

Tartalom

■ Ismerjük meg! Képzelt riport a spondylitis ankylopoeticáról <i>Dr. Géher Pál</i>	2
■ Csont és Ízület Évtizede <i>Dr. Bálint Géza</i>	5
<i>Prof. Lars Lidgren</i>	8
■ Betegklubok <i>Dr. Majtényi Sándor</i>	10
■ Gyógyfürdők <i>Dr. Szekeres László</i>	12
■ Gyógytorna <i>Mészáros Lászlóné</i>	14
■ Mozduljunk! <i>Monspart Sarolta</i>	15
■ Betegjogok <i>Dr. Rojkovich Bernadette</i>	17
■ Pályázatok	18
■ Hírek <i>Pethő Gáborné</i>	19
■ Tudja-e? <i>Dr. Markó Béla</i>	21
■ Egészségügyi Kisokos <i>Dr. Héjj Gábor</i>	22
■ Keresztretjvény	23

Búcsúzó

Meghalt Schopper Györgyné, Gabi

Mély fájdalommal gyászoljuk kedves barátunkat, munkatársunkat. Máris hiányzik napsugaras egyénisége, kedvessége, humora, nevetése, mellyel szinte észrevehetetlenné tette súlyos betegségét, romló állapotát. Az Amerikai Egyesült Államokban élt, amikor beteg lett, és ott került kapcsolatba a lupusos betegek nemzetközi szervezetével. Hazatérése után hihetetlen energiával látott neki a magyar lupusos betegek klubja szervezésének. Az a szerencse ért, hogy ebben segíthettem neki. Munkabírása, optimizmusa hegyeket mozgatott meg, hamarosan több száz lupusos beteggel vette fel a kapcsolatot. Remek programokat szervezett, mindig kitalált valami olyat, amivel felvidíthatta sorstársait.

Színvonalas oktatási programot valósított meg a klubüléseken, előadóknak megnyerte kezelőorvosait, számos szaktekintélyt, még azokat is, akik kezdetben nehezen álltak kötélnék.

Bátran kiállt a betegek jogaiért, minden alkalmat megragadott, hogy széles körben felhívja a figyelmet a betegek nehézségeire, elvárásaira. Néhány év múlva már egyesületként működött a szervezet, Gabi aktivitását a rendszeresen kiadott, nagy szeretettel összeállított hírlevelek, a lupus szervi szövődményeiről szóló színvonalas betegfelvilágosító füzetek is mutatják. Nagyon sokszor szerepelt a televízióban, rádióban, újságcikkekben.

Angol nyelvtudása révén számos nemzetközi konferencián képviselte a magyar betegeket, tagja volt a PARE (az európai reumatológiai betegek szervezete) intézőbizottságának, részt vett a Kiáltvány (Manifesto) céljainak hazai megvalósításában.

A Magyar Reumabetegek Egyesületében titkárként dolgozott. Betegsége utolsó évében már nem tudott otthonról kimozdulni, családjá önzetlen segítsége, és a barátokkal telefonon, interneten keresztüli kapcsolata tartotta benne a lelket. Még így, szobájához kötve is dolgozott, irányította az egyesületet, szervezett. Hirtelen halála mindannyiunkat megrázott. 53 éves volt.

Ortutay Judit dr.

Schopper Gabriella küzdelmes életét, rendkívüli egyéniségét már bemutattuk egy vele készült interjúban (2005/1. Sorstársak)

REUMA HÍRADÓ

Betegújság reumatológiai betegeknek • II. évfolyam 1. szám, 2006 április • ISSN 1787-0666

Laptulajdonos: A Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány, Magyar Reumabetegek Egyesülete

Megbízott főszerkesztő: Gönczi Csabáné dr. A szám orvos-szerkesztője: Dr. Géher Pál Szerkesztőségi titkár: Pethő Gáborné

Szerkesztőségi munkatárs: Kubinyi Imréné A szerkesztőség címe, hirdetésfelvétel:

1023 Budapest, Ürömi u. 56. Tel.: 326-3396, Fax: 335-0876 E-mail: mra@reumatologia.hu

Szerkesztőségi fogadóórák: szerdánként 10-14 óráig.

Kiadja a Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány 1023 Budapest, Ürömi u. 56. A kiadásért felel: Merétey Katalin dr.

Terjeszti a Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány és a Gyógysarok (1023 Bp., Frankel Leó u. 38-40. földszint – ORFI).

Megjelenik évente háromszor. Egyedi példányok 200 Ft-os áron a Gyógysarokban kaphatók. Előfizetés 1 évre 900 Ft.

Olvasható a www.reumatologia.hu honlapon. Csoportos megrendelés a betegklubokon keresztül. DTP nyomdai munkák: IPRINT Kft.

A lapban megjelent hirdetések tartalmáért és formájáért a felelősség a megrendelőt terheli.

Ismerjük meg!

Képzelt riport a spondylitis ankylopoeticáról (Bechterew kórról)

Dr. Géher Pál



A Bechterew kór és a spondylitis ankylopoetica ugyanaz a betegség-e? Az orvostudomány hőskorában a XIX. században és a XX. század elején a betegségeket a kórképet tudományos újságban először leíró orvostól – ritkán az első betegről – nevezték el. Mivel az első leírások gyakran pontatlanok voltak, ezért nem ritkán a későbbi leírók is jogot formáltak arra, hogy a betegséget róluk nevezzék el. *Vladimir Bechterew* orosz neurológus a XIX. század végén írta le néhány betegének kórtörténetét, akiknek elmerevedett a gerincük. A beteg-



séget ezért róla nevezték el, noha később kiderült, hogy betegeinek többsége nem is „Bechterew kórban” szenvedett. A későbbiekben a betegséget a betegség lényegét kifejező: spondylitis ankylopoeticának nevezték el (röviden SPA), azaz a két kifejezés ugyanazt a betegséget takarja.

Mit jelent a spondylitis ankylopoetica szóösszetétel?

A spondylos a csigolyát, az itis képző az adott szerv – jelen esetben a csigolya – gyulladást jelent. Ankylopoetica az ankylosis: összezsugorodott szóból ered, s a betegségben előforduló elcsontosodásra utal.

Mi okozza a betegséget?

Nem tudjuk mi okozza a betegséget. Bizonyítékok vannak arra, hogy a betegség egyes családokban gyakrabban fordul elő – ez genetikai hatásra utal. Ugyanakkor nem tudjuk megmondani, hogy melyik gén vagy gének játszanak szerepet a betegség kialakulásában. A genetikai tényezők mellett a fertőzések szerepét tételezzük fel, de erre nézve nincs közvetlen bizonyítékunk.

Milyen gyakran fordul elő a betegség a beteg családtagjai között?

Az egypetűjű ikrek – akik genetikailag azonosak – közel 80 %-ában a betegség mindkét ikerpáron jelentkezik, ez egyúttal jelzi, hogy a genetikai tényezők nem 100 %-ban felelősek a betegség kialakulásáért. A betegség a betegek I. fokú rokonai (szülők, testvérek, gyerekek) 10 %-ánál fordul el.

Milyen életkorban jelentkezik a betegség?

A betegség leggyakrabban 20-30 évesek közt jelentkezik. A betegség – ritkán – kezdődhet gyermekkorban (juvenilis spondylitis ankylopoetica a 16 éves kor előtt kezdődő betegség neve), s 30 éves kor után is, de 40 éves kor fölött már nagy ritkaság a betegség kezdete. A betegség 4-5-ször gyakrabban fordul elő férfiakon, mint nőkn.

Melyek a betegség kezdeti tünetei?

A keresztcsonti terület fájdalma, amely jellemzően éjszaka ébreszti fel a beteget. (Ennek oka a keresztcsonti ízület gyulladása.) A fájdalom kisugárzik a beteg egyik vagy másik lábába anélkül, hogy igazi ischiása lenne. A bordák és a gerinc ízületeinek gyulladása miatt légzéssel összefüggő mellkasi fájdalom is jelentkezhet. Az íntapadási helyek fájdalma az adott ín terhelésekor lép fel: a sarokcsonton tapadó ínak fájdalma járáskor, az ülőgumón tapadó ínak ülésakor okoznak fájdalmat.

Gyermekeken gyakran a csípőízület gyulladása az első tünet.

Megjegyzendő, hogy a betegek egy kis részének nagyon szerény tünetei vannak, olykor szinte tünetmentesek. Ez a tünete szegény forma gyakoribb a nőbetegek közt.

Milyen betegségek társulhatnak az SPA-hoz?

Az SPA egy betegségcsoport tagja, ez a csoport a szeronegatív spondarthritisek (rövidítve SNSA). E csoportba az SPA mellett a psoriasis, a colitis ulcerosához, a Crohn betegséghez és a reaktív arthritiszekhez csatlakozó spondarthritisek tartoznak. A csoport tagjaira jellemző, hogy egyrészt ezek a betegségek a betegek családtagjain a véletlen előfordulási valószínűségénél gyakrabban fordulnak elő, másrészt ezek a betegségek az SPA során bármikor felléphetnek, de csak a betegek egy részénél.

Mi a spondylitis ankylopoetica?

A gerinc ismeretlen eredetű gyulladása, melynek következtében a gerinc ízületei elcsontosodnak. A betegek egy részénél a gerincen kívül az íntapadási helyek (sarok, ülőgumó stb.) és a tőizületek gyulladása is előfordul. A betegek egyharmadánál lép fel a szem szivárványhártyájának gyulladása, az iritis.

Hogyan diagnosztizálják az SPA-t?
A betegséget a jellemző klinikai tünetek, a fizikális vizsgálat (beszűkült gerincmozgások) és a radiológiai vizsgálat eredménye alapján diagnosztizálják. A röntgen vizsgálat során a gerincet vizsgálják, vajon van-e a csigolyákon és a szalagokon gyulladásos eltérés illetve a keresztcsonti (latinul sacro-iliacalis ízület) ízületben a jellemző elváltozások megtalálhatók-e. Ezt a kritériumrendszert nevezzük New York-i diagnosztikai kritériumoknak.

Van-e a betegségre jellemző laboratóriumi eltérés?
Lényegében nincs.

A gyulladásos időszakban a betegek egy részénél (kb. ¾-ük) a vérben mérhető, gyulladásra utaló paraméterek szintje emelkedik. Ezek közül a leggyakrabban alkalmazott vizsgálat a vörösvértest-süllyedés – a Westergreen – (ez 20 mm/1 óra alatt van normális esetben), vagy a CRP-nek nevezett fehérje szintje, s más szérumfehérjék szintje.

Sok félreértés forrása, hogy az egyik, fehérvérsejteken (és más sejteken) kimutatható vércsoport tulajdonság a HLA B27 antigén az SPA-ban jóval gyakrabban fordul elő a betegeken, mint az egészséges egyének közt. SPA-ban szenvedő betegek 90 %-a hordozza ezt az antigént, míg egészségeseken csak 5-7%-ban fordul elő. Mivel a HLA antigének a Mendel szabály szerint öröklődnek, ezért a B27 hordozók hozzátartozóinak fele hordozza ezt az antigént. Már ez a példa is jelzi, hogy a B27 hordozás nem kóros tulajdonság! Ugyanakkor annak a személynek, aki HLA B27 hordozó, 90-szer nagyobb az esélye a betegségre, mint annak, aki nem hordozza ezt az antigént.

Milyen korán lehet felismerni az SPA-t?

Az előbbiekből következik, hogy pusztán a klinikai tünetek (panaszok) alapján nem lehet felállítani a betegség diagnózisát, ehhez szükséges a radiológiai elváltozás kimutatása is. Mivel a radiológiai elváltozások kialakulásához 2-5 év szükséges, ezért a betegség diagnózis – az első tünetekhez képest

– éveket késhet; általában 3-5 év telik el, amíg a diagnózis biztosá válik. Addig, amíg a 70-es évekig a betegség nem volt általánosan ismert, a betegség diagnózisa 7-9 évet is késett. A diagnózist ugyan nem lehet egyértelműen felállítani, de a gyanút megerősítheti, ha olyan izotóppal jelzett anyagot adunk be – ez a mai gyakorlatban technécium – amelyik a gyulladásos területeken halmozódik fel. Az izotóp halmozás számszerű értéke a sacroiliacalis index. Amennyiben ez magas, akkor az gyulladásra, legtöbbször SPA-ra utal. Újabban mágneses magrezonancia vizsgálatot végzünk, amely szintén alkalmas az ízületközeli csontok és a rejtett ízületek pl. a sacroiliacalis ízület gyulladásának kimutatására.

Milyen a betegség átlagos lefolyása?

Az SPA jellemzően hullámzó lefolyású, azaz a tünete szegény – olykor tünetmentes – időszakokat a gyulladás fellobbanásával járó sok panaszt okozó szakaszok váltják. A gyulladás okozta panaszok gyakrabban a betegség első évtizedében.

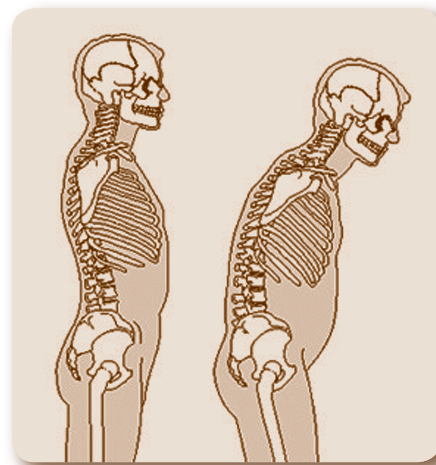
A betegségre – nevéből adódóan – a gerinc fokozatos elcsontosodása, ezáltal a gerinc elmeredése jellemző. A gerinc elmeredése a gerinc természetes görbületeinek megváltozásával jár: eltűnik az ágyéki görbület és fokozódik a háti és a nyaki görbület. A betegség előrehaladtával nemcsak a nyírányú görbületek változnak meg, hanem a gerincen oldalirányú görbületek is létrejöhetnek.

