



DR. STRAUSZ JÁNOS: A TÜDŐGYÓGYÁSZATNAK JÖVŐJE VAN

A „Korányi-szellem” vonzásában

Egy évszázaddal ezelőtt báró Korányi Frigyes orvos szorgalmazta, hogy a szegény sorsú tüdőbetegek gyógyítására, arra alkalmas helyszínen szanatóriumot hozzanak létre. A Budakeszin megépült intézmény, gyönyörű természeti környezetben – többek között ugyanabban a százéves épületben – ma is fogadja betegeit. Strausz János professzor, aki korábban két évtizedig dolgozott már ebben az intézményben, idén főigazgatóként tért vissza. Miért és milyen tervekkel? – erről is kérdeztük.

H *A múlt század elején, Magyarországon és Ausztriában még 35 éves kor körül volt a születéskor várható átlagéletkor. A vezető halálokok a fertőző betegségek jelentették, s közülük minden negyedikért a gümőkór volt a felelős.*

– Ezt felismerve intézetünk névadója, báró Korányi Frigyes orvos, a tüdőbajok kiváló ismerője 1898-ban megalapította a Budapesti Szegénysorsú Tüdőbetegek Szanatóriumi Egyesületét, amelynek elnökének gróf Batthyány Lajost kérték fel. E civil szervezet fél évszázadon át a tuberkulózis elleni küzdelem irányítója, a budakeszi szanatórium megtervezője, megvalósítója és működtetője volt. Az egyesület rangját jelzi, hogy vezetőit I. Ferenc József a Budavári Palotában fogadta, és engedélyezte, hogy a leendő szanatóriumot tragikus elhalálozott feleségéről, Erzsébet királynéról nevezzék el. Hét lehetséges helyszín megvizsgálása után Kuthy Dezső – aki később az intézmény első igazgatója lett – javaslatára 1901-ben a budakeszi határában lévő „kőfeji” telekre építették fel az „A” épületet.

H *A fertőző és tüdőbetegeket minél messzebb kívánták elhelyezni a várostól, ugyanakkor tiszta levegőt szerettek volna biztosítani számukra.*

– Igen, még a második világháború után is jellemző volt, hogy a tüdőkórházakat – a karanténelv alapján – valamely település szélén, például egy kastélyban alakították ki. A történetet folytatva, 1911-ben már beteget fogadtak az újonnan emelt „B” épületben is; a két szárny még ma is az in-



1904-ben Őfelsége a Király, I. Ferenc József látogatást tett a szanatóriumban

tézet stabil bázisát alkotja. A fertőzések ellen – az antibiotikumok felfedezése előtti időkben járunk – a kórházon belül is igyekeztek izolációval védekezni. Az utókorra, ránk maradt tehát ez az évszázados, érdekes, pavilonszerkezetű intézmény. Az első világháború idején a tuberkulózis-helyzet ismét kritikussá vált. 1918-ban az akkor már elhunyt Korányi Frigyes fia, báró Korányi Sándor felkérésére – Weiss Manfréd bőkezű felajánlásával – újabb 120 férőhelyes pavilont („J” épület) hoztak létre a tüdőbeteg katonák kezelésére. A legrosszabb állapotban mégis az utolsóként, 1957-ben emelt sebészeti épület van. Ez teljes rekonstrukcióra szorul, a folyamatot elindítottuk, s jelenleg a terv pályáztatásánál tartunk.

H *Mennyi forrással rendelkezik ehhez az intézmény?*

– E célra sajnos semmilyen megtakarításunk nincs, hozzáteszem, az ingatlan felújítása egyébként is a tulajdonos feladata.

