

Tartalom

■ Ismerjük meg! A köszvényről <i>Dr. Kiss Csaba</i>	2
■ Gyógytorna <i>Mészáros Lászlóné</i>	5
■ Csont és Ízület Évtizede <i>Dr. Bálint Géza</i>	6
■ A test, a lélek és az életminőség <i>Dr. Riskó Ágnes</i>	8
■ Betegjogok <i>Dr. Rojkovich Bernadette</i>	10
■ Gyógyfürdők <i>Dr. Horváth Remény</i>	12
■ Betegklubok <i>Purgel Zoltán</i>	14
■ Mozduljunk! <i>Pethő Mónika</i>	15
■ Tudja-e? <i>Dr. Markó Béla</i>	16
■ Orvos és betege <i>Dúl Katalin</i>	18
■ Levelezés	19
■ Hírek <i>Pethő Gáborné</i>	22
■ Egészségügyi Kisokos <i>Dr. Héjj Gábor</i>	23
■ Rejtvény	24

Kedves Olvasók!

Én és Te...



... a címe egy erkölcsstani műnek, amiben egy zsidó filozófus azt fejtegeti, hogy az ember teremtésétől fogva társas lény, s az emberek egymás közötti kapcsolata milyen alapvető az Életben. Mindennapjainkban is érezzük, hogy egymás segítségére szoruló, a másik ember megértését, sőt szeretetét igényeljük. Így van ez az egészséges, életerős fiatalok életében is, de a másik ember szeretetét vagy közömbösségét leginkább akkor tapasztaljuk, ha valami miatt testi vagy lelki betegek vagyunk.

Az elmúlt két évszázadban alakult ki az én és te kapcsolat társadalmasított változata az ún. szolidaritás elv. A szolidaritás fogalmát a XIX. században vette át a társadalomfilozófia a jogi nyelvből és a „közfelelőséggel” határozta meg. A szolidaritás tehát az egyes ember és a többi ember, a társadalom összekapcsoltságát jelzi. A szolidárisan összekapcsolt személyek mindegyikének hozzá kell járulnia a társadalom egészének működéséhez. Nemcsak a reá hátruló részt kell teljesítenie, hanem balszerencsés társaiknak fokozott segítséget kell nyújtaniuk, hiszen egy hajóban ülnek. A szolidárisan összekapcsolt emberek ha akarják, ha nem, jóban, rosszban együtt vannak.

Ma hiánycikk Magyarországon a szolidaritás, és kérdéses, hogy mai „szép új világunkban” tud-e egyáltalán érvényesülni. A jó társadalom eszménye a mindannyiunkkal szolidáris állam. Ezt szinte minden politikai irányzat a zászlajára tűzi (kereszténydemokrata, konzervatív és szociáldemokrata irányzatok), de nagy kérdés, ki mennyiben valósítja meg. Az Európai Unió is tudatosan érvényesíteni akarja a szolidaritás eszményét, ezért vannak „felzárkózási” programok az elmaradott országok, népcsoportok, régiók stb. számára. Bárcsak valóban e nemes célt szolgálnák a törekvések!

A szolidaritás elvének látványos elhanyagolása mindennapjainkat megkeseríti. Megértést, segítséget várnánk, s elutasítást, meg nem értést, közömbösséget észlelünk sok embertársunk és a hivatalos szervek részéről. Még az utcán is durvaság ijesztget bennünket.

Most karácsony közeledtén nézzünk magunkba, legalább mi mindent megteszünk-e másokért? Szeretettel, megértéssel fordulunk-e embertársainkhoz? Gondoljunk Jézusra, aki idejött kö-zénk s a szolidaritásnak, másokért hozott áldozatnak isteni, tökéletes példáját mutatta fel.

Boldog Karácsonyt!

Dr. Merétey Katalin

REUMA HÍRADÓ

Betegújság reumatológiai betegeknek • III. évfolyam 3. szám, 2007 december • ISSN 1787-0666

Laptulajdonos: A Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány, Magyar Reumabetegek Egyesülete

Megbízott főszerkesztő: Gönczi Csabáné Dr. A szám orvos-szerkesztője: Dr. Kiss Csaba Szerkesztőségi titkár: Pethő Gáborné

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: Dr. Merétey Katalin 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!

A köszvényről

Dr. Kiss Csaba



A köszvény (arthritis urica) egyike a legjobban ismert reumatológiai kórképeknek. A köszvényt az emberi purinanyagcsere végtermékével, a húgysavval és sóival (urát) túltelített vérből kiváló és különböző szövetekben lerakódó urát kristályok idézik elő. A húgysav a szervezetben a nukleinsavak (RNS, DNS) lebontásából származó purinbázisokból keletkezik. A kristályok lerakódhatnak az ízületekben akut gyulladást okozva, vagy a lágy-szövetekben, gyulladással vagy anélkül. Az akut köszvényes roham leggyakrabban a láb nagyujjának tőizületén lép fel. Az első roham néhány hét alatt kezelés nélkül is elmúlhat, és a beteg ízületi funkciói nem károsodnak, panaszmentessé válik. Tartósan magas húgysavszint fennállása esetén a rohamok egyre gyakrabban, és egyre nagyobb intenzitással jelentkezhetnek. A krónikus köszvényt az általában 10 év leforgása alatt fokozatosan fejlődő húgysavas csomók, ízületi deformitások hozzák létre. A köszvényes betegség kockázata egyes arányban áll az emelkedett vérhúgysav szinttel.

Definíció:

A *hyperuricaemia* olyan állapot, melyben a vér húgysavszintje meghaladja az oldhatósági határt. Ez a túltelített oldat 37 °C-on férfiaknál 420 $\mu\text{mol/l}$, nőknél 360 $\mu\text{mol/l}$ körüli értékek felett jön létre. A köszvény a szövetekben kicsapódott mononátriumurát (MNU) kristályok által előidézett ízületi, nemritkán ízületen kívüli és belszervi elváltozásokkal járó megbetegedés.

Előfordulás:

A betegséget már az ókorban is ismerték, a tüneteket kiváltó okot csak később derítették fel. 1776-



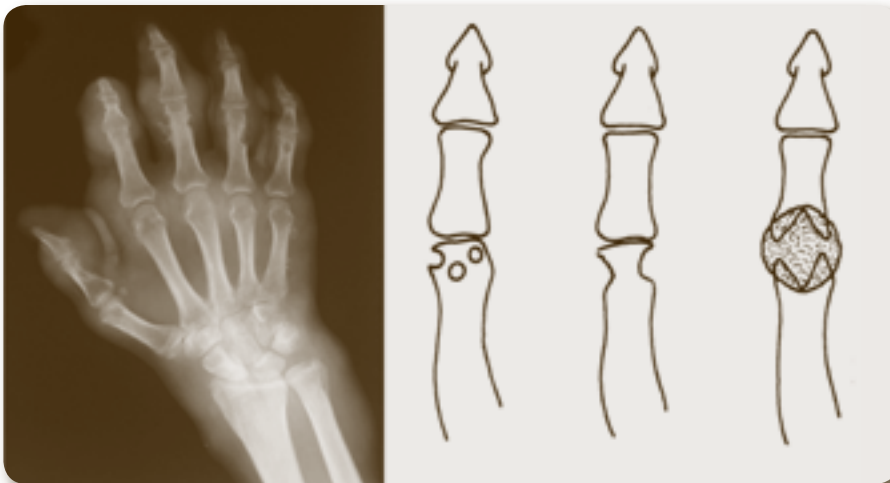
ban Sydenham angol orvos fedezte fel a szervezetben termelődő húgysavat, a köszvényvel pedig 1861-ben hozták kapcsolatba, amikor kiderült, hogy a betegség a vérben felszaporodó húgysav következtében – a baj igazi forrása e szerves anyag kikristályosodó nátriumsója – alakul ki. A gazdaságilag fejlett országokban gyakori betegség a köszvény. Civilizációs betegség, a második világháború alatt és azt követően nem igazán jelentkezett, ellentétben napjainkkal. A köszvény a jólét betegsége. Ebben a betegségben szenvedett Nostradamus, Könyves Kálmán, Mátyás király, Madách Imre, Ady Endre, V. Károly spanyol király és VIII. Henrik angol uralkodó is. A köszvény a 40 év feletti elhízott férfiak leggyakoribb ízületi gyulladása. Gyakorisága férfiaknál 5-28/1000, nőknél 1-6/1000 körüli. A férfi/nő nemi arány 2-7/1. A köszvény gyakorisága világszerte növekszik, elsősorban a külső környezeti, civilizációs tényezők (vízhajtók, alkohol, bőséges táplálkozás) hatására. A háttérben genetikai és környezeti tényezők állnak. Gyógyításában a környezeti tényezők befolyásolása, a hatékony étrendi kezelés is szerepet játszik.

Kialakulás/osztályozás:

A purinok a szervezet nélkülözhetetlen anyagai, a DNS, RNS molekulák alkotóelemei és a sejt fontos energiaforrásai. Az emberben az urikáz enzim hiánya miatt a purin anyagcsere végterméke a húgysav. Az emésztőrendszerben a purinok a táplálékkal bejutott fehérje emésztése során szabadulnak fel, és jórésük már a vékonybél sejtei által húgysavig bomlik és a vérbe kerül. Normális esetben a húgysav kétharmad része kiválasztódik a vesén át, a maradék pedig az emésztőnedvekkel, izzadsággal távozik a szervezetből. A termelés és kiválasztás között egyensúly van. A húgysav túltermelés és/vagy csökkent kiválasztás miatt felhalmozódik a sejtek közötti térben és a vérben. Ha a húgysav szintje a vérben meghaladja a 420 $\mu\text{mol/l}$ -t magas húgysavszintről, hyperuricaemiáról beszélünk. A betegség kialakulásában három fontos tényezőnek van központi szerepe: a vér magas húgysavszintjének, a MNU kristályok képződésének, valamint a kristály és a gyulladással rendszer közötti kölcsönhatásnak. Elsődleges köszvénynek nevezzük azt a formát, melyben az urát ki-



1. ábra. A krónikus köszvényre jellemző tophusos kézelváltozások



2. ábra. A krónikus köszvényes tophusok tipikus radiológiai és sematikus képe

csapódásáért elsősorban felelős hyperuricaemia örökletes anyagcserezavar következménye és másodlagosnak, ha más ismert okhoz társuló hyperuricaemia (pl. fokozott sejtszétesés daganatos betegség kapcsán, vagy csökkent húgysavkiválasztás veseműködési zavar következtében) okozza a betegséget. A másodlagos köszvény az összes köszvényes esetek kb. öt-tíz százaléka. A hyperuricaemia kialakulása összefügg a húgysav túltermeléssel (kb. 10%) vagy gyakrabban a vese csökkent urát kiválasztásával (kb. 90%). Hyperuricaemia és megfelelő genetikai hajlam esetén a húgysav kristály formá-

ban csapódik ki a szövetekben. Az urátkristályok hatására aktiválódik a gyulladásos rendszer. A gyulladásos fehérjék hatására fehérvérsejt-odavándorlás, majd enzim és egyéb anyagok felszabadulása jön létre, heves gyulladást okozva.

Diagnosztika:

Jellegzetes az akut köszvényes roham klinikai megjelenése, mely leggyakrabban 40-50 éves férfiakon lép fel, az esetek 75%-ban a nagylábujj tőízületén. Az ízület igen heves fájdalma gyakran a hajnali órákban kezdődik duzzanattal, lilásvörös bőrelszíneződéssel, gyak-

ran lázzal. Az akut rohamot sokszor puringazdag étkezés, alkohol fogyasztás, sebészi beavatkozás, trauma, gyógyszerek (kis adag szalicilat, vízhajtó tiazidok) váltják ki. Az ismétlődő rohamok időszaka után fokozatosan kialakul a lágyrész- és csont húgysavas csomóval, súlyos ízületi roncsolódással, belszervi elváltozásokkal kísért krónikus köszvény képe (1. ábra). Leggyakoribb belszervi elváltozás a köszvényes vesebetegség és a vesekövesség. A köszvény gyakran jár elhízással, magas vérszír értékekkel, cukorbetegséggel, magas vérnyomással, érlelmeszesedéssel.

A kórkép laboratóriumi diagnózisa a tű alakú MNU kristályok kimutatása az ízületi folyadékból. A kristályok tünetmentes ízület punkciójakor is nyerhetők. Kristály kimutatás hiányában köszvény mellett szól az ízületi roham, a húgysavas csomók, a hyperuricaemia, az urát tartalmú vesekövesség és a colchicin adásakor 48 órán belül fellépő javulás. Fontos, hogy a húgysav meghatározást mindig purinszegény diéta, alkohol tilalom, és a húgysav-anyagcserét befolyásoló gyógyszerek kihagyása előzze meg. A 24 órás gyűjtött vizelet húgysavtartalmának és az urát kiválasztási hányados meghatározása abban igazít el, hogy a betegség oka csökkent húgysavkiválasztás vagy fokozott termelés. A köszvényes ízületi gyulladás röntgen képén a csontszélek kirágódnak, felszívódásra nem képes urátdepó képződik. Körülírt, sima kontúrú, éles szélű felritkulás látható, olyan mintha „lyukasztóvas” ütötte volna (2. ábra). A gerincen, néha a végtágcsonton is diffúz szalagmeszesedés alakulhat ki a komplex (urát, cukor, zsír) anyagcsere-zavar részeként.

Kezelés:

Különbséget kell tennünk az akut köszvényes ízületi roham kezelése és a szérum húgysavszint folyamatos csökkentése között. Másodlagos köszvény esetén oki terápiára nyílnak lehetőségek. A köszvényes roham kezelésére kitűnő a colchicin, ezt 2 óránként addig

adagolják, amíg a roham nem csillapodik. Mellékhatása hasmenés, hányinger lehet, ezek jelentkezősekor abba kell hagyni szedését. Hatástalansága esetén nem-szteroid gyulladáscsökkentőt, szükség esetén szteroidot is adhatunk. Fontos a helyi hideg borogatás és nyugalom biztosítása a nem-gyógyszeres terápia részeként. Erősen fokozott rohamkészség esetén a colchicin hosszabb ideig is adható. A rohammentes időszakban célszerű a vér húgysavszint csökkentése a biztonságos $360 \mu\text{mol/l}$ alá, így a rohamok, a krónikus ízületi károsodás, és a veseérintettség megelőzése valamint a meglévő húgysavas csomók kiürítése. Gyógyszeres lehetőségek közül a húgysavszintézist gátló allopurinol adását alacsonyabb adaggal kezdjük és kéthetente emeljük, amíg a szérum húgysavszint normalizálódik. A húgysav kiürítését növelő szereket (benzbromaron) akkor adunk, ha a húgysavkiválasztás is csökkent, de vesebetegség, vesekövesség esetén nem adhatók. A kellő terápiás hatás eléréséig szintén fokozatosan kell adagolni ezeket a gyógyszereket. Mivel a gyakorlatban a kétféle anyagcserezavar gyakran együtt fordul elő, az allopurinolt általában előnyben részesítjük. Sikeresnek találták a két szer együttes alkalmazását is. A nem-gyógyszeres terápia részét képezi a környezeti rizikófaktorok kiküszöbölése testsúlycsökkentés, diéta, alkoholtartalom, testmozgás, megfelelő folyadékpótlás segítségével, valamint vízajtók, kis adagú szalicilátok lehetőség szerinti kerülésével. A betegség kezelésében a gyógyszerek mellett szerepe van a megfelelő étrend betartásának. Ez vonatkozik az elsődleges formára is, ugyanis a felvett táplálék purintartalmával mindig arányos a vér húgysavszintje. Tudjuk, hogy a táplálékból származó purinok nem változtatnak sokat a vér húgysav-koncentrációján, de mégis szükséges a bevitel korlátozása. A köszvény diétája inkább megelőző jellegű, tekintve, hogy purin gazdag ételek fogyasztása köszvény esetén magas húgysavszintet eredményez és rohamok kiváltója lehet. Ezen kívül

a diétának a késői szövődmények (vesekövesség) kialakulása esetén is rendkívül fontos szerepe van. A megfelelő étrend célja köszvényben elsősorban a vér húgysavszint csökkentése a purinfelvétel korlátozásával, valamint a belső purintermelődés mérséklése. A napi purinfogyasztás ne haladja meg a 300 mg -ot a szokásos $600\text{-}1000 \text{ mg}$ helyett. Az étrend összeállításakor fontos figyelembe venni, hogy melyik stádiumban van a betegség.

1. Tünetmentes, emelkedett húgysavszint esetén az étrend: 300 mg /nap alatti purintartalom, zsírszegény, elhízás esetén energiaszegény diéta, alkohol korlátozás, bő folyadékfogyasztás $2,5 \text{ l/nap}$.
2. Heveny köszvényes roham esetén az étrend (a vérben a húgysavszint gyakran csökken): A purinfogyasztás kevesebb legyen, mint 100 mg/nap , zsírszegény és elhízás esetén energiaszegény diéta, alkohol elhagyás, bő folyadékfogyasztás $3,0 \text{ l/nap}$.
3. Krónikus köszvény esetén az étrend: 200 mg/nap purintartalom, zsírszegény, elhízás esetén energiaszegény diéta, alkohol elhagyás, folyadékfogyasztás 3 l/nap , vizelet lúgosítás.

Kerülni kell a belsőségeket, a zsíros húsokat, csokoládét, kávé, hüvelyeseket. Elhízás esetén jótékony hatású a lassú, fokozatos fogyás. Fontos azonban tudni, hogy köszvényben a fogyókúra nem lehet túl szigorú, nem járhat éhezéssel, mert az a húgysavszint emelkedéséhez, így a köszvényes rohamok provokálásához vezethet. A rendszeres alkoholfogyasztást gyakran kíséri magas vér húgysavszint, ami elsősorban az alkohol húgysavkiválasztásra gyakorolt csökkentő hatásával magyarázható.

A krónikus köszvényben szenvedő betegeknél fokozott figyelmet kell fordítani az érlelmeszesedés szövődményeire. Számos kutatás eredménye szerint összefüggés mutatható ki a magas húgysavszint és a szív-érrendszeri megbetegedések, valamint a magas vérzsír-szint között. A vizsgálatok szerint köszvényes betegeken gyak-

rabban fordul elő érlelmeszesedés, magas vérnyomás, szívinfarktus, szívkoszorúér betegség. A magas húgysavszintet újabban egy komplex (urát, cukor, zsír) anyagcserezavar, az ún. metabolikus szindróma egyik megbújó rizikótényezőjének is tartják. Ismeretes, hogy a köszvény összefügg a testsúllyal, a köszvényes betegek $3/4$ része elhízott. A köszvényvel együtt járó metabolikus szindróma komponenseit (magas vérnyomás, magas vérzsír-szint, cukorbetegség, elhízás) korán és intenzíven kell kezelni. A gyógyszeres kezelést csak egyénre szabottan lehet összeállítani a beteg életkora és kísérő betegségeinek figyelembe vételével. Idősebb betegeknél veseelváltozások esetén az allopurinol kisebb adagban adandó. Az aktuális roham rendezésére sokszor a szteroid készítményeket részesítjük előnyben, hiszen beszűkült vesefunkció esetén a colchicin adása megfontolandó.

A krónikus mozgásszervi elváltozások kezelésében a gyógyszeres lehetőségeket mechano-, elektro-, balneoterápiás eljárások és adott esetben ortopédiai beavatkozások egészítik ki.

Összefoglalás:

A köszvény egyike a legjobban körülhatárolt kórképeknek, és azon kevés reumatológiai betegség közé tartozik, melynek kezelési kilátásai igen kedvezőek. Ismereteink ma már elegendőek ahhoz, hogy a köszvényes betegek hyperuricaemiájának eredetét tisztázzuk. A kiváltó okok közül több, így az elhízás, a magas purintartalmú étrend, a rendszeres alkoholfogyasztás és a vízajtók túlzott használata korrigálható. Tartós hyperuricaemiával rendelkező betegek magas húgysavszintje rendszeres gyógyszeres kezeléssel optimális szinten tartható. Az eredményes terápia lényeges feltétele a beteg folyamatos tájékoztatása a káros tényezőkről, a rendszeres gyógyszeres kezelés fontosságáról, valamint arról, hogy ezek betartásával a köszvényes rohamok kiküszöbölhetőek és a késői szövődmények megelőzhetőek.

Gyógytorna

A köszvényes beteg gyógytornája

Emlékezzünk vissza, hogy mivel kezdődött „A sokízületi gyulladással betegek gyógytornája” c. írás a REUMA HIRADÓ múlt évi harmadik számában:

„A betegség kezelésénél összekapcsolódik a majdnem mindig jelen lévő és fel-fel lobbanó gyulladással folyamat kezelése és a rehabilitációs tevékenység. Hosszan, olykor évekig tartó és türelmes együttműködést kíván a beteg és az erre szakosodott gyógyító csoport között, melynek a gyógytornász nélkülözhetetlen tagja és felelős vezetője a beteget kezelő reumatológus szakorvos.”

Ez a köszvényes betegre még jobban vonatkozik.

A köszvény gyógyítása csak akkor lehet eredményes, ha a beteg mindig tisztában van azzal, hogy mit kell tennie betegsége súlyosbodásának elkerülése érdekében és ezt meg is teszi. Beveszi az orvos által előírt gyógyszereket, betartja az előírt diétát, elkerüli az elhízást. A gyógyító csapat tagjaként tehát fontos szerep jut a dietetikusnak, aki a helyes étrend összeállításában segít. Bizonyos ételek ugyanis fokozzák a vizelet húgysav szintjét és így az ízületek gyulladását előidéző anyag felszaporodását a szervezetben. Az ízületek közül tipikus esetben legtöbbször férfiaknál a láb nagyujja válik fájdalmassá a lábközép és lábujj közötti ízületben: kipirosodott, duzzadt és érintésre, mozgásra érzékeny lesz. A fájdalom rohamszerűen jelenik meg, leginkább éjszaka, hajnal felé. Ritkább a boka és a térdízület akut megbetegedése. Ilyen rohamok egyre gyakrabban ismétlődnek és közben a krónikus sokízületi gyulladással megbetegedések klinikai képétől már alig különbözik.

Az orvos által előírt gyógyszer szedése és a megfelelő étrend (diéta)

Mészáros Lászlóné

rovatvezető



Egy bottal helyesen



Egy bot kevés volt, kettő kell

mellett mire figyeljen a köszvényes beteg az életmódját illetően?

Akut esetben a fájdalmas ízület pihentetése, felpolcolása, borogatása, felpolcolva fájdalommentes mozgások erő nélküli ritmikus végzése, mely segíti a duzzanat csökkentését.

Járáskor, mely csak a legszükségesebb tevékenységek végzésére korlátozódjon – rövid lépéshosszal, bot segítségével tehermentesítve a fájós lábat.

Krónikus esetben a beteg kerülje a megerőltetést, kifáradást,

szűk cipőben való járást. Amint a fájdalom mégis jelentkezik, tessék használni a botot!

A botot mindig ellenkező oldali kézben kell tartani, és ha egy bot használata mellett is fáj, akkor nagyobb tehermentesítésre van szükség, ezért két bottal kell járni. Mindig a fájós láb ujjai vonalába tegyük előre a két botot, rövideket és mindkét lábbal egyformán rövideket lépve! Ezzel esetleg megelőzhetjük a fájdalom és a megerőltetés által kiváltott gyulladást fokozódását.

A „GYÓGYSAROK” Információs központban Budapesten, a Frankel Leó u. 38-40. sz. alatti épület földszintjén (ORFI) a Reuma Híradó új és régebbi számai mellett az alábbi betegségmentető füzetek találhatóak:

- Izomreumatizmus (fibromyalgia)
- Ízületi betegséggel a mindennapokban
- A lupus
- Betegtájékoztató a szisztémás sclerosisról
- Rheumatoid arthritis (krónikus sokízületi gyulladás)
- Pikkelysömörhöz csatlakozó sokízületi gyulladás (arthritis psoriatica)
- Tájékoztató a gyermekkori reumás megbetegedésekről I-II.
- Jó tanácsok gerincbetegeknek
- Gerincbetegségek
- Csontritkulás és megelőzése

A Gyógysarok nyitva tartási ideje: hétfő-péntek: 08.00-13.00 h

Ajánlja betegtársainak a betegségismertetőket!

Csont és Ízület Évtizede

Dr. Bálint Géza

A Csont és Ízület Évtizede
Hazai Koordinátora



A Csont és Ízület Évtizede 2010 után



Az Évtized végéhez közeledvén az **Évtized Nemzetközi Kormányzóbizottsága** Londonban ült össze, hogy megtárgyalják, **milyen formában folytatható az Évtized tevékenysége 2010 után.** A megbeszélésen az az egyöntetű vélemény alakult ki, hogy az Évtized munkáját – némileg más formában – de folytatni kell.

2007-ben az Évtized megkezdte annak a modellnek a kidolgozását, mely biztosítaná az Évtized céljainak megvalósítását 2010 után, megtartva az összes érdekelt aktív részvételét világszerte.

„Az az elhatározásunk, hogy szervezetként folytatjuk tevékenységünket, és így biztosítjuk az Évtized eddigi, értékes eredményeit, egyedülálló programjait, rendezvényeit, és hálózatait, melyeket az Évtized kezdetétől megvalósítottunk. Olyan kommunikációs platformot teremtünk, mely alapján folytathatjuk, sőt tovább folytathatjuk munkánkat az Évtized befejezése után is” – mondta Prof. Lars Lidgren, a Nemzetközi Kormányzóbizottság elnöke.

Az akciók tervét az Évtized Durban-ban tavaly novemberben elfogadott Stratégiai Dokumentumára alapozzuk (www.bjdonline.org). A Nemzeti Akció Hálózat, mint a szervezet erejének alapvető eleme, életfontos szerepet játszik majd az új Évtized alapokmányában. Ezt a kérdést tovább tárgyalják a Nemzeti Hálózatok találkozóján, 2007. októberében, Ausztráliában.

Az első lépés, hogy megalkossunk egy olyan struktúrát, mely alapján Globális Mozcászervi Fórum hozható létre. Az Évtized jelenleg is multidiszciplináris hálózat, mely a szükséges változásokat kezdeményezi és katalizálja – ezt a munkát folytatnunk kell.

Azt tervezzük, hogy tudásközpontként működünk, a világ mozgászervi arénájának hivatalosan is elismert információ és szakértelmi forrása legyünk.

A második lépés, hogy **bátorítsuk a regionális együttműködést.** Kontinentális tanácsok létesítését tervezzük, melyek a jelenlegi hálózatok és regionális szervezetek vezetését vállalják abból a célból, hogy a régió mozgászervi egészség és tudománypolitikáját kedvezően befolyásolják. E regionális szervezetek működése az Évtized központi küldetésével harmonizál, de ennek regionális ízt, regionális aspektust ad. **Elő kell segítenünk a beteg érdekvédelem további fejlesztését,** a jelenleg működő betegszervezetek segítségével segítenünk kell új, regionális betegszervezetek alakulását, főleg a fejlődő országokban. A tudás terjesztése és megosztása a hálózaton belül az egyik legfontosabb feladat, melyet a betegek érdekvédelmében éppen úgy lehet alkalmazni, mint a mozgászervi kutatásban.

Vízióunk az olyan társadalom, melyben a mozgászervi betegségek megelőzése,

a betegek kezelése és ellátása magas színvonalú és mindenki számára hozzáférhető az egész világon. Erre a vízióra fókuszáljuk munkánkat.

Az Évtized jelen küldetése, hogy világszerte elősegítse a mozgászervi egészség és tudomány fejlődését. Ez a küldetés nem fejeződik be az Évtized befejeztével, mert ez a küldetés tartós elkötelezettséget jelent. Az elkövetkezendő években a Csont és Ízület Évtizede átalakul, s lerakjuk az alapjait a **Csont és Ízületi Betegségek Mozcászervi Világforumának,** ami megfelelő platformot biztosít a további munka folytatására.

(A nemzeti koordinátor megjegyzése: Az Évtized Kormányzó Bizottságának célkitűzései a jövő működésre vonatkozóan világosak. Hazai Hálózatunk számára is világos, hogy jobban össze kell fognunk, szakmai és betegszervezeteinkkel egyaránt, regionális együttműködésekkel kell kialakítanunk, mind szakmai, mind betegszervezeti szinten. Csak így érhetjük el, hogy a mozgászervi betegségek prevenciója, a betegek megfelelő ellátása hazánkban is megvalósulhasson. Észre kell vennünk végre, hogy csak egymásra, sajátmagunkra támaszkodhatunk, és a célok eléréséért dolgoznunk kell!)

A Csont és Ízület Évtizede Hazai Hálózata képviselői

2007. október 4-én a Semmelweis Egyetem Ortopédiai Klinikája könyvtártermében gyűltek össze, hogy megvitassák a Mozgásszervi betegségek és sérülések megelőzéséről, kezeléséről és rehabilitációjáról szóló Nemzeti Programtervezetét, melyet Dr. Bálint Géza, Dr. Kapócs Gábor, Prof. Dr. Szendrői Miklós és Dr. Héjj Gábor Dr. Rácz Jenő korábbi egészségügyi miniszter úr

felkérésére készített el. A szerzők időszerűnek tartották, hogy a szakmai- és beteggyesületek képviselői a tervezetet megvitassák, majd megjelentessék. Az értekezleten számos érdekes és értékes észrevétel, megjegyzés, módosítási javaslat hangzott el mind a szakmai, mind a betegszervezetek részéről. A szakmai- és betegszervezetek egész tagsága részére nyi-

tott egyeztető konferenciára kerül sor 2008. január 17-én, 14 órakor az ORFI Lukács Klubban (Frankel Leó u. 27-29.). Ezt követően a Nemzeti Programot véglegesítjük, s az egyetértő szakmai kollégiumok és egyesületek, társaságok elnökeinek aláírásával eljuttatjuk az egészségügyi miniszterhez, valamint megjelentetjük a *Lege Artis Medicinae* mellékletként.

Az Osteoporosis Betegek Magyarországi Egyesülete ezúttal is dunai hajózással ülte meg az Osteoporosis Világnapot. Az „Európa” nevű hajón tartották a sajtóértekezlettel egybekötött rendezvényt, melyen mintegy 200 osteoporosisos beteg vett részt.

A sajtókonferenciát és a kerekasztal megbeszélést Prof. Dr. Marton István, az IOF képviselője és Endrei Judit moderálta. Résztvevők: Zalatnai Lajosné, Dr. Barna Judit, az OBME elnöke és alelnöke, Dr. Bors Katalin igazgató főorvos, Monspart Sarolta tájékoztató futó világbajnok, Prof. Dr. Horváth Csaba, a MOOT elnöke, és Dr. Bálint Géza, az Évtized hazai koordinátora volt. A kerekasztal megbeszélés témája az osteoporosis kockázati tényezői voltak. Horváth Csaba bevezetőjében részletezte a betegek ellátását befolyásoló minisztériumi intézkedéseket: az antiporotikus szerek támogatásának 70%-ra csökkentését, a DEXA vizsgálat korlátozását: évente egyszer csak egy régió denzitásmérése végezhető, az ágyéki gerincé, illetve a csípőé. Az alkarméréseket, ultrahangvizsgálatot egyáltalán nem finanszírozza az OEP. Ezzel számos centrum – mely csak ilyen mérőeszközzel rendelkezett – működése lehetetlenné vált. Ugyanakkor kiemelte,

hogyan a kalcium és D-vitamin kezelés támogatottá vált.

Monspart Sarolta a mozgás és torna, séta, gyaloglás fontosságáról beszélt igen szellemesen, magával ragadóan. Bors Katalin a Szonda Ipsos felmérése alapján beszélt arról, mennyire fontos a rendszeres gyógyszeresedés. A 800 osteoporosisos beteg kikérdezése során kiderült, hogy 38%-uk nem szedi a rendelt gyógyszert. Ez jobb ugyan, mint más európai országokban, de feltétlenül javítandó.

Dr. Barna Judit az izmok megfogásáról, a sarcopeniáról beszélt. Az izomzat – akár csak a csontozat – az öregedéssel csökken. Megfelelő testmozgással, tornával azonban ennek elejét lehet venni. Így elkerülhető az időskorúak esendősége, törékenysége. Jó izomzattal a mozgáskoordináció sem romlik, az elesés veszélye, s így a törésveszély jelentősen csökkenthető.

Dr. Bálint Géza azt fejtegette, hogy a kellő kalcium és D-vitamin bevitel elengedhetetlen, nemcsak

a csontok, de az izmok számára is. D-vitamin hiányában az izomerő, izom koordináció is csökken, a daganatos megbetegedések kockázata nő. Felmérések szerint hazánkban már viszonylag fiatal, 50 éves korban is gyakori a D-vitamin hiány. Felhívta a figyelmet arra, hogy a D-vitamint túl is lehet adagolni.

Az elmondottakhoz számos beteg is hozzászólt, közben a felcsúti Osteoporosis Társaság hölgyei tornáztak, s velük együtt a résztvevők is, majd a kerekasztal megbeszélés végén egy másik csoportjuk mozgatta meg a társaságot. A körözöttes, sajtos, túrós szendvicsek elfogyasztása után az összejövétel résztvevői részére ösztánc kezdődött. A tánc kiváló mozgásforma a csontok erősítésére. Az Osteoporosis Világnap rendezvénye jó hangulatban ért véget! Csontjaink, izmaink erősödtek, kedvünk is jobb lett, így megújulva folytathatjuk a csontritkulás elleni mindennapos küzdelmünket.

Az MRA több mint 700 aláírást gyűjtött a betegklubok és beteggyesületek segítségével az Európai Uniónak küldött 1 millió aláíráshoz, mellyel mi is támogatjuk a fogyatékosággal élők jogait.

A test, a lélek és az életminőség

A krónikus testi betegség, és a krónikus beteg főbb jellemzői – pszichológiai szempontból

A krónikus testi betegségek lefolyásának nagyjából négy szakasza különíthető el:

1. Az első szakasz a tünetek megjelenésétől a betegség megállapításáig tart. A kivizsgálás alatt lévő ember szoronghat testi egységének és ép testi funkcióinak fenyegetettsége, valamint az új helyzethez való alkalmazkodás szükségessége miatt. A diagnózis megtudása az egészség és az autonómia csorbulását, esetleg elvesztését is jelentheti, ami akaratlanul tovább fokozhatja a szorongásokat és a depressziós reakciókat.
2. A szükséges beavatkozások és kezelések idején a normális érzelmi krízis általában csillapszik, majd a saját lelki mozgósításával, és a másoktól kapott támogatás adásával megszűnik. Mindezek hiányában (megküzdési képesség, segítő emberi kapcsolatok) érzelmi- és magatartásváltozást, majd lelki/pszichoszomatikus tünetek kialakulását is tapasztalhatjuk.
3. Az idült betegség megállapítása és a szükséges beavatkozások megszervezése és megadása után (testi tünetek kezelése, lelki panaszok felmérése és terápiája) egy hosszú, viszonylagos egyensúlyi állapot következhet. Tapasztalataink alapján a krónikus betegek életük végéig kontroll vizsgálatokon vesznek részt és folyamatos gondozásban részesülnek. Az orvos/szakember-beteg találkozások a gondozás bázisát, az orvos/szakember és a betegek közötti szövetség további erősödését, az esetleges további tennivalók kiindulópontját jelentik. Számos krónikus betegség lefolyása „visszaesés-enyhülés” jellegű. A visszaesések gyakran összefüggésbe hozhatók az adott személy számára kritikus élet-eseményekkel, a megoldatlan érzelmi krízisekkel. A krónikus betegség tüneteinek, aktivitásának hullámzása azt bizonyítja, hogy e betegségek lefolyását uralhatatlannak érzett pszichoszociális tényezők is befolyásolhatják. Beláthatjuk, milyen nagy tere van a jól szervezett, egyénre alakított pszichoszociális beavatkozásoknak!
4. Lelki szempontból a krónikus betegség komplex kezelésének végállapotát a beteg érzelmi erőforrásainak, megküzdési képességének kimerülése jellemzi. Gyakran válságba kerül az orvos/szakember-beteg, a beteg-hozzátartozók és az orvos/

Dr. Riskó Ágnes

Klinikai szakpszichológus,
pszichoanalitikus



szakember-hozzátartozók közötti kapcsolatrendszer érzelmi része: az érintett felekre a tehetetlenségi érzésekkel való küzdelem igen jellemző, kimerültté, türelmetlenné, ingerlékennyé, még inkább szorongóvá, halálfélelemmel küzdőkké válhatnak.

A krónikusan beteg ember fő lelki problémái:

Az idült betegségek kezelésének és az ezzel egy időben történő rehabilitációnak megvannak a maga sajátos lélektani problémái.

Meghatározó jelentőségű a krónikus beteggé vált ember alapszemélyisége, a betegséget megelőző életútjának és emberi kapcsolatainak minősége, de nem hagyható figyelmen kívül az sem, hogy modern társadalmunkban kiemelt jelentősége lett a fiatalságnak, a szépségnek, az egészségnek és a pénznek.

A krónikusan beteg emberek, elsősorban lelkiállapotuk és helyzetük miatt, gyakran nem képesek érzelmeikről hitelesen beszélni. Ezek a betegek általában súlyosabb lelkiállapotban vannak annál, mint amit ki tudnak mutatni, mint amit szavakkal el tudnak mondani. Nehéz helyzetük miatti érzelmi kiegyensúlyozatlanságukat és megoldatlan konfliktusaikat az ún. nem verbális – beszéd nélküli – kommunikációs csatornák segítségével kivetítik környezetükbe, tudattalanul tovább fokozva az orvos-beteg kapcsolat komplexitását, érzelmi terhelését.

A főbb lelki problémák a következők:

- az elvesztett egészség, korábbi önmege és korábbi lehetőségei miatti gyász
- a düh, a bűntudat kezelése
- lelki működésben való, időszakosan előforduló „visszacsúszás” kialakulása, ami gyerekesebb viselkedéssel és lelki működéssel járhat együtt
- aktiválódott, nehezen, vagy nem uralható halálfélelem
- megtört önbizalom
- elvesztett biztonság-érzet
- egyszerre érzi magát tehernek és kiszolgáltatottnak
- test-kép, test-funkció, én-kép változás
- érzelmi okok miatt bekövetkező heveny vagy krónikus intellektuális gátlás
- fantomérzésekkel való küzdelem

- fokozott fantáziatévékenység
- ellentmondásos érzések önmaga, hozzátartozói és a kezelőszemélyzet iránt
- szexuális nehézségek, problémák
- lehetséges, leggyakoribb kóros reakciók: túlérzékenység, hipochondria, „mindent, vagy semmit” gondolkodás, csodavárás, változó jellegű, részleges realitás-kontroll vesztés, elszemélytelenedés, valóság-kontroll csökkenés, pszichoszomatikus reakciók.

A rehabilitáció sikere nagymértékben függ a fogyatékos ember rehabilitációs törekvésekhez való viszonyától, ezt pedig nagymértékben befolyásolja az érintett beteg alapszemélyisége, aktuális érzelmi állapota, „elég jó” betegség-élmény feldolgozása, pszichoszomatikus egyensúlya, valamint szociális környezete, emberi kapcsolatai.

Az ilyen helyzetekben a rehabilitáció iránti motiváció felkeltése, megerősítése és megfelelő szinten tartása lehet a kiindulópont. A teljes ember rehabilitációja a teljes ember megismerését és megértését is feltételezi.

A hozzátartozók:

A családtagokból közeli hozzátartozójuk betegsége büntudatot, vétkességi érzéseket válthat ki, és mindez általában fokozott ápolási indítékot aktiválhat bennük: így a beteg méginkább betegszerepbe kerül és abban is maradhat.

A hozzátartozók főbb pszichoszociális nehézségei:

- felerősödött büntudat (eredményeként túlvédés, ritkábban elkerülés)
- szorongás, depresszió

- halálfélelem
- kommunikációs zavar
- akaratlan testi és lelki azonosulás a beteggel
- a családi működéskedvezőtlen változásai
- érzelmi kiégés
- társadalmi elszigetelődés veszélye
- anyagi nehézségek.

A tapasztalatok szerint a betegek családjában különösen az anyák válnak szorongóvá, depresszióssá, főleg ha krónikusan beteg családtagjuk gyermek-, vagy serdülőkorú. Az anyák minél korábbi, elébemenő, speciális lelki segítséget igényelnek a szakemberektől, hiszen helyzetük és szociális szerepeik miatt önmagukon túlra, az egész családra kivetülhet súlyos érzelmi labilitásuk.

Gyakran tapasztalhatjuk, hogy a betegek és családtagjaik többsége krízis-helyzetbe kerül a kórisme megtudása és kezelése idején, és sokan abban is maradnak az oki terápia befejezése után is. Ezek a folyamatok döntő hatással vannak az érintettek együttműködési készségére, a rehabilitációs folyamatban való részvételére. A kifejezett, vagy elhúzódó krízis-állapot, illetve a nem együttműködés főként az adott személy, illetve családja én-erejétől, lelki érettségétől, valamint megelőző életvitelének sajátosságaitól függ, és minél korábbi, megfelelő pszichoszociális beavatkozást igényel.

Bizonyított, hogy azon betegek, illetve oki kezelés alatt/után rehabilitációt igénylő személyek, akik szükség esetén megfelelő lelki támogatásban is részesülnek, érzelmi reakcióik általában enyhébbek és kevésbé válnak krónikussá. A betegeket nem lehet hozzátartozóiktól függetlennek tekinteni, ugyanígy a lelki támogatást nyújtó személy, illetve a pszichoterápiát biztosító terapeuta is csak a kezelő csoporttal együttműködve képes segíteni.

Rendkívüli rejtvény!

(Egy vers, amiben szó van gerincről)

PINCÉR

„Hús fillér, ami visszajár még”
köszönésképp gögösen bókkolt.
Aztán – láttam – egy pénztárcának
plusz öt forintért kezét csókolt.
Irigyen csodáltam a pincért
e hajlékony gerincért.

Az alábbi kérdések megválaszolását verskedvelő olvasóinktól várjuk.

A helyes megfejtést beküldők között egy, a rejtvényt készítő által felajánlott verses cd-t sorsolunk ki.

A kérdés:

1. A költő neve?
2. Mi az általa írt (és Szép Ernő díjat nyert) dráma címe?
3. Melyik költőcsoportosulásnak volt a tagja? (a) hármak (b) hetek (c) kilencek

Beküldési határidő 2008. február 1.



Betegjogok

Dr. Rojkovich Bernadette

rovatvezető



A Reumatológiai és Fizioerápiás Szakmai Kollégium elnöke, Dr. Hodinka László 2007 januárjában javaslatot tett az Egészségügyi Minisztériumnak, hogy a dokumentáltan autoimmun betegek vizitdíj-mentességet kapjanak. A megjelent rendeletben azonban sajnálatos módon a „dokumentált autoimmun betegség” listájában nem szerepelnek a leggyakoribb autoimmun-gyulladásos kórképek, mint a rheumatoid arthritis, arthritis psoriatica, SPA és a gyermekkori ízületi gyulladások. A módosítási javaslatot az Egészségügyi Minisztérium elutasította, mint ezt az alábbiakban olvashatjuk. „Roma locuta, causa finita.” