oktatókkal, a kedvenc oktatóm *Endes Pongrác* volt, a patológia professzora.

Kollégista voltam, a kolis életet pedig nem lehet übe-relni. A kollégiumi bulik, a disznótoros vacsorák, a Color együttes számok, a futballmeccsek. Az 1-es kollégium korábban tisztizidencia volt, és abban az időben, amikor még csak nagyon nehezen lehetett telefonhoz jutni, nekünk minden szobában városi és vidéki vonal volt, ilyen szempontból szinte luxus körülmények között laktunk. Emlékszem néhány dologra, amit nehezen úsztunk meg, például amikor a barna katonai szekrényeket átfestettük pirosra. Emiatt majdnem kivágtak bennünket a kollégiumból, de mi vállaltuk ezt, és talán a piros szín mentett meg bennünket. Még egy eset volt, amikor ki akartak rúgni bennünket, amikor megtagadtuk, hogy tapsoljunk *Kádár Jánosnak*, amikor lejött Debrecenbe. Ez a két kritikus esemény volt, az olyanokat, hogy az ablakon jártunk be éjszaka, amikor már bezárták a kaput, simán megúsztuk. Mi egy beleváló, eleven szoba voltunk, mindenki tudta, kik laknak a 64-es szobában. A mai napig tartjuk a kapcsolatot az egész csoporttal, összejárunk a szobatársakkal.

– **Említette már a kisgyermekkorai találkozását a tüdőgyógyászzal. Orvosként hogyan talált rá erre a szakmára?**

– Mátraházán hirdettek tüdőgyógyász állást lakással. A lakás számomra fontos kérdés volt, és általában csak a háziiorvosi állásokhoz kínál-

tak lakást, de Mátraházán a szakorvosjelölteknek is szép lakást adtak, ezért úgy döntöttem, hogy ott kezdek el dolgozni. Mátraházát nagyon jó iskolának gondolom azóta is.

– **Milyenek voltak a pályakezdés éveid?**

– Máig visszacseng akkori főnököm, *Balla* igazgató úr mondata, amit az első ügyeletem előtt mondtam, és amit később igyekeztem én is továbbadni minden fiatalnak, így szólt: „Egyet jegyezzen meg kolléganő. Az a beteg, aki nem bírja ki, hogy Ön végiggondolja, mit kell tenni, vagy uram bocsá' levegyen egy könyvet, és odalapozzon egy sürgősségi kérdéshez, aki ezt nem bírja ki, az úgyis meghalt volna.” Tehát a kapkodásnak semmi értelme.

Ez később is igazolódott, amikor a klinikára kerültem és az intenzív részlegen is kellett ügyelnünk. A nővérek nagyon szerették, amikor én ügyeltem, mert – miközben mindenki üvöltött, hogy tedd már gépre, nem látod, hogy extrázik – én megálltam, és kértem, hogy mondjátok már el, mi a baj. Aztán elkezdtek mesélni, és mondták, hogy nézzem már meg, milyen acidotikus, és miután megnéztem, csípőre tett kézzel közöltem, hogy ilyen vérgáz pedig nincsen, ilyen légzési elégtelenség pedig nincsen. Hamar kiderült, hogy a beteg le van szedálva és „csak” a nyelve csúszott hátra. Ha felültették, jó volt a vérgáz, ha lefektették, rossz volt a vérgáz.

Ezeket az orvosi „bölcsségeket” és a logikus gondolkodást Mátraházán, az öreg professzoromtól tanultam. Meg hát akkoriban nem volt hároméves rezidens képzés, és nem sétálgattunk a betegek között, hanem egyhetes diplomával beálltunk és ötszáz ágyra ügyeltünk. Nem volt retard teofillin se, és vénázni is nagyon hamar meg kellett tanulni.

Kezdő orvosi éveim idején zajlott az iraki-iráni háború, és Mátraházán volt az Országos Traumatológiai Intézet szeptikus osztálya, ahová tizenéves sebesültek tömegeit hozták. Dél előtt a sebészek operáltak, délutánra viszont eltűntek, és ha vér kellett, vagy ha kinyílt egy seb, már csak mi voltunk ott. Gyönyörűen megtanultunk sebet varrni. Nagyon hasznos volt az a három év, amit fent töltöttünk Mátraházán, de anynyira kevés orvos volt, hogy szinte semmilyen továbbképzésre nem tudtunk elmenni, még a kötelező egyhónaposra sem. Ekkor úgy döntöttünk, hogy tovább kell lépni.

– **Merre történt ez a továbblépés?**

– A kardiológia érdekelt, már Mátraházán is dolgoztam a kardiológiai rehabilitációs osztályon, és ezt a kardiológiai vonalat szerettem volna folytatni Budapesten. Az akkori Fővárosi Tanács egészségügyi osztályvezetőjét jól ismertem, és őt kértem meg, hogy szerezzen nekem egy állást valamelyik fővárosi kardiológián. Ez abban az időben, 1983-ban szinte fizikai képtelenség volt, mert ha nem volt állandó lakásod, akkor nem kerülhettél Budapestre, vagy csak nagyon nehezen, különleges protekciókkal. A János Kórház kardiológiai osztályának vezetőjét, *Szám István* professzor urat is jól ismertem, nála viszont nem volt státusz, de ő közben járt az érdeklődésben *Miskovits Gusztáv* professzornál, és bár nem bírták egymást, *Szám* professzornak mégis volt akkora tekintélye, hogy *Miskovits* ideiglenes szerződéssel felvett a tüdőklinikára. Éveken keresztül ilyen egyhetes, kéthetes, egyhónapos szerződéseim voltak, tudományos főmunkatársi státuszban. Én egyébként azon kevesek egyike voltam, akik szerették *Miskovits* professzort. Nagyon hisztis főnök volt, de sokat lehetett tőle tanulni, annyira betegcentrikus volt.

– **Minek a hatására fordult a kardiológiai érdeklődése az onkopulmonológia felé?**

– Számomra a tüdőgyógyászat az előbb említett formában végül is egy kényszerpálya volt. A kardiológián, kardio-pulmonológián kezdtem, aztán a Pulmonológiai Klinikára kerültem, amit aztán nagyon megszerettem, és megtaláltam a helyemet a tüdőgyógyászatban belül.

Beosztottként először *Szüle Péter*hez kerültem, aki mellett megtanultam bronchoszkopizálni. Emlékszem, *Zsiráy Miklóssal* kezdtük, aztán *Lantos Ákos* is csatlakozott hozzánk. A fiberoszkópot féltettük, mert nagyon nehéz volt megvásárolni, az első eszközt 18 évig használtuk, és talán még ma is megvan, mint múzeális darab.

Hamarosan megjelent a képben az onkológia is, ugyanis ha bármilyen daganatnak áttétje volt a tüdőben, a beteg onnantól kezdve mindig a tüdőgyógyászhoz került. Az ilyen a betegeket többé nem vette fel az adott onkológiai osztály, így egyre több tumoros beteg jelent meg az osztályunkon. Elkezdett izgatni, hogyan lehetne segíteni ezeken a betegeken. Megcsináljuk a biopsziát, ott van a kezünkben a lelet, hogy például melanóma, és nem kéri vissza többet a

beteg az onkológiára, mert ez már tüdőáttét. Mit lehet ilyenkor tenni? Akkor az elsők között határoztam el, talán *Ostoros Gyulával* egyszerre, hogy szakvizsgázom onkológiából. Előttünk egy onkológus-tüdőgyógyász volt, *Horváth Ákos*, aki onkoradiológus is volt. Ő volt az első magyar tüdőgyógyász onkológus, és utána határoztam el én is. Ez 1990 körül volt, a tüdőrák incidenciája is onnantól ugrott meg exponenciálisan. Nyilván éreztük már ezt a nyomást, és ezért tettük le az onkológia szakvizsgát.

– **Főorvosnő, milyen szakmai sikerekre emlékszik vissza a legszívesebben?**

– Nehéz a tüdőrák esetén sikerekről beszélni, de néhány gyógyult esetre, például arra a mezoteliómás betegre, akit 10 éve tudok talpon tartani, mindenképp büszke lehetek.

Vannak sikerélményeim nem daganatos esetek kapcsán is. Volt egy 45 éves betegem, aki bekerült az egyik budapesti kórház fogyókúras osztályára, és átszóltak ügyeletben éjszaka, hogy vért köp, anémiás, pedig már rengeteg vért kapott. Telefonon megmondtam, hogy minden bizonnyal Goodpasture-szindrómája van és vaszkulitise a tüdőben, de reggel, amint leteszem az ügyeletet, odamegyek és megnézem. Odamentem és nagyon összevettem a főorvos úrral. Kérdezem, hogy hol van egy vérgáz, hát az nincs, hol van egy röntgen, hát az sincs. De akkor miért kapott a beteg 6 palack vért egyszerre? Na, erre nem tudtak válaszolni. Kérdeztem, hogy ilyen állapotban miért van a fogyókúras osztályon, miért nem viszik át az intenzívra. Erre azt mondták, hogy nem szállítható. Ezek után, a beteg feleségét felbízgatva, praktikusán kicsempésztem a kórházból a beteget. A diagnózisom „ült”, ami vaszkulitisz és Goodpasture-szindróma volt. Akkor még az intenzíven is dolgoztam, a beteg gépre került és kihoztuk ebből az állapotból, és mai napig köszöni jól van.

Természetesen akadnak az onkológiában is sikerélmények, de gyakran csak szabálytalanságok árán. Az előbb említett mezoteliómás betegnek például 10 éven keresztül olyan kezelést kellett adnom, ami idehaza nincs törzskönyveztetve mezoteliómára, de a beteg 10 éve jól van, ami egy áttétes mezotelióma esetén azért elég jó eredmény.

Azt szoktam mondani, hogy addig szeretnék élni, amíg a tüdőrák gyógyítható nem lesz,

és úgy tűnik, hogy sokáig kell még élnem. Mert vannak ugyan eredmények, és ha belegondolok, hogy a régebbi 10 hónapos átlagos túlélések helyett most már 18-20, időnként 22 hónapos átlagos túléléseknél tartunk, még mindig sok a tennivaló. Egy picit büszke vagyok arra, hogy ha csak a kisujjammal is, de benne voltam abban a harcban, hogy Magyarországon mi és hogyan legyen finanszírozva. Mindig megtaláltuk a kiskapukat, ahol kopogtathatót a szakma az Egészségbiztosítási Pénztárnál a megfelelő finanszírozás érdekében. Nagyon kemény, de sikeres harcok voltak ezek. Mostanra viszont egyre kevésbé sikeresek, és ma már nem is biztos, hogy tudnám folytatni, csinálni.

– **Ön szerint hol helyezkedik el a pulmonológia a hazai egészségügy hierarchiájában?**

– Sajnos erről most nagyon rossz véleményem van. Korábban azt mondtam volna, hogy a belgyógyászat egyik ága, egyenrangú a kardiológiával, a nefrológiával és a különböző szervi medicinákkal, de az utóbbi években úgy érzem, hogy a pulmonológia kezd az állami egészségügy és a belgyógyászat amolyan „betegledobójává” válni. A mindennapokban azt látom, hogy ha a belgyógyászatra kerül tüdőgyulladás miatt egy 90 éves beteg, akkor őt azonnal tüdőgyógyászati osztályra helyezik át, mert 5 perc múlva pelenka kell, és olyanok az ápolási költségeik, hogy nem bírják. A 45 éves pneumóniást egyébként könnyedén meggyógyítják. Ha végigvonulunk egy budapesti tüdőosztályon, siralmas a látvány, fele hospice, fele ápolási osztály, az elfekvővel egyenértékű, hiszen Budapesten nagyon sokszor szociális indokkal fektetik be a beteget. Olyan dolgokra megy el a szakorvos ideje, energiája, ami szerintem teljesen felesleges.

– **Nemzetközi összehasonlításban hol helyezkedik el a magyar onkopulmonológia?**

– A szakmai felkészültségünk nagyon jó, de a korlátokat a finanszírozó szabja meg, ő húzza be a féket. Magyarországon viszonylag egységesen kezeljük a betegeket, amihez nagyban hozzájárult a szakma, ezen belül is az onkopulmonológiai szekció éves konferenciái, melyeken mindig nagyon sokan szoktak részt venni. Aki tüdő-onkológiai betegeket kezel, az ismeri a lehetőségeket, és tudja, hogy mi, hol és hogyan érhető el.

Jelenleg szinte mindegyik Európában zajló klinikai vizsgálatban mi is részt veszünk. A diag-

nosztika szintén nagyon magas színvonalon áll, bár van egy-két hely vidéken a kisebb centrumokban, ahol szerintem egyesíteni és racionalizálni kellene az erőinket. Például a palliatív ellátásra, a lézerkezelésre, kriokezelésre, egyáltalán a nagy légutak tágítására nem kellene minden centrumba készüléket telepíteni.

– **Milyennek látja a magyar egészségügy helyzetét?**

– Kicsit másképpen közelítem meg a kérdést. Három szakaszra osztom az orvosi pályafutásomat: az első időszakban gyógyítottunk kézzel-lábbal, minden tőlünk telhetőt megtevé. Mát-raházán varrtuk a sebet, ha elesett valaki, nem küldtük tovább, megcsináltuk. Próbáltuk megoldani a problémát, hogy mitől fullad a beteg. Fent voltunk a Varázshegyén, nem is volt lehetőségünk arra, hogy Gyöngyösről kapjunk gyorsan orvost, de mindennek utánanéztünk, és elláttuk a beteget. Ez a gyógyító medicina korszaka volt.

Utána megjelentek a drága műszerek, majdnem egyszerre az összes, és a kártérítési perek, és akkor az orvosok elkezdtek félni. Jött a defenzív medicina korszaka, amikor mindent alá akartunk támasztani valamilyen műszeres vizsgálattal. Az elmúlt 5-7 évben pedig a lerázó medicina korszakát éljük, amikor mindenki meg akar szabadulni a nagyon beteg betegtől. A nem nagyon beteg az kell, mert ő pontot hoz és pénzt jelent, de az a fajta lerázás, ami most megy, azzal én már nem is tudok boldogulni.

– **Ilyen helyzetben hogyan lehet fiatalokat vonzani a tüdőgyógyász pályára?**

– Vannak nagyon tehetséges fiatalok, de nagyon nagy hibát látok az oktatás rendszerében. A mostani orvoshiány és leterheltség mellett azt gondolom, hogy a rezidensi képzés a jelenlegi formájában felesleges luxus. Állítom, hogy a mi generációnkból egy picit se lett rosszabb tüdőgyógyász azért, mert nem vett részt rezidens képzésben. Vagy a rezidens képzés, vagy az egyetem hatodik éve felesleges, valamelyiket bizonyosan meg kellene szüntetni. Ezekon a fiatal orvosokon látszik, hogy már pénzt szeretnének keresni, már fix helyen szeretnének dolgozni, de ehhez szakma, szakvizsga kellene.

Egy leterhelt tüdőgyógyász nem tud három hónapig foglalkozni egy fiatal orvossal. Vagy vegyük át az amerikai módszert, amikor a rezidens szinte beköltözik a kórházba, és éjjel-nappal dol-

gozik. De nem, a magyar rezidensek le vannak fixálva három ügyeletig, mert nem bír többet fizetni a rendszer. Azután bejöhet ingyen dolgozni. Valami hibádzik, hiszen három hónap alatt biztosan nem tanulja meg a tüdőgyógyászatot, ha pedig tüdőgyógyász akar lenni, akkor inkább négy évig legyen ott, mint két évig.

**– A medikusok érdeklődését hogyan lehetne felkelteni a pulmonológia iránt?**

– Én nagyon szerettem oktatni. A klinikán töltött utolsó éveimben bronchológiai forgó gyakorlatokat tartottam, ami önmagában is érdekes, mert rengeteg izgalmas videót lehet mutatni és szájtátva hallgatják. Mindig azzal kezdtem a bemutatkozást, hogy felnőttek vagytok, nem fogok katalógust tartani, mert ha ide nem éri meg eljönni, akkor ne gyertek. Amikor azt látom, hogy valamelyik kolléga katalógus papírral indul a gyakorlatra, akkor szomorú leszek. Régen rossz, ha csak katalógussal tudjuk behajtani a medikust a gyakorlatra.

Mindig meg szoktam kérdezni az elején, hogy ki akar orvos lenni. Ilyenkor mindenki felteszi a kezét. És ki akar Magyarországon maradni? Ekkor már kevesebben. Elmondok nekik minden gyakorlaton egy érdekes dolgot a mindennapi életből, hogy mennyi a fizetésem, hogy milyen régóta akartam orvos lenni, és hogy a jelenlegi nagy elkeseredésem ellenére is azt gondolom, hogy nem tudnék mást csinálni, ugyanígy tennék, ha újrakezdeném. A hallgatók hiánytalanul az utolsó gyakorlatig ott szoktak lenni. A végén szoktunk tartani egy nagy bulit, egy jó sörözéssel fejezzük be a gyakorlatot. Úgy érzem, hogy fontos ez a fajta személyes kontaktus.

Debrecenben a 30 éves évfolyamtalálkozóra meghívtuk azokat a professzorokat, akik már az én időmben is docensi vagy professzori rangban voltak. Feltettünk nekik is kérdéseket az oktatás kapcsán, és az volt az érdekes, hogy kivétel nélkül szinte mind megállapította, hogy a jelenlegi oktatás személytelen. Előfordulhat, hogy a medikus esetleg nem is találkozik az intézetvezetővel, hiszen az előadásokra teljesen fakultatív módon járnak a hallgatók, és ha valaki nem a professzornál vizsgázik, akkor talán soha nem is látja.

**– Mostanában milyen szakmai kihívásokkal kell megbirkóznia?**

– Az ambulancián végzett munkám nagyon érdekesen alakult. Egyrészt volt néhány tbc-s

telitalálatom, másrészt pedig elterjedt, hogy a tbc-s betegekhez való viszonyom olyan emberi. Jött a múltkor egy beteg, akinek két éve volt egy sipoly a lábán, ami semmire nem gyógyult. Letenyésztették, semmit nem találtak, de nem gyógyult. Mondtam neki, ha ez két éve így van, akkor mi lenne, ha három hónapig gátlószert szedne. A gondozóban megkapta a gyógyszert, aztán két hét múlva visszatelefonáltak, hogy beforrt a seb.

Azóta elterjedt, hogy én értek az extrapulmonális tbc-hez. Ez akkora motiváció nekem, hogy most egész mélyen elkezdtem foglalkozni a tbc-vel. Ráérek, úgyhogy most ez az új szakterületem, bár amikor nemrég egy nyakig lerothadó, leprának tűnő karral érkezett valaki a Bőr-klinikáról, attól már megijedtem. Nem tartom magamat nagy tbc szakembernek, de napi konzíliumban vagyok az Országos Korányi Intézet laboratóriumával, hogy akkor hogyan vegyük le az anyagot, mit csináljunk.

A másik szakértői területem mostanában a mellkasi CT leletek kapcsán nyújtott konzílium. Az utóbbi időben, főként az idősebb korosztályba tartozó kollégák, ha nem biztosak a dolgukban vagy nem fogadják el a CT véleményét, akkor elküldik hozzám konzíliumba a betegüket. Nem vagyok radiológus, de miután sokat foglalkoztam a digitális tomoszintézis beüzemelésével, beállításával és mintegy 600 képet hasonlítottam össze – sima mellkasröntgent, digitális felvételt és CT képeket egyaránt – miközben bronchológusként és diagnosztaként rengeteg tüdőrákos beteg útját végigkísértem, így tudnom kell, hogy mi látható a CT-n.

**– Mit gondol, milyen lesz a tüdőgyógyász szakma 20 év múlva Magyarországon?**

– Szerintem addigra széthordják a társszakmák. Úgy érzem, hogy máris elindult egy folyamat, de nem tudom megítélni, hogy ez helyes vagy helytelen. A jó asztma és COPD gyógyszerekkel ezek a betegek gyakorlatilag kikerülhetnek az ellátásból, ahogyan az megtörtént korábban a szénanáthás betegek jelentős részével is. A krónikus obstruktív betegknél valójában csak a rehabilitációs ellátásra van szükség, arra viszont nagyon. Emellett szükség van még a non-invazív lélegeztetésre és az intenzív ellátásra. A többi tevékenységünket mind elláthatják a határterületi szakmák: az infektológia, az

allergológia, az immunológia, a belgyógyászat, és ahogy mi fogjunk, ezt ők meg is fogják tenni.

– **Ön szerint mi a szakmai siker titka?**

– Nem tudom, mert a mostanság használt tudományometriai mérőszámok szerint én nem vagyok sikeres. Nem a szakmai, hanem a *gyógyítási* sikerről mondanám azt, hogy annak a titka a betegszeretet.

Egyébként pont ez az, ami engem mindig eltántorított a tudományos fokozat megszerzésétől is. Akárhányszor úgy voltam vele, hogy na, most meg kellene csinálni a PhD-t, elmentem 50 évesen nyelvvizsgázni és megírtam a cikkeket, mindig úgy éreztem, hogy közben a betegek érdekei nagyot sérülnének, és ez engem nagyon bántott. Szomorúan látom, hogy a következő generációt – tisztelet a kivételnek – ez nem nagyon fogja érdekelni.

Személytelenebb lett az egészségügy, én viszont nem tudom ezt másképp csinálni. Minden betegemmel emberileg is összehaverkodik, nagyon sok dolgot megtudok róluk. Hiába vannak pszichológusok, a beteg és a család mégis a kezelőorvostól várja a pszichológiai megoldásokat és a pszichés vezetést, ami borzasztó nagy energiát szív le.

– **Érzett hátrányos megkülönböztetést a tudományos minősítés hiánya miatt?**

– Amilyen különbség van a világi és az egyházi méltóságok között, körülbelül olyan a különbség a PhD nélküli és a PhD-s klinikusok között. Úgy érzem, hogy lassan már nem is veszik emberszámba azt, akinek ez nincs meg, és ez a mérce engem rettenetesen zavar. Főleg azért, mert amióta én a pályán vagyok, legalább ezer PhD született, és ezek közül mindössze egyetlen egynek a klinikai hasznosítását láttam: ez *Magyar Pál* professzor úr kálium-kloridos provokációja.

Nyilván, itt megint a klinikusi szemléletem jön elő, mert az a fajta tudomány, aminek évtizedekig nincs klinikai haszna, az nekem nem tudomány. Eltelt már pár év, bejöhetett volna valakinek valami, de semmi.

Nem hiszem, hogy ne lett volna bennem anynyi kakaó, hogy ne tudtam volna megírni egy PhD-t, ráadásul az én egyik cikkemnek van az egyik legnagyobb citációs indexe az egyetemen már nyolcadik éve, és impakt faktorom is van annyi, hogy akár 3 PhD-t is tudnék belőle írni, de soha nem éreztem a készletet. Nagyon

sok ötletem van, most is próbálok egy fiatal klinikust ráállítani, hogy nézze már meg azt a 15, tüdőtumornak tűnő PET CT pozitív elváltozást, aminek a hátterében végül egy nagyon furcsa granulomatózusos folyamat igazolódott, és nézzük már meg, hogy nincs-e benne saválló baktérium. Közben mindegyik beteg aktív Chlamydia fertőzésre is pozitív. Mi ez? Csinál illet a Chlamydia? Ha ezt valaki kiderítené, feldolgozná, és ebből tudományt írna, arra azt mondanám, hogy na, letett valamit az asztalra.

– **Főorvosnő, hol töltődik fel munka után?**

– Most már állandóan töltődöm, mert csak egy napot dolgozom, de gyakorlatilag elég hamar tudok regenerálódni a sportban, mozgásban és a természetben. Nagyon szeretek kirándulni, sportolni, biciklizni, úszni és olvasni is, de miután mindig úgy éreztem, hogy ebben a baktériummal és citosztatikummal teli világban inkább egy kis friss levegővel kéne teleszívni a tüdőmet, ezzel töltődtem és ezzel foglalkoztam. De hétfőn mindig tudtam ugyanott folytatni.

– **Ki a kedvenc mesehőse?**

– Pinocchió, aki füllent, de faragható. Ha belegondolunk, csak egy csomó trükkel lehet lavírozni ebben a mai magyar egészségügyben. Egy nagy füllentést mindjárt mondok is: bejön a 17 éves beteg, akit édesanyja elmondása szerint 34 orvos látott, nagyon erős gimnáziumban kitűnő tanuló, és nem is akartam fogadni, mert nem oda tartozott. De nagyon sírt az édesanyja, hogy a gyerekek nagyon fáj a mellkasa, készült is röntgen, de nincs rajta semmi, és már nyugtatókat adnak neki. Jó, mondtam, csináljunk mi is egy röntgent. De előtte még felhúzta a ruháját és a bordánál lehetett érezni, hogy ott valami daganat van, mire mondtam, hogy jó, akkor gyorsan egy CT-t kérünk, és ráírtam kérdőjellel, hogy tüdőembólia vagy Ewing-szarkóma. Néhány perc múlva felhívott telefonon a CT vezetője, hogy te most hülye vagy? Nem, mondtam, nem vagyok hülye, de tudom, hogy tüdőembólia esetén megcsináljátok a sürgős CT-t, ellenben Ewing-szarkóma gyanúja esetén nem. A fiatal betegnek tényleg szarkómája volt. Tehát ebben az egészségügyben most úgy lehet lavírozni, ha alkalomadtán hazudunk, becsapjuk egymást, de mindezt a beteg érdekében tesszük, hogy haladjunk.

– **Milyen terveik vannak a közeljövőben?**



– Szeretnék még sokáig élni, és meglátni, hogy 20 év múlva mi lesz a tüdőgyógyászattal, és az ajándékba kapott éveimet kihasználni arra, hogy rácsodálkozzak arra a világra, amit eddig nem ismerhettem. Ha egy orvos Magyarországon lelkiismeretesen dolgozik egy kórházban vagy egy egyetemi klinikán, akkor nem jut el szinte sehova. Én most próbálok sok mindent bepótolni. Alig van kiállítás, amit meg ne néznék. 40 év után most jutottam el újra a Nemzeti Galériába, és nagyon élveztem. Sőt, négy egymást követő napon is elmentem, és rádöbbenem, hogy ez az ország csodálatos.

Magyarország megismerését vettem be a terveim közé, és nemrég az első zempléni túrámat

is megcsináltam. Jártam a szekszárdi borászoknál is, először a Merfelsz pince kézműves borával ismerkedtem, nagyon jók, de mindet még nem kóstoltam végig. Aztán áttévedtem a Mészáros Pincészetbe, ott is találtam jó borokat, és nagyon szépen megtöltöttem a balatonkenesei pincémet. A nyarat vitorlázással, stranddal és kerékpározással töltöttem, és még soha életemben nem síeltem annyit, mint idén.

– **Főorvosnő, hogyan foglalná össze a szakmai ars poeticáját?**

– A betegek szeretete a legfontosabb. Gyógyítani csak úgy lehet, ha szívből is csinálják. Tisztában kell lenni a tudománnyal, de a betegek szeretete nélkül nincs gyógyítás. ■