H *Igazgató úr, pontosan mikor került a Korányi élére?*

– Ez év január elsejétől vettem át az intézmény vezetését. Szinte azonnal felkértem egy átvilágító céget, mérje fel a kórház szakmai-pénzügyi-gazdasági állapotát. Igazán jó érzés volt, hogy nem hivatalból küldték, hanem én hívhattam őket, a Ko-

rányi ugyanis nem volt csődhelyzetben. Az átvilágítás adataiból kiindulva dolgozunk ki a cselekvési tervet, amelyet közreadunk, és elfogadás után megvalósítunk. A kórház jelenleg deficites, de nincs csődhelyzet. A kórház menedzsmentjét átalakítottuk, a vezetésbe új emberek kerültek, a csapat kezd összekovácsolódni. A tulajdonosi szemlélet kialakításának fontosságát nem tudom eléggé hangsúlyozni. Azzal rendelkezünk, amit magunk megtermelünk. Elsődleges feladatunk, hogy a hozzánk érkező betegeket meggyógyítsuk, azután el kell számolnunk az OEP felé, de nem mindegy, miként tesszük ezt. Semmiféle csalásban vagy igaztalan dologban nem vagyok partner, viszont az elvégzett munkáért jár az ellenszolgáltatás, mert ebből tudjuk majd az egyensúlyt helyreállítani, és az intézményt fejleszteni. Minden lehetséges külső szakmai támogatást igénybe veszünk, amely a HBCS-rendszer optimalizálását és megtanulását elősegíti. Az átvilágítás a különböző gazdasági egységek racionalizálásában is segít. A minőségfejlesztés fontos állomásaként májusban örömteli esemény zajlott nálunk: átvehettük az ISO-és a KES-minősítést, amely mögött rendkívül kemény munka áll.

H *Az intézmény elsődleges feladata egykor a tuberkulózis elleni küzdelem volt.*

Mennyire sikerült mára visszazorítani ezt a kórt?

– Azt a magunk elé tűzött célt, hogy a tbc-s megbetegedések számát huszonöt ezrelék alá szorítsuk, a 2004-es statisztikai adatok szerint most először értük el. Hálával és tisztelettel gondolunk az elődökre (Böszörményi Miklós, Hutás Imre, Schweiger Ottó, Naszlady Attila, Ajkay Zoltán), s nem csak az itteni vezetőkre, hanem mindenkire, aki tett azért, hogy a tuberkulózis jelentős mértékben csökkenjen. Azonban a nálunk fejlettebb európai államok (vagy akár a hozzánk jobban hasonlítható Csehország) adataihoz viszonyítva még mindig magas a huszonöt ezrelék, mert e helyeken a mi gyakoriságunk felét regisztrálják. Ugyanakkor túllünk keletebbre sokkal magasabb a tuberkulózis incidenciája. Az utóbbi esztendőben tartottunk attól, hogy hazánkban újra emelkedni fog a betegség mutatója, de mind ez ideig a migráció nem befolyásolta számottevően az incidenciát. A tbc gyakorisága ugyan csökkent, de még távolról sincs kiküszöbölve a betegség. Egy kitűzött célt elértünk, de az epidemiológiai helyzeten (különösen az északkeleti országrészen), a bakteriológiai diagnosztikán, a hajléktalan betegek ellátásán, a surveillance rendszerünkön stb. van még javítanivalónk.

H A betegség alapos feltérképezése, az egyre korszerűbb gyógyszerek és antibiotikumok hozzáférhetősége mellett okoz-e gondot manapság a tuberkulózis eredményes kezelése?

– Hazánkban a tbc – az esetek túlnyomó részében – gyógyítható betegség. Egyes országokban azonban, ahol nem áll rendelkezésre elegendő gyógyszer, illetve azokat nem megfelelő kombinációban alkalmazzák, ott előbb-utóbb rezisztenssé válhatnak a baktériumtörzsek. Létezik persze spontán rezisztencia is, de ennek előfordulása viszonylag alacsony. A rezisztencia túlnyomó többségéért vagy kezelési hiba, vagy a betegek hiányos együttműködése okolható. Magyarországon nem képzelhető el, hogy valaki ne kapja meg a gyógyszeres kezelését. Az összes szükséges, tbc kezelésére szolgáló medicina – ha időnként kisebb-nagyobb ellátási zavarokkal is –, de folyamatosan rendelkezésünkre áll, ráadásul a lakosság számára teljesen ingyenesen. A már nem fertőző járó beteg pedig a tüdőgondozóban térítés nélkül megkaphatja gyógyszerét.

H Vajon el is megy érte?

– Sajnos, gyakran nem. Ezt a betegséget

ugyanis jelentős mértékben befolyásolják a szociális körülmények, a munkahely és a lakhatás megléte, állapota, illetve ezek hiánya, valamint az életszínvonal minősége. Mint említettem, száz éve is főként a szegényeket érintette, s ma sem a felső tízezer betegsége. Az is ritka, hogy a páciens kizárólag tbc-ben szenved, ugyanis csaknem mindig társbetegségekkel együtt jelentkezik: általános az alkoholizmusból fakadó májérintettség, a krónikus bronchitis pedig a dohányzás miatt gyakori kísérő jelenség. A munkanélküli és/vagy lakhelyüket veszített emberek nehezen bírhatók rá, hogy kórházba feküdjenek – télen nagyobb erre az esély, nyáron szinte

lehetetlen –, s bár számukra is ingyenes, járó betegként mégsem jelentkeznek a további gyógyszereikért.

H Mely elváltozások gyógyítását végzik még nagy számban a Korányiban, és milyen tendenciák figyelhetők meg ezek előfordulásának gyakoriságában?

– A fekvőbeteg-tüdőgyógyintézet ágyainak 40–50 százalékában onkológiai betegek fekszenek. A tüdőrák incidenciája az utóbbi években stagnál, a nők gyakorisága azonban meredeken emelkedik. Jelentős betegszámot jelent a krónikus obstruktív tüdőbetegségek csoportja. Ide tartozik a COPD (krónikus obstruktív tü-



Prof. dr. Strausz János

Strausz János 1974-ben a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen, 1998-ban pedig a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem egészségügyi menedzser szakán szerzett diplomát. 1978-tól a SOTE I. sz. Kórbonctani Intézetében tanársegédként, 1981-től az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézetben segédorvosként, 1991-től osztályvezető főorvosként dolgozik. 1998-tól orvosigazgató és osztályvezető főorvos a Pest Megyei Tüdőgyógyintézetben. 2005. január 1-jétől a Korányi főigazgató főorvosa. Szakvizsgái: kórbonctan (1977), pulmonológia (1981), klinikai onkológia (1994), klinikai farmakológia (2004). Számos külföldi továbbképzésen vett részt. Kan-

didátusi értekezését 1984-ben, MTA-doktori disszertációját 1991-ben védte meg. Címzetes egyetemi docens (1990), habilitáció (1995), tanszékvezető egyetemi tanár (2000–2001). Szabadalmi: hörgőbe építhető protézis, illetve készülék a normális és kóros állapotú légutak és tápcsatorna méreteinek meghatározására. Több külföldi és hazai köztestületi és tudományos társaság, valamint szakmai folyóiratok szerkesztőbizottságának felkért, illetve választott tagja. Könyvek, könyvfejezetek és cikkek állandó szerzője. Kitüntetései: Kassay Dezső-emlékérem (1998), Korányi Frigyes-emlékérem (2000), Orvosi Hetilap Markusovszky-díj (2002).



dőbetegség). E betegeknek mindössze a tíz százalékát ismerjük és kezeljük, a többiekre sajnos nincs rálátásunk. A becslést adatok alapján a felnőtt lakosság 4–6 százaléka érintett. A COPD-s betegek száma tavaly óta lassan emelkedik, a gyógyszerekhez másfél éve kedvezményesen juthatnak hozzá. Az asztmás és a légúti allergiás betegek csoportja szorosan kapcsolódik a tüdőgyógyász hálózathoz. A köztudomásúlag a szakszerű kezelés miatt elsősorban tüdőgyógyász szakorvos írhatja fel kedvezményre számukra a modern hörgőtágító, gyulladáscsökkentő készítményeket. Az asztmás betegek zöme korrekt diagnózissal, súlyossági állapotának megfelelően beállított terápiával él. A kezelésükhöz szükséges modern gyógyszerek jelentős része hozzáférhető.

H *Professzor úr, milyen megbecsülésnek örvend a tüdőorvoslás?*

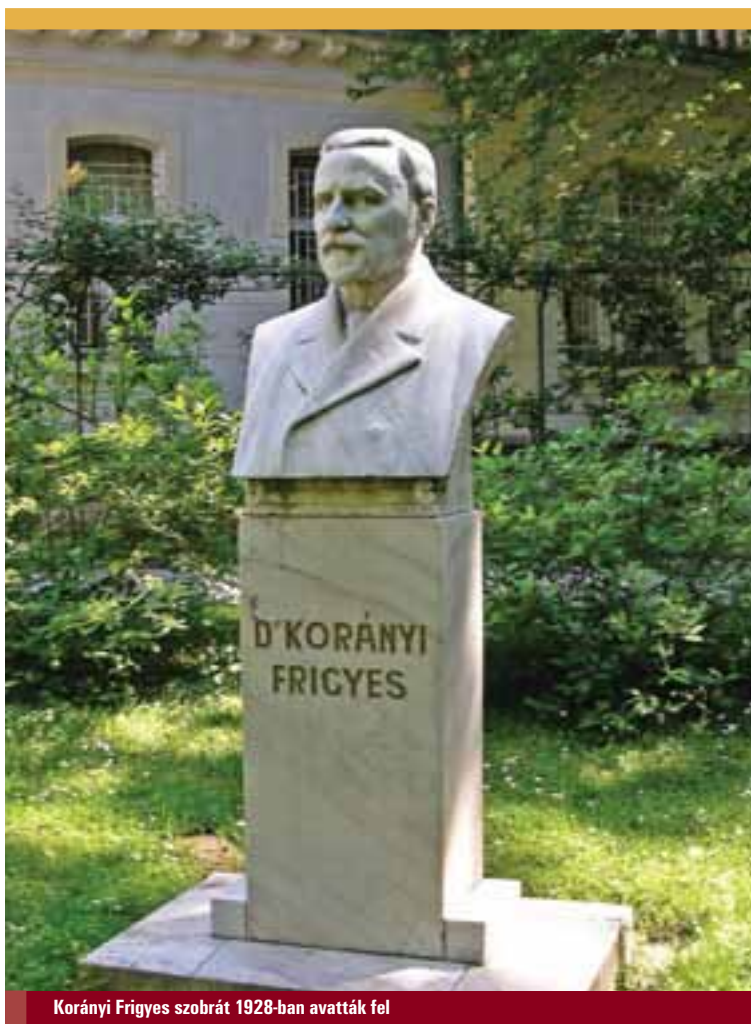
– Az EU országokban önálló alapszakvizsgaként szerepel a tüdőgyógyászat, Németországban eddig erre épült a pulmonológia szak, most viszont önállóították. Szakmánknak egyértelmű és hangsúlyozott szerepe van a klinikumban, melyben a tuberkulózis ellátása mellett kiemelt helyet kapnak a pulmonológiai onkológia, a légúti allergiás megbetegedések, valamint az obstruktív tüdőgyógyászati kórképek. A hazai tüdőgyógyászat története során végigkísérte a prevenció szemlélet és gyakorlat, melyet a tuberkulózis elleni küzdelem évtizedeiben sajátítottunk el, és továbbvittük a nem specifikus pulmonológiai kórképek ellátásába is. A tüdőgyógyászat egyre inkább elmozdul az aktív rehabilitáció felé is, ideértve a páciensek otthoni noninvazív lélegeztetését. Szakmánk jelentős szerepet vállal az alvászavarok diagnosztikájában és kezelésében is.

H *Hogyan kapcsolódik a Pulmonológiai Intézet a főváros és a régió ellátásába?*

– A regionális egészségügy tervezési munkáiba bekapcsolódva szakmánk meghatározta, mennyi ágyra és gondozóintézetre

lenne szükség a pulmonológiai ellátásban. A fővárosban döntés született, hogy a párhuzamosság csökkentése érdekében a Tétényi úti kórházban a tüdőgyógyászati profil a sürgősségi ellátás kiegészítéseként fog működni, a János Kórház pulmonológiai osztályát megszüntetik, július 1-jétől már nem fogad új beteget. A klini-

külön fűtést és képkötő helyiséget kell működtetni. A CT-vizsgálatra jelenleg máshová kell küldeni a betegeinket, ugyanakkor erre a képkötő eszközre a mellkasbevészet miatt is szükségünk lenne. Az ember egykönnyen nem tesz le az álmairól...



Korányi Frigyes szobrát 1928-ban avatták fel

ka és intézményünk, valamint a Pest Megyei Tüdőgyógyászati Intézet veszi át a területi ellátás kötelezettségét.

H *Milyen konkrét elképzelései és álmai vannak az intézet jövőjéről?*

– Az egyik vágyam, hogy CT kerüljön az intézménybe, s ezt idén talán sikerül is megvalósítani. A másik nagy álmom – s ezt a koncepciót a pályázatomban részletesen kifejtettem –, egy 450 ágyas tömbkórház kialakítása a Korányiban, ahol a hotelrész felett helyezkedik el a műtőblokk. Az épülethez csatlakozna egy földszintes épületszárny, melyben az ambuláns ellátás és a teljes diagnosztikai vertikum helyezkedne el. A jelenlegi pavilonrendszerű infrastruktúrából adódóan az intézmény csak elképesztően gazdaságtalanul üzemeltethető – minden épületben

H *A megnövekvő betegforgalom miatt az ellátást le kell helyezni a kapuhoz.*

– Nem, tudok egyszerűbbet: a kaput kell felvinni a hegytetőre! Könnyen ellenőrizhető: ha valaki benéz a kerítésen egy megállóval feljebb, Pest felé, akkor éppen a Korányi sebészeti szintjére láthat. E köré kellene kialakítani a modern kórházat a központi régió pulmonológiai ellátására. Ugyanakkor úgy gondolom, mindehhez nem szükséges ingatlant eladni, hiszen a megmaradó pavilonok ideálisak ápolásra, szociális ellátásra. A Pulmonológiai Intézet gyönyörű parkban, páratlan természeti környezetben helyezkedik el. Toldozni, foldozni sem érdemes, mert többbe kerülne, mint egy új tömb felépítése. Külső forrásból érkező segítséggel lehetne fejleszteni.

H *Ön korábban húsz évig dolgozott már ebben az intézményben, majd távozott. Mi vonzotta ismét vissza?*

– A „Korányi-szellem”, amely elsősorban nagyfokú össze-

tartozást jelent, aggodást az intézet sorsáért, valamint egyfajta kifelé zárás is jellemzi: igyekszünk helyben megoldani a problémáinkat. Ugyanakkor természetesen mi is a magyar egészségügy része vagyunk, annak minden nehézségével, átkával, anyagi problémájával; nem tudjuk, és nem is akarjuk kivonni magunkat ebből. Ez a megfoghatatlan, mégis minden szinten érezhető intézményi szellem hozott vissza: a ragaszkodás és elkötelezettség a betegekért, illetve munkahelyünkért, a Korányiért.

DR. SZEPESI ANDRÁS

főszerkesztő

BENE ZSOLT

felelős szerkesztő