A betegek egyharmadánál a csípő-ízület és a vállízület gyulladása és következményes mozgásbeszűkülése is létrejön.

Mi a gyógykezelés célja?

Mivel a betegség okát nem ismerjük, így a betegség meggyógyítását eredményező kezelésünk sincs.

A kezelés célja a gyulladásos fájdalom enyhítése, a kialakuló deformitások megelőzése illetve kialakulásuk esetén korrekciójuk (pl. csípő).



Milyen eszközökkel érhetjük el ezt?

A kezelés alapja a rendszeres torna (a légzést és a gerincmozgást javító gyakorlatok) és gyulladáscsökkentő gyógyszerek adása.

A tornát – értelemszerűen – a beteg aktív közreműködése nélkül nem lehet végezni, ezért nagyon fontos, hogy a beteg megértse a gyakorlatok célját és legyen benne elegendő lelki erő, hogy életmódját megváltoztatva napi életritmusának részeként végezze a gyógytornát. A kórházi kezelés célja kezdetben a torna betanítása (ezt segíti a magnófelvétel, készen kapható magnó és videokazetta, különböző prospektusok), később a torna felfrissítése és az adott – időközben megváltozott – állapothoz alkalmazása.

A nem szteroid gyulladáscsökkentő szereket a gyulladásos fájdalom enyhítésére alkalmazzuk. Ma Magyarországon több mint 20 különböző molekula van forgalomban: tabletták, kúp és injekció formájában. Ezek időszakos vagy tartós adagolása a gyulladás csökkentése révén a fájdalmat is enyhíti.

Milyen mellékhatásai lehetnek a tartós gyógyszeresedésnek?

Nincs hatásos kezelés mellékhatás nélkül, különösen, ha azt hosszasan kell alkalmazni. Ez a helyzet SPA-ban, amely évtizedeken keresztül okoz panaszt.

Az ebbe a csoportba tartozó gyógyszereknek leggyakoribb mellékhatása a gyomor-bélrendszer károsítása. Ez lehet egyszerű és gyakori, mint a gyomorégés vagy a ritkán előforduló, súlyos gyomorfekély,

akár komplikált formában (vérzés, perforáció). Ezt a veszélyt a gyomorvédő szerek egyidejű szedésével vagy az újabb, a gyomor bélrendszert kevésbé károsító, nem szteroid gyulladásgátlók (coxibok) használatával lehet jelentősen csökkenteni.

Ezek a szerek az előbbinél ritkábban okozhatnak vérnyomásemelkedést, szívelégtelenséget, vese- vagy májkárosítást. A mellékhatások rendszeres ellenőrzéssel (vérnyomás, testsúly, laboratóriumi vizsgálatok) időben felfedezhetők és a súlyos károsodás kialakulása megelőzhető.

Mennyire hatékonyak a jelenleg rendelkezésre álló gyógyszerek?

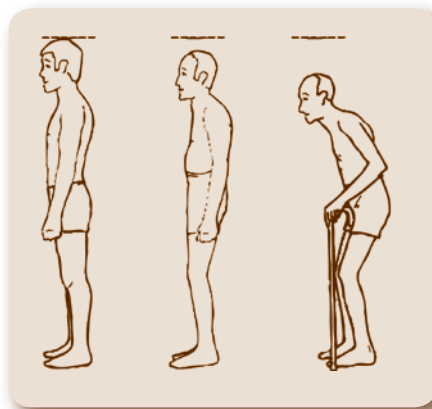
Az eddig alkalmazott nem szteroid gyulladáscsökkentő szerek a betegség tüneteit képesek enyhíteni, de a panaszokat teljes mértékben nem képesek megszüntetni. Ugyanakkor nincs arra bizonyíték, hogy a betegség lefolyását képesek lennének megváltoztatni. A betegségnek nincs olyan bázis-terápiás készítménye, mint amilyeneket egy másik gyulladásos betegségben, a rheumatoid arthritisben alkalmaznak.

Van-e hatékonyabb kezelési módja az SPA-nak a hagyományos kezelési módszereknél?

A nem szteroid gyulladáscsökkentők adásával a betegek egy kis részénél, a kifejezetten aktív folyamatban nem sikerül jelentős fájdalomcsökkenést elérni, illetve vannak olyanok (pl. a gyomorfekélyben szenvedők), akiknél tartósan nem adhatók ezek a szerek. Ezeknek a betegeknek jelenthet megoldást az elmúlt években alkalmazott biológiai terápia. A biológiai terápia hatására e betegek többségénél jelentős fájdalomcsökkentés érhető el. Az a kérdés még megválaszolásra vár, vajon ez a kezelés befolyásolja-e a betegség lefolyását, azaz gátolja-e az elcsontosodást.

Mire kell vigyázni a biológiai kezelés során?

A jelenleg alkalmazott biológiai szerek a gyulladásban kulcsszere-



pet játszó egyik fehérje, a TNF-alfa működését gátolják. Mivel ez a fehérje a szervezet fertőzések elleni védekezésében is fontos szerepet játszik, a kezelés során a legnagyobb veszély a fertőzések kialakulása. Ezért nagyon fontos, hogy a biológiai kezelés során az esetleges fertőzést a beteg azonnal jelezze kezelőorvosának.

A biológiai szerek az egyébként súlyosan károsodott szív működését kedvezőtlenül befolyásolják, ezért nem szabad adni súlyos szívbetegeknek. Bizonyos idegrendszeri betegségek és autoimmun betegségek (pl. SLE) esetében sem adunk biológiai terápiát és mivel nincs kellő tapasztalat a szerek biztonságáról, nem adható terheseknek, illetve a kezelés alatt fogamzásgátlás szükséges.

A fentiek miatt (a kezelésre alkalmasak kiválasztásának és a kezelt betegek követésének szigorú feltételei miatt) biológiai készítményeket Magyarországon csak az arra kijelölt centrumokban lehet adni.

Mi a helye a fizioterápiának az SPA kezelésében?

A fizioterápia az orvosi gyógyítás egyik ága a gyógyszeres, műtéti és a pszichoterápiás kezelési formák mellett. A fizioterápia keretébe tartozik többek között a gyógytorna, a manuálterápia, a balneoterápia, a hidroterápia, a hő és a hideg terápiás felhasználása, az ultrahang kezelés.

A fentiek közül a gyógytorna jelentőségéről már esett szó. A balneoterápia a mozgásokat jelentősen megkönnyíti, ezért alkalmazzuk a gyógyfürdőkezeléseket – a gyógytorna kiegészítéseként – az SPA kezelésében. A kötött ízületek ki-

mozgatására – amikor a gyulladásos aktivitás minimális – alkalmazzuk a thermoterápiát: iszapkezelés, elektroterápia (rövidhullám, ultranagyfrekvenciás, mikrohullámú kezelések) formájában. Hazánk bővelkedik a balneoterápiás lehetőségekben, ezt a betegség kezelésében ki kell használnunk, ugyanakkor ez nem szoríthatja háttérbe, s főleg nem helyettesítheti a betegség kezelésének tudományosan igazolt eszközeit (gyógytorna, gyógyszeres kezelés).

Milyen műtéti megoldások vannak SPA-ban?

A betegek egy igen jelentős részénél a csípőízületek károsodása olyan mértékű lehet, hogy azt a hagyományos – fentebb részletezett – kezelési módszerekkel nem lehet helyreállítani. Ilyen esetekben jelent megoldást – bármely életkorban – csípőízületi endoprotézis beültetése: az 5 éves követés szerint a betegek 95 %-a tartósan panaszmentes.

Azokban az esetekben, amikor a gerinc deformáltan csontosodik el és ez a hétköznapi életvitelt jelentősen megnehezíti (előreteknítés, közlekedés stb.) a gerinc korrekciós műtete végezhető el gyakorlott gerincsebészek által, igen jó eredménnyel.

Milyen alternatív kezelési lehetőségek (akupunktúra, diéta) állnak a betegek rendelkezésére?

A betegség okozta panaszok enyhítésében az úgynevezett alternatív vagy nem túl pontos elnevezéssel természetgyógyászati kezeléseknél nincs adatunk. Az ebbe a csoportba tartozó számos, egymástól jelentős mértékben különböző kezelési módszerek egy része kifejezetten ellenjavalt SPA-ban (pl. a chiropractor manipulációs eljárásai). Az egyes diéták (vegetáriánus vagy bizonyos speciális étrendek) hatékonysága sem bizonyított. Az viszont kétségtelen, hogy az elhízás jelentősen ronthatja a betegek általános állapotát, s a dohányzás kifejezetten káros, az egyébként is csökkent légzési kapacitás további csökkentése révén.

Csont és Ízület Évtizede

Dr. Bálint Géza

A Csont és Ízület Évtizede
Hazai Koordinátora



A Csont és Ízület Évtizede Világhálózatának Konferenciája 2005. október 26-29., Ottawa, Kanada

A Csont és Ízület Évtizede félidéjéhez érkezett. A mozgalom mennyiségileg, minőségileg egyaránt megváltozott. Malaysia és Vietnam csatlakozásával a tagországok száma 60-ra emelkedett, s a jelentős országok közül csak Oroszország és Ukrajna nem tagja az Évtizednek. Megváltozott az éves konferencia neve is: az Évtized Világhálózatának Konferenciája.

A konferencián 110 delegátus vett részt. Magyarországot Dr. Bálint Géza, nemzeti koordinátor, Szabóné Dúl Katalin betegképviselő, a Csont és Ízület Évtizede 2000-2010 Alapítvány alapítója, valamint Dr. Somogyi Péter (Simmelweis Egyetem, Ortopédiai Klinika, a MOOT kiküldöttje) képviselte. A konferencián a WHO hivatalos kiküldöttje, Dr. Bruce Pflieger is tartott előadást, számos amerikai is részt vett. További jellemző vonása a rendezvénynek a betegek, betegszervezeteik, betegképviselők nagyszámú és igen aktív részvétele.

Az Ausztrál Nemzeti Akciós Hálózat koordinátora, Prof. Peter Brooks helyett - aki továbbra is tagja a Nemzetközi Kormányzó Bizottságnak - Ben Horgan, fiatalkori sokizületi gyulladásban szenvedő beteg lett. A tanácskozást két napos betegkonferencia és szeminárium előzte meg, melynek Szabóné Dúl Katalin is aktív résztvevője volt. A szeminárium témája az volt, hogyan védjék a betegszervezetek érdekeiket, hogyan kommunikáljanak a hatóságokkal, kormányokkal és a médiával.



A gála vacsorán *Dr. David Williams*, úrhajós, a Kanadai Úrhivatal képviselője emlékezetes előadásban számolt be úrbéli mozgásszervi élményeiről.

A konferenciát október 26-án *Dr. Alan Bernstein* előadása nyitotta meg, aki a mozgásszervi betegségek terhéről, a kutatás fontosságáról beszélt.

A konferencia 4 témája közül az első délelőtt az osteoporosis volt terítéken.

Prof. O. Johnell (Malmö) elmondta, hogy vizsgálataik szerint a 75 éven felüli nők jelentős részének legalább két kompressziós csigolyatörése van. Az Évtizednek javasolnia kell a WHO felé, hogy a 75 éven felüliek, illetve azok, akiknek legalább 2 kompressziós csigolyatörésük van, DEXA (csontsűrűség mérés) vizsgálat nélkül is nyilváníthatassanak csonttritkulásban szenvedőknek, és részesüljenek megfelelő kezelésben, ill. megelőzésben.

A. Papaioannou (McMaster University) az osteoporosisos törések nem gyógyszeres és gyógyszeres megelőzéséről beszélt, kiemelve a megfelelő kalcium és D-vitamin bevitel fontosságát, a megfelelő testmozgást, tornát és az elesések megelőzését. A csípővédő nadrággal kapcsolatban elmondta, hogy az ápolási otthonokban ellátott betegek esetében igen hasznos, sok törést megelőz, de az otthon élők combnyaktörés előfordulását kevésbé csökkenti, mert az elesés leggyakrabban épp akkor következik be, amikor a betegen nincs rajta csípőprotektor. A betegek 31-68%-a hordja rendszeresen meglévő csípővédő nadrágját.

Az előadások utáni megbeszélésen volt alkalmunk ismertetni a MOOT „Ne törj Program”-ját, s javasolni ennek nemzetközi elterjesztését. A „Ne Törj Program” veszprémi eredményeit poszteren is bemutattuk.

A második nagy téma az idült (krónikus) fájdalom kérdése volt. A témát *James Henry* exponálta a McMaster University-ről. (Hamilton)

A fájdalom olyan szubjektív érzet, mely az idegrendszerben keletkezik és tudatosul, szöveti sérülés váltja ki, vagy úgy tetszik, mintha az váltaná ki. Ez utóbbi a krónikus fájdalomra igaz, melynek legtöbbször már nincs kézzelfogható alapja: a szöveti sérülés már meggyógyult.

A krónikus fájdalomra jellemző, hogy:

- állandó
- rövid időre is alig szabadulhatunk meg tőle,



- magára irányítja figyelmünket
- figyelmünket a külső világról belső világunkra tereli,
- hatalmas társadalmi, érzelmi és anyagi terhet okoz,
- a betegséggel jelentkezik és az étellel szűnik meg.

A krónikus fájdalom saját jogán önálló betegség: ezt már Descartes felismerte. Legjobb megelőzése: az akut (heveny) fájdalom mielőbbi, teljes megszüntetése (Ezt hangsúlyozzuk immár évek óta Magyarországon is: akut derékfájás, vállfájdalom, csigolyatörés esetén).

Ezért a társadalmat és az egészségügyi szakma képviselőit

- oktatni kell a krónikus fájdalom lényegéről, jelentőségéről, megelőzéséről, kezeléséről,
- tudatosítani kell a krónikus fájdalom jelentőségét,
- megfelelő fájdalom-rendeléseket kell létrehozni.

A fájdalom rossz érzés és tapasztalat, a "szenvedés" a beteg fájdalomra adott érzelmi válasza. A betegség bio-pszicho-szociális természetét figyelembe véve kell a beteget kezelnünk.

A beteg reakciója, a betegség:

- a tünetek interpretációjában
- a tünetek kifejeződésében
- s a mélységgel való megkü-

dés módjaiban mutathat nagy különbségeket.

A krónikus fájdalom szindrómára elsősorban

- nők
- kisebbségekhez tartozók
- más okból labilis helyzetben lévők
- nem alkotó munkát végzők hajlamosak, vagyis akik részére a munka csak pénzkeresési lehetőség, s nem szeretik munkájukat. Ez kevésbé függ a munka jellegétől, utcát söpörni is lehet elhivatottan, s magasrendű szellemi munkát is lehet mechanikusan, nem alkotó módon végezni.

A fájdalom-rendelésen a krónikus mozgásszervi fájdalom a leggyakoribb.

A kezelés összetett.

Egyaránt fontos:

- a betegek oktatása, felvilágosítása
- a fizioterápia, elsősorban a torna, csoportos torna
- a pszichoterápia
- a fájdalom jellegének megfelelő gyógyszeres kezelés.

Haladéktalanul megfelelő kezelési irányvonalakat kell kialakítani, mert ilyenek egyelőre nincsenek.

Arvind Chopra (India) arról a hatalmas epidemiológiai (ez a beteg-

ségek előfordulási gyakoriságának tanulmányozását jelenti) vizsgálatról beszélt, melyet az ILAR program keretében végeztek. Az indiai társadalom különböző rétegei India egészen különböző területein egyenlően, kb. 40%-ban szenvednek mozgásszervi fájdalomtól. Vizsgálatuk szerint a fájdalmat a legnagyobb százalékban lágyszövet-reumatizmus okozza.

Kis csoportokban beszéltük meg a krónikus fájdalom különböző aspektusait. A krónikus fájdalom legjobb megelőzése az akut fájdalom megfelelő csillapítása. Fontos a monoton munka időnkénti megszakítása, lazítás, tornagyakorlatok végzése. Fontos az ismétlődő munkamozdulatokból adódó, ill. a statikus mozgásszervi túlterhelés kerülése. Nagyon fontos a jó munkahelyi légkör, mert annak feszült volta krónikus feszültséget okoz az izmokban. Fontos a munkahelyi túlterhelési sérülés megfelelő kezelése, a munkahely infrastruktúrájának adaptálása. Megállapították, hogy a háztartás is munkahely, ahol hasonló túlterhelésnek lehet kitéve a háziasszony. Fontos, hogy keresőképtelenség esetén se szakadjon el a munkavállaló munkahelyétől – így gyakoribb a gyógyulás. Azok a betegek, akik az előírt megelőző vagy gyógyító torna-gyakorlatokat, és a többi kezelést negligálják, többször kerülnek sebészi kezelésre, az eredmények rosszabbak.

Magam (B.G.) elmondtam, hogy a Hazai Évtized a Richter Gedeon Rt., ill. az MSD támogatásával milyen felméréseket végzett nyak-, és derékfájás gyakoriságára ill. megelőzésére és kezelésére vonatkozólag, illetve milyen eredményeket észleltünk térd kopásos betegek háziorvosi és szakorvosi kezelése során. Örömmel nyugtáztuk, hogy az Évtized eddigi 5 éve során a krónikus fájdalom területén mind a felvilágosítás, mind a megelőzést, mind a kezelést illetően igen sokat tettünk.

A konferencia résztvevői megállapodtak abban, hogy a krónikus fájdalom diagnosztikáját és kezelését illetően pontos irányvonalak kidolgozása szükséges.

Ann Qualman, a kanadai Ízületi Betegek Szövetségének elnöke azt taglalta, hogy a betegszövetség és a betegek hogyan tehetik környezetüket, a társadalmat és a döntéshozókat érzékenyebbé és fogékonyabbá a betegek problémái iránt. Szívósan és racionálisan kell érvelni, s a gyakorlatban kell megmutatni, hogy milyen hátrányokat jelent a mozgásszervi fájdalom és mozgáskorlátozottság. Nem panaszkodni kell, hanem ráébreszteni.

A konferencia harmadik fő témája volt a mozgásszervi betegségekkel foglalkozó orvosi szakágazat fejlesztése és integrált oktatása.

Veronica Wadey (Kanada) az egészségügyi szolgáltatók mozgásszervi betegek részére nyújtott szolgáltatásait vizsgálta.

Megállapította, hogy költségek terén csak a szív- és érrendszeri betegségek kerülnek többbe. Felmérése szerint a kórtörténet kikérdezésének és a betegvizsgálat technikáját egyaránt javítani kell. Koncentrálni kell arra, hogy

- az ízületi fertőzéseket,
- a gerincsérüléseket
- a gerincvelő, valamint az ideggyöki sérüléseket időben felismerje az általános orvos.

Interaktív Web-oldalt létesítettek, mely segíti a gyakorló orvosokat.

Nicholas Walsh (USA) arról beszélt, hogy a nem orvos munkatársak, elsősorban a nővérek részére is megfelelő mozgásszervi oktatási anyagot kell összeállítani. Különösen a nővérek tudása és gyakorlati készsége nem megfelelő mozgásszervi betegek ellátásában.

Anthony Woolf (Egyesült Királyság). A „Patient Partnership Program”-ról beszélt. A program-



ban sokízületi gyulladásban (RA) szenvedő betegek tanítják az orvosokat a mozgásszervek vizsgálatára, miután ők is kaptak ilyen irányú kiképzést: a „nézd, érezd (tapintsd), mozgasd, terheld” című modul alkalmazkodik, hogy az orvostanhallgatók, fiatal orvosok megtanuljanak ízületi betegeket vizsgálni. Ez a program a világ számtalan országában működik.

A konferencia negyedik, egyben utolsó témája a közúti balesetek és sérülések megelőzése volt.

Bruce Pflieger (Genf, WHO) kiemelte, hogy a WHO néhány éve prioritásként kezeli a mozgásszervi betegségeket, azóta nyilvántartják a betegségek előfordulási gyakoriságát, javulási arányát, halálozását, az elvesztett éveket (Years Life Lost, YLL), illetve a fogyatékossággal leélt éveket (Year Living with Disability, YLD).

Elmondta, hogy az RA korra korrigált halálozása kétszerese, a kopásos ízületi betegségeké 1,1-szerese az átlagnépesség halálozásának. A jövőben a mozgásszervi betegségek számának rohamos növekedése nagy próba elé állítja a legfejlettebb egészségügyű országokat is.

Gregory Taylor (Kanada) a Krónikus Betegségek Központja

Igazgatója a központ stratégiai célkitűzéseiről beszélt. Tekintettel arra, hogy a mozgásszervi betegségek növelik a szív-érrendszeri betegségek számát és halálozását, s e betegségek, mind elsődleges, mind másodlagos szintű megelőzése jórészt fizikai mozgáson alapul, célszerűnek látták, hogy a két nagy betegségcsoport esetében a megelőzési, és részben a kezelési tevékenységeket is integráltan végezzék, illetve propagálják azt. Úgy látják, hogy ez az eredményes út. (A Magyar Népegészségügyi Program is figyelemmel lehetne erre.)

A konferencia *Prof. Lars Lidgren* záró értékelésével, közös ottawai sétával, majd gálavacsorával fejeződött be.

Jó lenne, ha az Évtized egyik jelmondatát: „Összefogásban az erő!” a Hazai Akciós Hálózat szakmai és beteggyesületei végre komolyan vennék, mert csak így érhetjük el, hogy a mozgásszervi betegek és betegségek hatalmas gazdasági és szociális súlyát, mely egyre növekszik, a kormányzat és a döntéshozók végre abban az országban is komolyan vegyék, mely állami szinten elsőnek csatlakozott az Évtizedhez.

Dr. Bálint Géza
Dr. Somogyi Péter
Szabóné Dúl Katalin

Rövidített, szerkesztett változat.

CSONT ÉS ÍZÜLET ÉVTIZEDE (2000-2010)

a mozgásszervi megbetegedések megelőzéséért és kezeléséért

Kedves Barátaim, a Csont és Ízület Évtizede támogatói az egész világon!

A Csont és Ízület Évtizede a 2005. év zárultával új fázisba lép. Új fázis kezdődik abban a küzdelemben, hogy a mozgásszervi betegségek igen jelentős terhet csökkentünk, és a mozgásszervi betegek életminőségét javítsuk.



Jelenleg, túl az Évtized felén leraktuk alapjait a **csont-izomrendszeri tudomány**nak, mely 5 évvel ezelőtt ismeretlen fogalom volt, de napjainkban jelentősége egyre fokozódik. A csont-izomrendszeri tudomány és a csont-izomrendszeri betegségek egyre több nemzeti kutatási programban és egészségügyi törekvésben jelennek meg, annak eredményeként, hogy egyre több forrást sikerül irányítanunk erre a területre.

A Csont és Ízület Évtizede Világhálózatának Ottawa-i Konferenciáján, melyen 45 ország több mint kétszáz, a csont-izomrendszer betegségeinek szakértője, illetve betegképviselő jelent meg, nyilvánvalóvá vált, hogy munkánk eredménye és értéke az egész világon érezhető immár.

Az alábbiakban csak az elmúlt év eredményét összegzem röviden, mely az Önök folyamatos erőfeszítésének és együttműködésének következménye, s melyért fogadják gratulációm:

- Az Egyesült Államok főbetege hivatalos Osteoporosis Beszámolót nyújtott be kormányának.
- Európában az Európai Parlament aláírta azt a deklarációt, mely hangsúlyozza a mozgásszervi betegségek terhet, és melyben azt ígéri, hogy e betegségek bekerülnek azon betegségek kutatási programjába, melyeket az EU 7. Kutatási Kerete magában foglal. Ez az eredménye az Évtized vezette Európai Akció a Jobb Mozgásszervi Egészségért programnak, melyben számos európai és nemzetközi kutatócsoport vett részt.
- 2005-ben Franciaország és Ausztrália hozott létre külön kutatócsoportot mozgásszervi kutatásokra.
- Számos ország, köztük Németország és Kanada kormány-finanszírozta vizsgálatot végzett a mozgásszervi betegségek terhének felmérésére.
- Orvospépzési tanterv ügyében is előre léptünk: Svédországban az összes orvosi fakultás képviselőiből alakult nemzeti bizottság ennek elfogadására. Horvátországban a zágrábi egyetem orvosi fakultása máris átalakította tantervét az Évtized ajánlásainak megfelelően.
- 2005-ben először sikerült a Világhálózati Konferenciára 50 betegképviselőt meghívunk, ipari szponzoraink támogatásának köszönhetően. E betegképviselők a Világhálózat konferenciáját megelőzően Betegoktatási Konferencián vettek részt Ottawában. Ez a konferencia leszögezte, hogy az Évtized céljainak elérése érdekében elsőrendű fontosságú a betegek és az egészségügyi szakemberek egysége.

- A 2005-ös év talán leglátványosabb sikere az Évtized nyílt kommunikációs platformjának elindítása a www.bjdonline.org satelite website-ján, mely arra szolgál, hogy számos prominens mozgásszervi társaságot közös internet szférán hozzon össze.

Összegezve: A Csont és Ízület Évtizedének első felében olyan erős alapokat raktunk le, melyekre az Évtized második felében bízást építhetünk.

A következő 5 esztendőben a hangsúly a mozgásszervi professzionális és betegszervezetek együttműködésére helyeződik, mert erőnk szervezeteink nagy számában és együttműködésében van. 60 nemzeti kormány támogatta Nemzeti Akciós Hálózatunk működik, melyek több, mint 750 szervezetet fognak össze. Együtt sokat jelentünk.

Legutóbbi ottawa-i konferenciánk kulcs témája A Csontizom-rendszeri Egészség Minimum Standardja volt. Elsőként két fontos területen dolgoztunk ki Ellátási Standard-ot: A krónikus fájdalom kezelésére bizonyítékokon alapuló ajánlásokat tettünk, hogy a kezelés hatékonyságát javítsuk. A második terület az osteoporosis volt: meghatároztuk a csontritkulás okozta törések kockázati tényezőit, a megelőzés stratégiáit, és az ellátás megfelelő útjait.

Az elkövetkezendő esztendőben ezeket a fontos dokumentumokat komplettáljuk és következő konferenciánkon, Dél-Afrikában elfogadtatjuk.

A mozgásszervi betegségek az összes betegségcsoport közül a legköltségesebbek: a felnőtt lakosság 25%-át érintik és költségeik az össz-betegség költségeinek negyedét teszik ki. Eltökéltünk vagyunk, hogy ezt a trendet, mely mindnyájunkat nyomaszt, egyénileg és kollektíve egyaránt csökkentjük. A Csont és Ízület Évtizede Ellátási Minimum Standardjai iránymutatással szolgálnak a kormányoknak, hogy megfelelő forrásokat irányítsanak a szükséges rendszerek megteremtéséhez.

Büszkék lehetünk arra, hogy elindítottuk útjára a labdát, mely már egyre sebesebben röpül. Meg vagyok győződve arról, hogy az Évtized második felében együttes erőfeszítésünk folytatódik: s felemeljük a csont-izomrendszeri tudomány oktatás és egészségügyi ellátás standardjait globális, regionális és lokális szinten egyaránt.

Még egyszer, gratulálok mindannyiuknak, hogy 2005-ben sikeressé tették a Csont és Ízület Évtizede világhálózatát, és kívánok Önöknek boldog és egészséges újesztendőt.

Prof. Lars Lidgren MD, PhD

A Csont és Ízület Évtizede
Nemzetközi Kormányzó Bizottságának
elnöke

Bemutatkoznak a hazai reuma klubok és beteggyesületek

Budapesti Bechterew Klub

Dr. Majtényi Sándor

a Klub elnöke (vezetője)



A **Bechterew-kór** (SPA, ankylosing spondylitis stb.) általában fiatal korban kezdődő betegség. A fájdalmak és a kifejlődés megfelelő kezelés és viselkedési normák estén csökkenthető, illetve fékezhető. A legújabb kutatások szerint az Ószövetségben említett király (Ramszesz fáraó) is ebben a betegségben szenvedett.

A 25 éves Klub története: Dr. Papp Irén főorvos asszonynak, a klub alapító elnökének a Szociális Liga 1990. december 3.-i rendezvényén elhangzott előadásából: 1981-et írtunk, amikor a WHO meghirdette a rokkantak évét. Ebben az évben alakult meg a MEOSZ és a Bechterew Klub is. Az ORFI kórház vezető reumatológusainak régi ötlete valósult meg ebben a Klubban. A betegek meghívóira ráírtuk, hogy ezzel a baráti, sorstársi találkozóval az lenne a célunk, hogy a betegek a klubban kicserélhessék tapasztalataikat, hogy legyen érdekképviselőjük.

A reumatológiai betegségben szenvedőknek az első pillanattól kezdve sok új problémával kell szembenézniük. Tanácstalanok, sokkhatás alá kerülnek és keserűek lesznek. A közösség ezeken a gondokon segíthet, a beteg terheit megkönnyíti. A Bechterew Klub jogi személyiség nélkül működött, így alapszabályra, egyéb formáságokra nem szorult. A megjelenésnek nincs feltétele, a klubot bárki látogathatja.

A klub jelene és egy kis statisztika (Szeredi Miklós, a klub titkára 2001. december 11-én): Klubunk az ORFI „A” épületében működik a megalakulás óta. 1981. november 24-én alakult, tehát 3 hete töltöttük be 20. évünket. Figyelemre méltó (és követésre méltó) az a szervezési módszer, amit főorvos asszonyék már 20 évvel ezelőtt is alkalmaztak, nevezetesen a reuma szakrendelésekről elkérték a Bechterewes betegek nevét és címét, 800-at kiértékeltek és meghívták őket az összejövetelekre.

Az alapítás óta eltelt időben több mint 4000-en vettek részt a foglalkozásokon. Ha azt mondom, hogy „foglalkozás”, ez jelenthet előadást és csoportos beszélgetést, múzeum- vagy színházlátogatást de kirándulásokat is.

A klubfoglalkozások rendszeres kísérője a torna. Úgy tűnik, hogy mára kialakult a foglalkozásnak egy olyan szerkezete, melynek során a tavaszi találkozók „orvosi” jellegűek, az őszi sorozat pedig olyan közéleti, társadalmi aktualitásokról szól, amely kapcsolatos a betegségünkkel.

Magamról (aki 2005-ben e sorokat írom): tizenhuszonéves koromban jelentkeztek olyan fájdalmak, amelyekről ma már tudom, hogy azok az SPA-ra jel-

lemzőek. Húsz évet kellett várnom, míg az ORFI-ban diagnosztizáltak a betegséget. A 17 évvel ezelőtti hévízi gyógykezelésem alkalmával találkoztam néhány társammal, egyiküktől megkaptam a Klub kiadványát. Ellátogattam a Klubba, ahol hamarosan külföldi kiadványokat is megismerhettem, többek között a svájciakét. Ott olvastam az I. ASIF találkozóról. Egy telefon és én is ott lehettem. Ma már büszkén mondhatom: én vagyok az, aki a kiadványok legnagyobb gyűjteményével és a legkiterjedtebb nemzetközi Bechterewes kapcsolatokkal rendelkezem. Ezek a kapcsolatok hozták az ötletet egy 36 oldalas füzet megszerkesztéséhez. Az **EGY BECHTEREWES: SORSTÁRSAIMAT KERESSEM** 1996-ban jelenhetett meg az Egészségügyi Minisztérium anyagi támogatásával. (Néhány még ma is van, a szerkesztőséghez címzett kérésre ingyenesen megküldöm.) Jó lenne, ha a gyógyulás lehetőségeit írhattam volna le ebben a füzetben. Ez ma még sajnos lehetetlen. Talán majd egyszer, talán csak utódaink számára. Nekik is csak akkor, ha mi teszünk valamit, mint azt már számos országban és a nemzetközi szövetségben is megteszik.

A Nemzetközi Bechterew Szövetség (ASIF) tagjai az egyes országok Bechtereweseinek egyesületei. Az egyesületek adatait, így a mi Klubunkét is, az interneten www.asif.rheumanet.org címen lehet megtalálni. Az egyik legsikeresebb egyesületet működtető országban, Németországban a beteg a reumaorvos tanácsára jut el a helyi terápia csoporthoz. A csoportmunka eredménye: csökken a táppénzes napok száma, fékezhető a betegség progressziója és a beteg jobban érzi magát. Ott a hajlott hátú Bechterewes már ritkaságszámba megy.

Mit tehet Ön? Ha Ön orvos – segíti a terápia csoportok létrejöttét. (Van olyan reuma szakorvos az országban, aki maga is Bechterewes?) Ha Ön Bechterewes – aktívan tesz a saját betegsége ellen és segíti a sorstársak ezirányú tevékenységét. Akár adományokkal, akár munkával. Remélem, hogy többek közös erőfeszítésével létrejön a Magyar Bechterewesek Egyesülete, létrejön egy országos öntevékeny hálózat, sorstársaim tevékenysége és sorsa is európai színvonalra emelkedik.

Ízületi protézis műtét: egy beteg szemszögéből

Benjamin A.J. Horgan

JCA-s beteg, A Csont és Ízület Évtizede nagykövete, ausztrál nemzeti koordinátor

Örömmre szolgál, hogy a témához hozzáfűzhetem gondolataimat. Bár nem rendelkezem egészségügyi képzettséggel, hiteles megélője vagyok viszont a sebészetnek és annak, hogy mindez mit jelent a beteg számára. 32 évem alatt sok mindenen átmentem, többek közt két teljes csípő-, kétoldali térd ízületi protézis, valamint nyaki gerincrögzítő- és több más kisebb műtéten is. Ha a rendszeres repülőjáratok utasaihoz hasonlóan a sebészetben is jutalompontokat osztozottak volna, már körbe utaztam volna a világot!

Bár sokszor voltam már műtőben, továbbra is nagyon gyanakvó vagyok minden alkalommal, és úgy érzem, valamit tenni kell. Nagyon könnyű dolog csak visszahúzódní egy „kagylóba” és hagyni, hogy az operáló csapat tegye a dolgát. Csípőízületi protézis műtéteim alkalmával rutin sebészeti beavatkozásra készültem és egy igen pozitív eredményre. Úgy tűnt számomra, hogy minden második ember átment ezen a megpróbáltatáson, így nem lehetett olyan túl rossz. A teljes ízület csere nagy műtét, ezért komoly szerepet kellett játszani abban, hogy pozitív eredményre jussak.

Döntő a csapatmunka bármely sikeres beavatkozás vagy kezelési program esetén. A beteg éppolyan döntő tényező a sikerhez, mint a sebészek maguk. Ha a beteg nem fogja fel szerepét a folyamatban, a következmény szörnyű lehet. A jó kommunikáció létesítése a legfontosabb lépés a sikeres eredmény felé vezető úton. A műtéttel kapcsolatos valamennyi tényt fel kell tární a betegek számára úgy, hogy a laikus is megérthesse, mielőtt belemegy a dologba. Nemcsak azt kell tudniuk, mi vár rájuk műtét után, hanem azt is, milyen állapotban legyenek belépésük előtt. Minél egészségesebb a beteg az eljárás előtt, annál könnyebb lesz a felépülés. Ez egy általános ismeret hivatásos egészségügyiek körében, de nem olyan magától értetődő a betegeknek. Olyan témákat, mint a dohányzás és testsúly – át kellene beszélni. Azt is, hogy ha valaki, mint jómagam súlyos arthritises beteg, át kell tekinteni a betegségét és a gyógyszerelést.

Az ízületi protézis műtétek várólistája kórházakban gondot jelent,

melyre mindnyájunknak tekintettel kell lennünk. Bár a várólisták egyre rövidülnek, néhány embernek, akiknek nagy szükségük lenne műtétre, kénytelenek kivárni sorukat. Sok arthritises beteget ismerek, akik annyit vártak, amennyit csak tudtak, mire a sebészi kezelést választották. Mindazonáltal, ha képessé tettük volna a betegeket, hogy felismerjék, hogy ha már csak a protézis műtét az egyetlen választható lehetőség számukra, spórolhattunk volna a rehabilitáció időtartamán. Minél erősebb az egyén és a szóban forgó ízület, annál jobb az eredmény. Másfelől minél előbb esnek át ilyen műtéten, annál nagyobb az esély, hogy meg kell ismételní azt életük folyamán. Ez olyan dolog, amit alaposan meg kell vizsgálni mind a beteg, mind a sebész részéről. Ismétlem, a kommunikáció igen fontos!

Az életminőségnek kell lenni a végső érvnek a mérleg serpenyőjében, amikor műtétről határozunk. Milyen különbséget jelent majd a műtét a beteg életvezetési képességében, melyben a fájdalom tolerálható? Ha a műtét könnyebb étellel kecsegtet, melyben kevesebb a beteg fájdalma, az elsődleges fontosságú kell, hogy legyen.

Mikor tinédzser éveimbe léptem, énképem fontosabbá vált mint bármikor korábban. Ez volt az az idő is, amikor iskolai munkám sokkal több lett. Elhatároztuk, hogy sebészi úton kell kezelni kezeimet. Boldog voltam a gondolattól, hogy jobban fognak kinézni, a sebészek több erőt és több mozgást kívántak adni kezeimnek. Valahol a műtét elhatározása és elvégzése között a folyamat egész egyszerűvé vált. Singcsontom végét eltávolították valami olyan okból, amiben sosem voltam igazán biztos. Azt hittem, hogy a műtét kezeimet ismét normális kinézetűvé teszi, de ez tévedés volt. Egy tizenéves, aki vár valamire és valami mást kap, sosem túl boldog, és ez meghatározta, hogy kerüljek minden további műtétet. Sajnálatos módon a kommunikáció hiánya vezetett ide.

A sebészet az egyre inkább hatékony mód arra, hogy a fájdalmaktól szenvedő embereken segítsünk. Azonban továbbra is úgy kell használnunk,

mint utolsó mentseget. Mint azt korábban is mondtam, sok mindenen átmentem, de továbbra sem adom rá könnyen a fejem, hogy a műtőbe toljanak. Reumatológusomra úgy tekintek, mint egy jó barátára. A reumatológusok és az ortopéd sebészek óriási párost alkotnak. Mindketten lehetőség szerint sikeres kezeléseket ajánlanak, melyek elősegítik a fájdalom csökkentését és jobb életminőséget biztosítanak. A betegeknek mindkét specialistaival kapcsolatot kell tartaniuk, és szükségük van arra is, hogy ezek a specialisták egymással is hatékonyan kommunikáljanak. Ne legyen harc abban, hogy ki segít leginkább a betegen, mivel a két specialista tudása különböző időpontokban lesz mindenekfelett való a beteg életében. Mint tudjuk, az arthritis eltarthat az ember egész életén át. Néhány évig egy arthritises beteg jól „elvan” a fizioterápia segítségével, más időszakokban a gyógyszerelés segít a legtöbbit; és némelykor a sebészi megoldás válik majd talán szükségessé. Sok hivatásos egészségügyi dolgozó munkáját kell igénybe venni egy betegnek élete során. Nagyon fontos, hogy ezt olyan könnyűvé tegyük, amennyire csak lehet, és hatékonyan együttműködjünk.

Végezetül hangsúlyoznom kell, hogy ha sosem estem volna át műtéten, nagyon boldog ember lennék. Reálisan azonban megtanultam, hogy a műtét kulcsszerepet játszik krónikus betegségem kezelésében. A csapatmunka a leglényegesebb. Fontos a jó kommunikáció valamennyi, a folyamatba bevont szereplő között, és a beteg legyen ennek a kommunikációnak a középpontjában. Szeretem a sportot és egy kedvenc sporttal kapcsolatos mondanégyeszen illik tapasztalataimhoz – „Egy bajnokcsapat mindig legyőzi a bajnokok csapatát”. Senki nem győzte le ez idáig az arthritist önmagában, de egy bajnokcsapat tagjaként, az orvosoknak nagy esélyük van az arthritis legyőzésére és arra, hogy igazán jó életminőséget nyújtsanak betegeknek. Nos, nem ez szolgálja mindnyájunk nagyobb javát?

Fordította: Szabóné Dúl Katalin

Gyógyfürdők

Dr. Szekeres László



Mottó: A gyógyvíz kincs / Kincs, ami van...

A balneoterápiához szorosan hozzátartozik a gyógyiszapkezelés. Ennek ismertetésére kértem fel Dr. Gyarmati József főorvos urat.

A gyógyiszap

A fizioterápia egyik ága az iszapkezelés. Rendszeres kiegészítője a balneoterápiának, gyakran önálló gyógyeljárás. A gyógyászati célra felhasznált iszapszerű anyagokat gyűjtőnéven *peloidoknak* nevezzük. Nemzetközileg elfogadott terminológia szerint: általános nével *peloidoknak* nevezzük azokat a természetben geológiai folyamatok révén keletkezett anyagokat, melyeket finoman elosztott állapotban, vízzel vagy gyógyvízzel keverve, fürdésre vagy göngyölésre használnak fel az orvosi gyakorlatban. Természetes *peloidnak* nevezzük, ha natív állapotban használjuk fel, vagy előkészítésük során nativitásuk nem változik, és természetesnek tartjuk a tözeget minden formájában. Ezen anyagokra jellemző a finom szemcsézettség, a vízkötő és hőtároló képesség, melynek következtében a hosszan melegen maradó fürdő vagy pakolás készítésére alkalmasak.

A *peloid* (a görög *pelos* jelentése = sár) gyűjtőnév arra az állapotra vonatkozik, amelyikben az anyagot felhasználjuk, és nem arra, amelyikben találjuk.

A peloidok osztályozása:

1. Szervetlen iszapok: ásványi anyagokat tartalmaznak (hideg-meleg források lerakódásai, tavak, folyók szedimentációs termékei);
2. Szerves iszapok: főleg algák és egyszerű növények maradványai, (folyótorkolati és tavi iszapok tartoznak ide);
3. Tözegek: főképpen humifikálódott szerves anyagokból és növényi törmelékből állnak és több-kévesebb szervetlen anyagot is tartalmaznak;

A Hévízi-tó iszapja

A Hévízi-tó gyógyhatását három geológiai korszak adja össze: a triász-dolomit termál karsztvíze a pannon mészkőben tározódik, abból mindent kiold, és a forrás feltör egy jégkorszaki tözegmezőben. A tözeg és a termálvíz egymást kölcsönösen feldúsítja, így lesz a tó gyógyvíze egyben egy iszap-disz-

perzfürdő, a tó alján pedig a tözegeből egy Hévízre jellemző gyógyiszap képződik.

Ebben a hévízi iszapban lényeges a kén tartalom, mert a kén minden ízületi betegségben megfogatoszik, tehát pótolni kell. A kénes iszapok alacsonyabb alkalmazási hőfokon is kiváltják ugyan-



4. Kevert peloidok: különböző iszapok természetes keverékei tartoznak ide. Legismertebb közülük a Hévízi-tó, illetve iszapja;
5. Gyógyföldek: vulkanikus kőzetek mállástermékei;
6. Mesterséges peloidok: különböző összetételű és elkészítésű anyagok (általában a hőtartó képességet növelik).

Az iszapkezelés hatásai

1. Fizikai hatások: felhajtóerő (mint a víznél), súrlódási ellenállás, hidrosztatikai nyomás, dörzshatás és hőhatás.
2. Kémiai hatások: a felszívódni képes oldott anyagoktól származnak. Legértékesebbek gyógyászati szempontból a kénvegyületek és a huminsavak.

azt a mély szöveti vérbőséget és átmelegítést, ami a gyógyhatás alapja, ugyanakkor az alacsonyabb hőfok kíméli a szívet és a keringést. Nagyon fontos a hévízi iszap huminsavtartalma, mert ezek az anyagok biztosítják az antibakteriális-antivirális hatást, gyulladáscsökkentést és a bőr tónusának

javítását. A karbonátok kozmetikai hatásúak: bársonyossá varázsolják a bőrt. A sok szteránvázas vegyület az iszapnak ösztrogén hatást ad, így érthető, hogy a csonttrikulációs panaszok miért csökkennek Hévízen és miért virulnak ki a nőbetegek (a hormon-ellenregulációs hatás folytán kivirulnak az öregurak is).

Amit ma iszapkezelés alatt értünk, az tulajdonképpen évszázados tradicionális módszer: iszapfürdő és iszappakolás. Javallatait itt nem soroljuk fel, mert olyan sokrétűek. Legfőbb alkalmazási terület a kopásos mozgásszervi



betegségek köre, valamint a mozgásszervek baleset utáni állapota. Gyulladásos ízületi betegségekben akkor alkalmazzuk, ha a folyamat biztosan túljutott az aktív szakon. Gyógytorna előtt szoktuk alkalmazni a zsugorodások, izomspasmu-

sok oldása és ízületi műtétek után a mozgathatóság növelése céljából. A hosszantartó helyi hideghatás okozta lágyrész-reumatizmus kezelésére ugyancsak ideális. A krónikus nőgyógyászati betegségekben az iszap szinte csodaszer.

Ellenjavallt minden olyan betegségben, vagy állapotban, amely a fürdőkúrát is tiltja: rosszindulatú daganatok, keringési elégtelenség, fixált magas vérnyomás, fertőző betegség, stb.

Iszapkezelés kapcsán nagy előnyt jelent, hogy a gyógyiszap a gyógyhelytől távolabb is alkalmazható.

Híradás a Fiatal Reumatológiai Betegek Nemzetközi Szervezetéről

1995 decembere óta működik a Fiatal Reumatológiai Betegek Nemzetközi Szervezete (IOYR), mely három évenként különböző európai országokban nemzetközi kongresszust rendez. Hollandia, Anglia, Dánia, Németország, Norvégia és Svájc után 2007-ben Svédország ad otthont a következő találkozóknak.

A kongresszusok lehetőséget biztosítanak arra, hogy a résztvevő országok érintett betegeinek érdekvéviselői szervezetei kicseréljék az iskoláztatás, a közlekedés, a napi életvitel, a szociális háló működésének terén szerzett tapasztalataikat. Emellett a vendéglátók bőségesen gondoskodnak kötetlen alkalmakról is: ismerkedési- és búcsúest, városnézés, kirándulás, esti szabadidős programok.

Magyarországot egyedül 1998-ban, Berlinben képviselhetette önálló szervezet, a JCA Alapítvány. Ennek megszűntével a norvégiai és svájci kongresszuson csak magánszemélyként vehetett részt néhány magyarországi betegtársunk.

A IOYR (International Organisation of Youth with Rheumatism) – nevéből is adódóan – kongresszusaira elsősorban tizenhét és harmincöt év közötti fiatalok jelentkezését várja. Mivel a korábbi találkozók hazánk képviselőjében részt vett betegtársak

valamennyien túllépték a korhatárt, a jövőre esedékes svédországi kongresszusra csak „tisztelőbeli” fiatalok mehetnek el. Fontosnak tartjuk, hogy a kongresszusokon elhangzó értékes információk továbbra is eljussanak a magyarországi betegekhez. Ezért keresünk angolul jól beszélő fiatal betegtársakat, akik szívesen bekapcsolódnának ebbe a programba. A svédországi kongresszusra való jelentkezés további részleteiről készséggel adnak tájékoztatást az előző kongresszusok résztvevői: Kürtösi Gábor (06-70/369-2001), Szabó Károly (06-20/478-0476) és Véghelyiné Rieger Mária (06-70/259-3589). Az érdeklődők felkereshetik a IOYR angol nyelvű honlapját is: www.ioyr.org

Egy magyar nyelvű weboldal indítását is tervezzük. Szeretnénk fölmérni, hány betegtársunk látogatná ezt a weblapot. Kérjük jelezzék érdeklődésüket Véghelyiné Rieger Mária veghelyirieger@mailpont.hu e-mail címén. Ide várjuk a weblap szerkesztésben jártas önkéntes segítők jelentkezését is.

Mivel a fiatalkori reumatológiai betegségek gyakran fizikailag és lelkileg nehéz próbatétel elé állítják az érintetteket, a hivatásos gyógyítók és a család mellett fontos szerepük lehet az önsegítő csoportoknak.



Gyógytorna

Mozgok én eleget egész nap... Minek nekem még tornázni is?

Mészáros Lászlóné



A Bechterew kór a csigolyák ízületeinek a gyulladást jelenti. Amint a gyulladás gyógyul, a csigolyák oldalán kis csontkinövések alakulnak ki, melyek egymáshoz kapcsolják a két szomszédos csigolyát. Ez a folyamat okozhatja a gerincmerevséget. A tornagyakorlatok formája, erőssége és a mozgást előkészítő, fájdalomcsillapító, izomlazító kezelések szükségessége attól függ, hogy akut vagy krónikus szakaszban van-e a beteg és milyen panaszai vannak.

AKUT SZAKASZBAN a gyulladáscsökkentő-fájdalomcsillapító gyógyszeres kezelések mellett túlsúlyban vannak az izomlazító, fájdalomcsillapító fizioterápiás kezelések (meleg fürdő, vízalatti torna, lazító masszázs, helyileg alkalmazott száraz meleg, esetleg szóbjajöhet az ultrahangkezelés). Ilyenkor is nagy jelentősége van a helyes testhelyzetnek ülés és fekvés, munka és pihenés közben. Azok a helyes testhelyzetek, amelyekkel az ízületek mozgásának beszűkülését megelőzhetjük.

HELYES ÜLÉS: A csípőízület derékszögben, a gerinc függőleges helyzetben, a fej pontosan a gerinc fölött legyen. Az olvasnivalót emeljük az arc elé kb. 40-50 fokos szögben, ezzel a nyak túlerőltetését előzhetjük meg.

HELYES FEKVÉS: Egyenes nem túl kemény de nem is süppedős matracon a fej alatt kis párnával. Csökkenti a derék fájdalmát, ha oldalt fekvéskor a két térd és lábszár közé vagy ha a felül lévő lábat előre a has felé kívánjuk húzni, akkor az alá párnát teszünk. Ilyenkor ezzel a párnára helyezéssel a derekunk csavarodását, a szalagok húzódását előzhetjük meg.

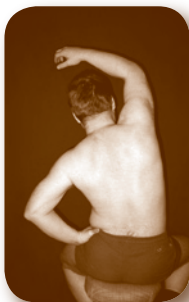
AKUT SZAK TORNAGYAKORLATAI, AMIT NAPONTA TÖBBSZÖR VÉGEZZÜNK:

– Légzőgyakorlatok különböző testhelyzetben, karmozgással, nyújtózkodással, törzs oldalhajlításával, stb. egybekötve, mellyel a bordák egymástól való eltávolodását segítjük és a tüdő különböző részeibe juttatjuk a levegőt.

A légzőgyakorlatokból egyszerre nem kell sokat csinálni. 5-6 tudatos mély lélegzés elegendő, de gyakran (óránként) ismételjük. Testtartást javító, kíméletes gyakorlat:

– Kis terpeszben állva a csípőízületet a farizomzat tudatos, odafigyelt megfeszítésével nyújtott helyzetbe hozzuk így rövid ideig megtartjuk.

– Kis terpeszben állva a csípőízületet a farizomzat tudatos, odafigyelt megfeszítésével nyújtott helyzetbe hozzuk és így megtartjuk, az egyik kart felnyújtjuk magastartásba, míg a másik kéz a vállat érinti. Lassú tempóban, ritmikusan cserélgetjük a kartartást. E kargyakorlat ülve is végezhető.



Minden gyakorlatot lassan, kis erővel, ritmikusan és kontrolláltan végzünk, hogy ne okozunk a hirtelen mozgással fájdalmat. **A kis erejű, ritmikus mozgás segíti az izmok és ízületek vérkeringését és ezáltal fájdalomcsillapító hatású.**

AZ ÁLLVA ÉS ÜLVE VÉGEZHETŐ GYAKORLATOKAT NAPKÖZBEN IS TESSÉK ÓRÁNKÉNT PÁRSZOR MEGCSINÁLNI! Inkább többször keveset, mint egyszerre túl sokat! Ez csak odafigyelés és nem idő kérdése!

Ha zavarja, hogy kollégái nézik tornázás közben, akkor egy-két tartásjavító gyakorlatot a mellékhelységben is elvégezhet. Ilyenek lehetnek a következők:

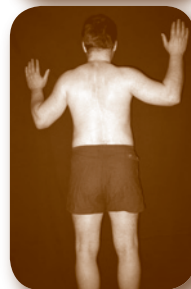
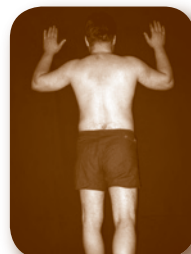
Álljon a fallal szemben, homloka és két tenyere fej magasságban érintse a falat.

Jobb lábát a földön csúsztassa 10-15 cm-nyit hátra a farizom megfeszítésével. Derekával közben ne homorítson. Csúsztatva vigye vissza a másik mellé, majd bal lábbal végezze. Folytassa váltott lábbal.

Kiinduló helyzet ugyanaz: szemben áll a fallal, homloka és tenyere fej magasságban érinti a falat, farizomait összehajlítva tartja. Homloka maradjon a falnál és tenyerét váltogatva távolítsa el kissé a faltól.

A KRÓNIKUS SZAKASZBAN (ideális esetben) gyógytornász irányítása mellett elég hetente egyszer tornázni, a többi napokon a megbeszélés szerint önállóan. Nagyon fontos gyakorlat az, amit az alábbi képen láthatunk: Reggel és este erről ne felejtkezzünk el!

Kiinduló helyzet: Feküdjön hasra a földön vagy egy kemény, nem süppedős fekhelyen. Egy összehajtogatott törülközőt tegyen a homloka alá, hogy a fejét egyenesen tartva az orrának legyen helye. Mindkét kezét a földön tegye kissé a feje fölé. **A gyakorlat:** bal térdét behajlítva combját a farizom megfeszítésével emelje meg, tartsa meg 10-15 másodpercig majd tegye le a combját és utána nyújtsa ki a térdét. Figyeljen arra, hogy a comb megemelése közben a derekával ne homorítson. Másik lábbal ugyanezt. Annyiszor ismételje, ameddig homorítás nélkül sikerül végezni.



A tornagyakorlatok rendszeres végzésével elérhetjük, hogy a gerinc merevvé válása későbbi életkorban és egyenes tartásban következzen be.

Mozduljunk!

Gyalogolni jó!

– írta Móricz Zsigmond

Monspart Sarolta

Országos Egészségfejlesztési Központ



Mottó: „A mozgás minden élet eredője” (Leonardo da Vinci)

A valamilyen betegséggel együttélő személy többnyire tud gyalogolni. Természetesen a kezelő orvos engedélye szükséges a rendszeres gyalogláshoz. A gyaloglás sportmozgás és helyváltoztatás is egyben. Tehát gyalogolni lehet egyéni közlekedési eszközként és lehet sportolásként, szórakozásból.

Gyalogolni mindenki tud.

A gyaloglás is lehet testedzés!

Gyalogolni mindenütt lehetséges.

A gyaloglás bármely életkorban elkezdhető.

A gyaloglás olcsó sport és társas szórakozás is lehet.

A gyaloglás az egyik legkevésbé sérülésveszélyes sportág.

Rendszeres gyaloglással – és megfelelő táplálkozással – csökkenthető a testsúly.

A gyaloglás nem más, mint a járás – vagy a séta – csak nagyobb a mozgássebesség. (Kis technikai különbség, hogy az elrugaszkodás és lendítés erőteljesebb izomtevékenység gyaloglás esetén.)

A gyaloglás során a törzs a talajhoz képest lehetőleg függőleges (eltérés lehet a talaj – homok, emelkedő, víz stb. – minősége miatt) legyen.

A lábfejek egyenesen, előre néznek, nem a kacsza totyogást utánozzák kifelé fordított lábfejjel.

A lépések két része: a támaszkodási és lendítési idő nem egészen azonosak, az utóbbi kicsit rövidebb, ezért mindig van olyan kis időegység, amikor mindkét láb a talajon van.

A karok mozgása ellentétes a lábak mozgásával, azaz az elől lévő lábbal azonos oldalon lévő kar mozgása éppen hátrafelé történik, míg a hátul lévő lábbal azonos oldalon lévő kar előre mozog. A gyorsabb

láb munkát erőteljesebb karmunka kíséri. A felső végtag a test mellett – párhuzamosan – derékszögben hajlított könyökkel mozog előrehátra, hasonlóan a futás mozgásához.

A lépés az egyik láb saroktámaszával kezdődik, majd a gördítés során a sarokról a talp közepén át a lábujjpárnákra érünk és végül elrugaszkodunk a talajtól (ez a támaszkodási része a lépésnek). A lépő láb a levegőben fokozatosan előrehalad az elrugaszkodás pillanatától az újabb talajfogásig a sarokkal (ez az ún. lendítési része a lépésnek). A két alsó végtag más-más fázisban azonos mozgást végez, azaz lép.

A gyaloglás sportöltözete:

- a kellő minőségű és kényelmes lépésű, sportos cipő;
- a szabad mozgást biztosító és az időjárásnak megfelelő sportöltözet;
- a testtel érintkező ruházat nem műszálás, hanem pamut alapanyagú;
- gyalogláskor, sportoláskor sem ajánlott semmilyen szoros ruhánemű.

Általános tanácsok kezdő gyaloglóknak

- Sosem késő elkezdni!
- Minden kezdet nehéz, ez sem lesz könnyű!
- Társaságban kellemesebb gyalogolni és izzadni is!
- A gyaloglást étkezés után legalább egy órával tanácsos elkezdni. Ez egyéni.
- Gyalogláshoz a legfontosabb kellek a jó cipő és a megfelelő zokni.
- Minden gyaloglás bemelegítéssel kezdődik és levezetéssel ér véget, ami lassúbb tempó.

- A fokozatos kezdésnél a kis izomláz jó jel, a kimerültség nem!
- Hidegben, hűvösben legyen réteges az öltözet és ne viseljünk műszálás fehérneműt.
- Kezdjék a sportosabb életmódot kezelő orvosuknál, beszéljék meg vele a „mennysiséget”.
- Gyalogolni a legjobb a természetben, parkban, tó- vagy folyóparton, erdőszélen.
- Lázasan, akár csak hőemelkedéssel tilos a sportolás!
- Nincs ügyetlen, két ballábas személy, csak akaratgyenge.
- Nem szenvedni, hanem gyalogolni érdemes!

A gyaloglás és a gyalogló lelke

A buszt vagy villamost elérni sietős, lihegő lépésekkel nem sportolás. Hasonlóan nem sportteljesítmény például egy kétórás bevásárlás gyalog megtett méterei, súlyemelőként vitt szatjai. Pedig milyen fárasztó ez a terhelés!

Gyaloglás, ha azért haladunk, mert edzeni akarjuk testünket, ez tevékenységünk célja. Szórakozunk, nézelődünk, kapcsolódunk, feltöltődünk és természetesen haladunk. Ha társsal vagyunk, beszélgethetünk, de a haladás sebessége ne csökkenjen.

A gyaloglás befejeztével lehet, hogy kicsit fáradtak leszünk fizikailag, ennek ellenére lelkiileg megújulunk, friss és jó közérzetünk lesz. Még a betegségről is kicsit elfelejtkezünk, hiszen gyalogló-sportolók vagyunk, teljesítünk.

Selye János: „Ismerd el, hogy a tökéletesség nem létezik, de mindenfajta teljesítményből van csúcsteljesítmény; s elégedj meg azzal, hogy efelé törekszel.”

Betegjogok

Az egészségügyi ellátáshoz való jog

Az Egészségügyi törvény biztosítja minden betegnek a jogot az egészségügyi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és megkülönböztetés nélküli egészségügyi ellátáshoz.

Egészségügyi állapot által indokolt egészségügyi ellátás

Az egészségügyi ellátásnak különböző szintjei vannak, ezek az alapellátás, a járóbeteg-szakellátás, a fekvőbeteg- és a szanatóriumi ellátás. Ezekben az ellátási szinteken is különböző gyógyító eljárások lehetnek indokoltak, ennek eldöntése orvosi feladat. Az orvos mindennapi munkája során gyakran találkozik azzal a problémával, hogy a beteg egy banális panaszával vagy egy magától is gyorsan gyógyuló betegséggel (mint egy akut lumbago) is saját kérésére a legmagasabb szintű egészségügyi ellátást szeretné igénybe venni a háziorvos helyett. El kell fogadnunk, hogy ezt a leggazdagabb országok egészségügyi biztosítói sem tudják biztosítani. A legtöbb európai országban a kopásos ízületi- és gerincbetegségek kezelését a háziorvosok irányítják, és csak igen súlyos esetben, vagy műtét elbírálása céljából küldik reumatológiai szakellátásra a betegeket. A reumatológiai fekvőbeteg intézetek ágyszáma más európai országban lényegesen kevesebb, és főleg a súlyos állapotban levő gyulladásos reumatológiai betegek (rheumatoid arthritis, Bechterew betegség) részére biztosított.

Megfelelő egészségügyi ellátás

Megfelelő az ellátás, ha az a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek megtartásával történik. Az orvostudomány fejlődése az utóbbi évtizedekben rohamos mértékű, egyre drágább diagnosztikus és terápiás eljárások állnak rendelkezésre. Ma hazánkban is hozzáférhető már szinte minden orvosi eljárás és gyógyszer. De hogyan tudja ezt a hazai társadalombiztosítás finanszírozni? A hazai kérések elmaradnak a nyugat-európai országokban átlagos keresetektől, emellett a hazai lakosság egyre kevesebb hányada fizet társadalombiztosítást a munkanélküliek, rokkantak, idősek egyre nagyobb száma miatt. Ezért a társadalombiztosítás elosztható pénzkerete egyre nehezebben tudja fedezni az egészségügy növekvő költségeit. A szolidaritás és a társadalmi igazságosság alapján akkor hogyan lehet biztosítani az orvostudomány mindenkori állása szerinti legkorszerűbb egészségügyi ellátást? Ez csak akkor lehetséges, ha betartjuk az egészségügyi ellátás lépcsőit (házi- orvos- szakorvos) és elfogadjuk, hogy az egészségügyi állapotunk szerinti szintet kell igénybe vennünk a háziorvosunk javaslatára szerint. Itt ismét felhívnom a figyelmet, hogy a háziorvosnak nagyon nagy szerepet kell kapnia a betegellátásban. Sokszor tapasztalom, hogy a betegek megkerülik háziorvosukat és maguk próbálnak utat keresni az egészségügyi ellátás útvesztőjé-

Dr. Rojkovich Bernadette



ben. Az interneten, hirdetésekben olvasott, ismerősöktől hallott információk alapján keresnek „csodadoktorokat”. Ezek az útkeresések felesleges, indokolatlanul megisméltelt drága vizsgálatokkal járnak, ami a beteg számára is felesleges megterhelés és a társadalombiztosítás számára pedig jelentős költség. Sokszor tapasztaltam azt is, hogy a beteg ugyanazzal a betegséggel több orvost is megkeres, minden orvos más gyógyszert javasol, mivel nem tudott a kollegája által felírt gyógyszerekről. Ez oda vezet, hogy a betegek sokszor jóhiszeműen egy marék hasonló hatású gyógyszert szednek, melyeknek a mellékhatásai nagy bajt okoznak. Gyakran találkozom azzal is, hogy felesleges CT, MRI vizsgálatok történnek azért, mert a háziorvos irányítása nélkül keresik fel a betegeket a szakorvosokat, akik nem tudnak a másik szakorvos által kiírt vizsgálatok eredményeiről. Ezek az indokolatlan vizsgálat ismétlések felesleges sugárterhelést jelentenek a betegeknek, és sok pénzébe kerülnek a társadalombiztosításnak. A háziorvosokra alapozott irányított betegellátás a kivezető út ebből a zsákutcából.

Folyamatos hozzáférhetőség

Az egészségügyi ellátás folyamatos hozzáférhetőségét az ügyeleti-készenléti szolgálatok megszervezésével lehet biztosítani. Ez nem jelenti azt, hogy minden egészségügyi szolgáltatónak (például szakrendelőnek) 24 órán keresztül folyamatosan működni kell. Az alapellátás biztosítja az ügyeleti rendszert, ha szakellátásra (reumatológia) is szükség van, akkor indokolt esetben a mentőszolgálat igénybevitelével reális időtartamon belül kórházi ügyeleti rendszer keretében a szakellátást is igénybe tudja venni a beteg.

Megkülönböztetés nélküli egészségügyi ellátás

Kizárólag szakmai okok és a beteg egészségi állapota miatt lehet a betegek ellátásában megkülönböztetést tenni. Ilyen eset a betegek ellátási sorrendjében a súlyosság szerinti megkülönböztetés. Az alkotmány minden állampolgárnak jogegyenlőséget biztosít, így nem lehet hátrányos megkülönböztetés a betegek között társadalmi helyzetük, politikai nézetük, származásuk, nemzetiségük, vallásuk, nemük, szexuális irányultságuk, koruk, családi állapotuk, testi vagy értelmi fogyatékoságuk, képzettségük alapján.

Összefoglalva: minden beteget megillet az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és megkülönböztetés nélküli egészségügyi ellátás, de meghatározott keretek között. Figyelembe kell venni a társadalmi igazságosság és szolidaritás elvét is a rendelkezésre álló keretek elosztásánál. A következő számban a szabad orvos- és szabad intézményválasztás jogáról és ennek korlátairól olvashatnak.

Pályázatok

Hogyan éljük meg betegségeinket?

Hogyan lehet együtt élni reumás, illetve csontritkulásos betegségekkel?

Milyen sikeres gyógykezelések vannak, milyen perspektívák vannak a gyógyulásra? (az Edgar Stene pályázatra 2005-ben beküldött írás)

A pályázati felhívás után nagyon sokáig azon morfondíroztam, hogy vajon kit érdekel az én betegségeim rajtam kívül. Beteg országunkban nagyon sok beteg honfitársam leírhatná betegsége történetét, sorát, szenvedéseit, hiszen kevés olyan család van, ahol ne találkoztak volna népbetegségünkkel, a reumával.

A betegségek kialakulásának nagy része azért történik, mivel az emberek a mindennapi megélhetés érdekében túlhajszolják magukat, dolgoznak éjt nappallá téve, a fránya anyagiak miatt. A mindennapok mókuserék harcában nincs idő az egészségünk megővésére gondolni. Csak akkor állunk meg pihenni, amikor az orvos már diagnosztizálta a betegségünket. Sajnos ez már késő, ilyenkor gondolunk arra, hogy valóban alig, vagy sok esetben semmit nem tettünk azért, hogy az egészségünk fennmaradjon.

Egészséges embertársainknak innen is azt üzenem, hogy a rossz példából okuljanak, egészséges életmóddal előzzék meg a későbbi betegségek kialakulását.

Mint bevezetőmben is írtam, az ember betegsége egyben magánügye is, azzal az ember nem szokott dicsekedni, sőt legjobb esetben még szégyelli is. Személyes betegségeimet a pályázat kedvéért megosztom másokkal, akik egyben sorstársaim is.

Történetemet úgy kezdem, ahogy a magyar népmesék szoktak kezdődni.

Hol volt, hol nem volt, jó pár évvel ezelőtt, egy kórházi kivizsgálás során az ortopéd orvos megállapította, hogy csontritkulás következtében a csigolyám patológiásan eltörött, összezsúszott. A diagnózis felállítása után a hévízi Szent

András Kórház gondozásába nagyon jó kezekbe kerültem, mivel minden szükséges gyógykezelést megkaptam.

A betegségem kezdete mintegy 15 évvel ezelőtti időpontra datálódik.

A kezelések és vizsgálatok Dr. Békefi Ferenc és Dr. Szekeres László főorvos urak által végzett csontsűrűség mérésével kezdődtek, majd évenkénti több alkalommal történő úszás és elektroterápiás kezelésekkel folytatódtak, a mai napig. Sajnos, az OEP az utóbbi időben már csak évi 2 kúrát finanszíroz, a beteg anyagi hozzájárulásával.

Betegségem történetét folytatva elmondhatom, az ember hajlamos arra, hogy amikor másik embertárs betegségről hall bizonyos dolgokat, akkor együttérez vele, és elgondolkodik azon, hogy saját magával ilyen betegség előfordulhat-e? Sajnos, az élet nem olyan egyszerű, nincs csak fekete és nincs csak fehér.

Az ember akkor döbben meg, amikor a betegséget nála is diagnosztizálták. Legtöbb ember ilyenkor lelkileg összetörik, és azt mondja, hogy itt a világvége, nem érdemes élni.

Ez a helyzet sokszor tragédiába torkoll.

Nem szabad eljutni eddig a gondolatig, mivel racionális gondolkodással mindenre és mindig van megoldás.

Ezért csak azt mondhatom, hogy bízni kell az orvostudományban, az orvosokban és a szakszemélyzetben.

Saját betegségemről nem megfélekedve elmondhatom, hogy a csontritkulásos gerincbetegségem kialakulásáról nem sok mindent tudtam. Orvosaim keresték a meg-

lévő betegségem okát, ezért annak kivizsgálása a belgyógyászati-endokronológiai kivizsgálások irányában folytatódott. Ok és okozati összefüggéseket tekintve laikus betegként az ember tudja, hogy a testünk (talpunctól a fejtetőig) mindennel összefügg.

Az endokrin vizsgálatokkal tisztázódott az alapbetegségem, amely gyógyszerrel gyógyítható. Azt nem állítom, hogy meggyógyultam, de azt is nagy sikernek tartom, hogy az állapotom nem romlik tovább.

A pályázatban feltett kérdés az volt, hogyan lehet együttélni a betegséggel.

A betegséggemmel együtt élek, együtt kell élnem vele, mivel sorunk összefonódott. Betegségem is az életem egy része, ezért bizonyos fizikai megterhelésektől tartózkodnom kell. A fizikai fájdalom néha elviselhetetlennek tűnik (ilyen például az időjárás frontváltás) és ilyenkor mindig azt mondom magamban hogy: „Árpádom, belőled sem lesz már élsportoló az olimpián!”

Reggeli felkelésnél lassan lecsúszok az ágyról, feltápászkodom, majd pár tornagyakorlattal elindítom a napomat. Mint örök optimista ember ilyenkor arra gondolok, hogy a jó Isten velem van, és biztosan még terveik vannak velem kapcsolatban.

A háziorvosommal a múltkorában beszélgettem, és Ő nekem az alábbiakat mondta:

„Árpád, maga egy rendkívüli ember, mivel több betegsége is van (ebből egy nagyon ritka), de Ön ezeket kitűnően tudja kezelni!”

Ars poeticám: „Az élet szép, az élet jó, csak élni kell vele.”

Torony Árpád

a hévízi Osteoporosis Klub tagja

Hírek



Pethő Gáborné

Kitüntetés

Dr. Göncz Kinga ifjúsági, szociális és esélyegyenlőségi miniszter a „Fogyatékos Emberek Világnapja” alkalmból a „Pro Caritate Díj” elismerésben részesítette

Dávid Benedek

a Mozgáskorlátozottak Sárospataki és Zemplén-Térségi Egyesülete címzetes egyesületi elnökét

a megváltozott munkaképességű emberek esélyegyenlősége, szociális ellátása, életminőségük javítása területén kifejtett eredményes, példamutató tevékenysége elismeréséül.

Mozgássérültek Egyesülete Mezőkövesd,

Együtt-Egymásért Reuma klubja tavaszi-nyári programja:

Március: Szembetegségek, mint a reumás betegségek kísérői

Április: Leggyakrabban előforduló belgyógyászati problémák (vércukorszint mérés)

Május: Kirándulás. Esélyegyenlőségi nap

Június: Reumások diétája, életviteli tanácsok (diétás nővér)

Július: Kirándulás, ismerkedés társklubokkal

Augusztus: Segédeszközök rendelése, használata. Klubok és egyesületek szerepe.

(Megyei Reuma Egyesület elnöke)

Klubnapok helye és ideje: Városi Közösségi Ház „klubterme”, minden hónap utolsó szerda

15 órai kezdettel

Mozgáskorlátozottak Ózd Városi Egyesülete

2006. évi tervezett programok:

Április 29.: Éves Küldöttközgyűlés a Városi Művelődési Központban

Május 5-6.: Esélyegyenlőségi nap Budapest

Június 13.: Miskolc-Tapolcai kirándulás

Június 20.: Bükkszéki strandfürdő látogatás

Június 24.: Bográcsfőzés Gyepesen

Június 29.: Bükkszéki strandfürdő látogatás

Július 6.: Polgári strandfürdő látogatás

Július 13.: Mezőkövesdi kirándulás

Július 20.: Bogácsi strandfürdő látogatás

Július 25.: Krasznahorka-Betléri kirándulás

Augusztus 1.: Tiszaújvárosi strandfürdő látogatás

Augusztus 5-6.: Országos Teke Bajnokság Ózd

Augusztus 9-10.: Ópusztaszeri kirándulás

Az Egyesület végleges programját az Éves Küldöttközgyűlés dönti el.

Mozgáskorlátozottak Sárospataki és Zemplén-Térségi Egyesülete

Javaslatok 2006 évi rendezvényekre:

Január: Évnyitás, tervezés, ötletek

Február: Reumabetegségek fajtái (patronáló orvos)

Március: A böjt (diéta) szerepe (kórházi diétás nővér)

Április: Szembetegségek, mint a reumás betegségek kísérői

Május: Úszásoktatás

Június: Közeli kirándulás

Augusztus: Távoli kirándulás

Szeptember: Fájdalomcsillapítás (ideggyógyász szakorvos)

Október: Gyógyszerek és mellékhatásaik (gyógyszerész)

November: Csontritkulás (patronáló orvos, nőgyógyász szakorvos)

December: Évzárás (műsoros est)

A javaslatokról a végleges döntést a tagság hozza meg.

Dávid Benedek
elnök

Mozgásszervi betegek Klubja, Hévíz

2006. évi I. félévi program:

Január 23. 15 óra Gerincbetegségek. Előadó: Dr. Mándó Zsuzsanna

Március 23. 15 óra Otthonápolás a gyakorlatban, otthoni betegápolás során alkalmazható fizioterápia.

Előadók: Forster Orsolya és Penteliné Horváth Timea

Április 27. 15 óra. Vizelettartási nehézség megelőzése és kezelése gyógytornával. Előadó: Barna Rita

Május 20. Kirándulás Tatára.

Június 15. 15 óra. Mindennapi tevékenységet segítő eljárások, segédeszközök. Előadó: Baumgartner Ildikó

A Hévízi Osteoporosis Betegklub 2006. I. félévi programja.

Február 8. Dr. Lenkovics Anna: Javítsunk egészségünkön! (táplálék kiegészítők).

Március 21. Dr. Bors Katalin a klub vendége.

Április 6. Filó Kristóf: Hitünk az élethez.

Május 10. Márai Sándor műveiből Csányi Zoltán előadásában.

Június 10. Kirándulás Győrbe.

Tisztelt Bechterew (SPA) betegségben szenvedő sorstársunk!

A BECHTEREW KLUB 2006-ban minden hónap második keddi napján 16 órai kezdettel tartja összejöveteleit az ERTI (Erdészeti Tudományos Intézet) nagytermében (II., Frankel Leó u. 42.)

Szeretettel meghívjuk Önt és kedves hozzátartozóját, mindazokat, akiket Ön az ismeretségi köréből el szeretne hozni. Jöjjön el hozzánk, mert biztosak vagyunk abban, hogy mi is valamilyen „más” segítséget tudunk adni Önnek. A klub összejövetelein mindazokra a – reuma betegségével összefüggő testi és lelki panaszokra – kérdésekre választ kap, amelyekre az Ön egészsége érdekében szüksége lehet.

Legközelebbi témáink:

- Április 11-én Pécsi Tibor (több folyóirat szerkesztője) az *immunkérdésekről*,
- Május 9-én Dr. Ortutay Judit (az ORFI osztályvezető főorvosa) a *balneoterápiáról* beszél,
- Június 13. és szept. 12.: kirándulás,
- Július és augusztus: nyári szünet.

Mi is történik ezeken a klubnapokon immár negyedszázada?

- A betegséget és az ehhez kapcsolódó „társbetegségeket” gyógyító kiváló szakorvosok eddig már több mint 100 előadást tartottak, és közvetlen beszélgetés formájában adtak és adnak választ a legkülönbözőbb egyéni és közös problémákra.

- A KLUB működésének ideje alatt betegségünk kedvező alakulásában, testi és lelki problémáink megoldásában nyújtott és nyújt segítséget.
- A KLUB valóságos és természetes gyógyszerként hat közérzetünkre.
- Gyógytorna gyakorlataink frissebbé, mozgékonyabbá teszi szervezetünket.
- Egymás között megbeszéljük a betegséggel összefüggő problémáinkat, átadjuk egymásnak tapasztalatainkat.

A KLUB tagjai szeretik és megbecsülik ezt a közösséget. Bízunk abban, hogy Ön is érdeklődéssel készül találkozásunkra. Szeretnénk hangsúlyozni, hogy a szükséges orvosi kezelést a KLUB nem helyettesíti, hanem az orvos és a beteg munkáját kívánja segíteni.

A KLUB tagjai nevében is várja Önt és üdvözi

a BECHTEREW KLUB vezetősége

Dr. Majtényi Sándor, klubvezető (354-1274)

Szeredi Miklós, szervező titkár (319-0514)

Internetes oldal Bechterewes betegeknek

A <http://torzsasztal.hu/Article/showArticle?t=9119327&la=41599195> internetes oldalon egy Bechterewes betegek által nyitott oldal fut napi hozzászólásokkal és „sajnos” egyre bővülő létszámmal. Minden betegtárs figyelmébe ajánlom, mert sok hasznos, személyes gyakorlati tapasztalattal gazdagodhat az ember, arról nem is beszélve, hogy saját tapasztalatait, ill. kérdéseit is megoszthatja másokkal.

Dr. Majtényi Sándor

A Rheumatoid Arthritises Betegek Egyesületének 2006. április-május-júniusi programja

Április 7. Gyógyhatású készítmények

Május 5. A tajji elmélete és gyakorlata.

Június 2. Kirándulás Gödöllőre

A rendezvényeket a Budai Irgalmasrendi Kórház, Árpád fejedelem útja 7. földszintjén tartjuk (július-augusztus kivételével) minden hónap első péntekén délután két órai kezdettel.

Levelezés



Papp Gyuláné hahóti olvasónk hosszú levélben (melyet teljes terjedelmében nem közölhetünk) számol be reumás panaszairól, műtéteiről, többszöri eredményes hévízi gyógykezeléséről. Elismeréssel ír a kórház személyzetének humánus hozzáállásáról, a hévízi betegklubok tanulságos előadásairól, élvezetes programjairól. Saját élményeit a „Zalai Napló”-ból kivágott cikkekkel és fotókkal támasztotta alá. Gratulálunk ahhoz, hogy mozgásszervi problémái mellett is ilyen aktív életet tud élni és ehhez kívánunk további erőt, egészséget!

Sándor Judit pásztói olvasónk írja: „Nagyon tesszik, hogy egy-egy konkrét mozgásszervi betegséggel részletesen is foglalkoznak. Ugyanis a rendelőintézetekben a szakorvosoknak a zsúfoltság miatt nem jut elegendő idejük arra, hogy a beteget részletesen felvilágosítsák betegségéről. Azt hiszem, ezzel a vállalkozásukkal egy hiányt pótolnak! Ugyancsak hasznosnak tartottam, hogy megjelentették a magyar reumabetegek szervezeteinek listáját, elérhetőségüket, s azt, hogy milyen betegekkel foglalkoznak. Ez is nagy segítséget jelent a betegeknek!”

Köszönjük az elismerő sorokat, továbbiakban is várjuk ötleteiket, javaslatokat, kérdéseiket, bírálatokat a betegeket érdeklő témákban.

Tudja-e?

Jó bor – jó egészség !

Dr. Markó Béla



Mottó: „...élj egy kevés borral... gyakori gyengélkedésedre tekintetből.” 1 Tim 5:23.

A bor gyógyító hatásait már az ókorban is sejtették, de a legújabb orvostudományi kutatások mára bizonyították, hogy a mérsékletes, kulturált borfogyasztás csökkenti több súlyos betegség kockázatát.

Napi 2-3 deci jó minőségű, megbízható eredetű bor – főleg a jó minőségű vörösbor fajtákból – elfogyasztása a legújabb orvostudományi kutatások eredményei szerint nem káros, hanem jó hatású az egészségre, csökkenti főleg a szív és érrendszeri megbetegedések előfordulását és a halálozások arányát.

A kutatások kimutatták, hogy a vörösborok magas polifenol: quercitin, catechin, epikatechin és razveratrol tartalmuk révén antioxidáns, szabadgyök megkötő, gomba, baktérium és vírusölő és gyulladást csökkentő hatásúak.

A kardiológiai kutatások igazolták azt, hogy a vörösbor rendszeres fogyasztásának hatására az érfalvédő HDL jó koleszterin aránya nő, az LDL rossz koleszterin aránya pedig csökken a vérben.

Régóta ismert volt az ún. francia paradoxon, mely szerint Franciaország vörösbor termelő és fogyasztó vidékein, különösen Medoc megyében, 30%-kal kevesebb ember halt meg szív és érrendszeri betegségekben, mint Európa és az USA más területein, ugyanolyan táplálkozási és életmód viszonyok mellett. Eltérés csupán a borfogyasztás mértékében volt, ez a franciáknál háromszor annyi, mint például a németeknél. A francia paradoxonnak a vörösbor gyógyhatásával való magyarázata Serge Renaud francia orvos nagyon alapos vizsgálatai szerint tudományos igazolást is nyert, amit az USA Nemzeti Kardiológiai Intézete is megerősített.

Ez a kedvező és egészségvédő hatás azonban csak mértékletes és kulturált borfogyasztás esetén igaz! A túlzott alkoholfogyasztás és az alkoholfüggő élet-



mód rombolja az egészséget és tönkreteszi az ember szervezetét!

Hol a határ? Az egészséges és mértékletes borfogyasztás a WHO, az Egészségügyi Világszervezet tudományosan igazolt ajánlásai szerint a jó egészséget biztosító optimális hatás tekintetében napi 2 italegység (1 italegység, 1 SDU: Standard Drink Unit 10 gramm alkoholt tartalmazó italmennyiség). Ez bor esetén – a bor alkoholtartalmától függően, ami 8,5–14% közötti, kb. 2 deci, ez az, ami valóban egészségünkre válik!

Ennyiben és így igazolódott a vörösbor több ezer éve tapasztalt gyógyító hatásáról született versike:

„A szekszárdi bikavér,
Orvosságnál többet ér,
Aki issza, hóttig él!”

És egy vigasz a bornemisszák számára is: megjelent a gyógyszerterek polcain a koleszterin csökkentő, alkoholmentes, vörösborkivonat tablettá!

Én egyelőre még maradok a természetes gyógy mód mellett...

Források:

1. Dr. Nagy Edit: A bor és egészség. Reuma Info 2005/2,3
2. Dr. Günther Theis: Borban az egészség. Mérték Kiadó Bp. 2004.
3. Dr. Harald Salfellner: Wein und Medizin. 1992 Austria, Graz

Összeállította:

Dr. Riba Dezső
az MRA Kuratórium tagja
(magánemberként 20 éve gyakorló RA beteg)

Egészségügyi Kisokos



Dr. Héjj Gábor

az ORFI Módszertani és
Minőségbiztosítási Osztályának vezetője

Még az évtizedek óta visszatérő reumatológiai betegek közül is megkérdezzük, hogy *mi a különbség az aktív reumatológiai fekvőbeteg ellátó osztályok és a mozgásszervi – ezen belül reumatológiai – rehabilitációs osztályok működése között.*

A kérdés megválaszolásához vissza kell tekinteni a hazai reumatológiai ellátó hálózat 1950-60-as években történt kialakulásához, amikor az osztályok ún. szanatóriumi típusú ellátást nyújtottak, a betegfelvételt kvóta rendszerben előjegyzés alapján történt, az átlagos kezelési idő 3 hét volt.

Az egészségügy átalakulásával a 90-es évek elején a reumatológiai fekvőbeteg ellátás ketté vált: az ún. aktív fekvőbeteg ellátást nyújtó aktív reumatológiai osztályokra és a hosszabb ápolást igénylő orvosi rehabilitációt biztosító reumatológiai rehabilitációs osztályokra. Ez utóbbiak jórészt a nagy balneo-fizioterápiás tapasztalattal rendelkező korábbi szanatóriumi hálózat – gyógyfürdők mellé települt – osztályainak bázisán jöttek létre. Az osztályok orvosai, gyógytornászai és ápolói megismerték a mozgásszervi rehabilitáció végzéséhez szükséges jelentős többlet ismeretanyagot és ennek megfelelő szakképesítéseket szereztek. Ismereteiket folyamatos továbbképzéssel azóta is rendszeresen gyarapítják

1993 nyarától a járó és fekvőbeteg ellátásban bevezetésre került a teljesítményelvű finanszírozás, melyről érintőlegesen a korábbiakban (Reuma Híradó, 2005/1.) már szóltam.

A fekvőbeteg ellátásban az aktív ellátást végző osztályokon a hasonló költségigényű betegségekkel csoportokat, úgynevezett homogén betegségcsoportokat (HBCS) hoztak létre. Az egy csoportba tartozó betegségek átlagos ápolási ideje is hasonló, ezt normatív ápolási napnak nevezik. Minden HBCS-hez meghatározott súlyszám tartozik, melyet az aktuális

finanszírozási forint szorzóval összeszorozva kapjuk meg a kórháznak egy beteg ellátása után az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól járó összeget. Korábbi példánkhoz visszatérve jelenleg egy reumás sokízületi gyulladásban (RA) szenvedő beteg, betegsége korai stádiumában, amikor még egyéb súlyosabb kísérő betegségei nincsenek 12-13 napos reumatológiai osztályon történő kezelése után az osztály a 0,77635 súlyszámnak megfelelően 2005 február 1-től 102 478 Ft-ot kap, melynek fedezni kell a beteg teljes ellátását (élelmezés, gyógyszer, takarítás stb.) és kezelését (gyógytorna, balneoterápia, masszázs, elektroterápia) valamint a vele foglalkozó orvosok, gyógytornászok, nővérek, fizioterápiás asszisztensek, masszörök bérének és a kórház fenntartásának rá eső részét. Ez esetünkben napi 8000-8500 Ft-ból oldandó meg!

A reumatológiai aktív fekvőbeteg ellátás során általában nem találunk az egyes betegek kezelése között oly nagy különbséget, mint például egy tüdőgyulladás kezelésénél, mely akár 3-4 nap alatt is gyógyulhat – de kezelése elhúzódhat 10-15 napig vagy tovább is. A reumatológiai betegek átlagos ápolási ideje 12-13 nap, melynél indokolt esetben természetesen hosszabb és – bár jóval ritkábban – rövidebb is lehet a kezelés.

Krónikus betegellátásnál a beteg ápolási ideje általában hosszabb, és nem mindig határozható meg előre a rehabilitáció természetéből eredően sem. Ennek megfelelően ezeken az osztályokon napi ellátási díj van, mely az osztály besorolásától is függően a reumatológiai rehabilitációs osztályok egy részénél napi 8610 Ft, de a kevesebb szolgáltatást nyújtó osztályokon 6150 Ft is lehet. A beteg ellátása után a kórházban töltött napoknak megfelelő összeget kapja a kórház.

Bemutakozik a Mens Sana Támogató Szolgálat

A Szolgálat célja a fogyatékkal és segítséggel élők támogatása. A Mens Sana Támogató szolgálat egy új speciális alapellátási forma. Azzal a céllal alakultunk meg, hogy elősegítsük a fogyatékkal élő emberek saját lakókörnyezetében történő, alapvető szükségleteinek kielégítését.

Az alapítvány által nyújtott szolgáltatások:

- Személyi segítség
- Szállító szolgálat
- Információnyújtás, tanácsadás
- Speciális szolgáltatások (fodrász, manikűr, pedikűr stb.) elérhetővé tétele

Térítési díjak

A személyi segítségnyújtás és a szállító szolgálat igénybevételekor térítési díjat kell fizetni. A speciális szolgáltatásokért fizetendő térítési díj megegyezés alapján kerül meghatározásra. A bevásárlás, rehabilitációs feladatok ellátás, lakáson belüli feladatok ellátása, ügyintézésben való segítségnyújtás, helyzetváltoztatásban való segítségnyújtás térítési díja egységesen 250 Ft / óra

Szállítás

Feltétele: az igényeket minimum 3 munkanappal korábban kérjük jelezni. Budapest területén 100 Ft / km. Csoportos és rendszeres szállítás esetén kedvezmény vehető igénybe. Várakozási díj 250 Ft / óra

A támogató szolgálat szolgáltatásai hétfőtől – péntekig: 8-16 óráig vehetők igénybe.

Jelentkezni a következő telefonszámon lehet: **06-20/265-9095**

Forduljon hozzánk bizalommal!

Rejtvény

H	S	F	L	A	B	Z	M	S	G	T	Í	P	I	R	U	L
É	S	Z	B	E	N	F	A	Á	P	Á	R	V	A	D	L	Ó
V	Z	V	K	E	Á	O	R	K	R	R	S	V	V	É	T	Á
Í	Ó	S	L	Á	L	H	H	L	R	S	Z	A	B	Ó	R	S
Z	T	Z	Z	O	T	L	A	Á	O	A	R	L	K	T	A	I
N	Á	É	Y	E	M	U	H	Z	M	Á	V	P	R	R	H	V
B	R	P	L	O	M	H	S	S	Á	A	Ó	I	T	I	A	A
E	T	E	U	Y	A	C	Á	A	N	D	G	R	Z	Y	N	T
L	Ó	N	K	Z	S	S	S	N	C	O	E	T	Ó	S	G	A
L	T	U	A	Ó	L	C	A	E	L	M	L	A	N	Z	D	G
A	V	I	S	Z	B	S	Á	L	A	R	A	Y	N	O	S	I
Á	Z	Á	S	O	Z	A	T	L	O	O	D	R	R	N	S	N
S	S	Á	R	U	Z	L	Z	N	A	A	Ó	I	A	Á	T	C
Ó	O	D	S	R	H	N	A	S	Á	K	Z	A	N	T	Ö	K
I	A	Z	T	O	A	R	B	B	N	Ó	Á	H	Z	A	N	I

A rejtvényben az alább megadott szavakat rejtettük el nyolc irányban: balról jobbra, jobbról balra, függőlegesen felülről lefelé, függőlegesen alulról felfelé, valamint átlósan. Keresse meg és húzza át a felsorolt szavak betűit, majd az át nem húzottakat olvassa össze balról jobbra és felülről lefelé haladva. Az összeolvasott szavak az alábbi két kérdésre adnak választ:

1. Melyik szembetegség gyakori (30%) az SPA-ban?
2. Mi az SPA-s beteg legfontosabb otthoni teendője?

ADOM, ALOM, ÁR, ÁSÓ, BALF, BALZSAM, BELL, BELLA, BORZ, CSAL, CSONT, ELADÓ, ÉSZBEN, HA, HA, HAZAI, HÉVÍZ, IRTÓ, ÍTEL, ÍZ, KALÁCS, KÖT, KÓ, KŐ, LOMHÁN, MARAT, MARHA, MOUNT, NYARALÁS, ÓZ, PÁR, PIRUL, ROMÁNC, RÓ, SARTRE, SCHULHOF, SIVATAGI, SUTÁK, SZABÓ, SZABÓK, SZÁLKÁS, SZEMCSE, SZÉPEM, SZIVARKA, SZONÁTA, SZÓRÓ, SZÓTÁR, TARKASÁG, TÁRSA, TELE, TÓ, TRIPLA, UDVAR, ULTRAHANG, VADLÓ, VÁR, VÉT, ZAB, ZSUZSANNA

A rejtvény megfejtése beküldendő: 2006. május 20-ig. A helyes megfejtők között 2500 Ft-os könyvtalványt sorsolunk ki.

A 2005/3. számban megjelent rejtvény helyes megfejtése: TESTSÜLYCSÖKKENTÉS.

A helyes választ beküldők közül *Katona Lajosné* nyerte a 2500 Ft-os vásárlási utalványt, melyet a Gyógysarokban (1023 Budapest, Frankel Leó u. 38-40.) betegségismertető kiadványok vásárlására fordíthat.

Gratulálunk!

SPA

Hátgerince botmerek,
Betegsége: Bechterew

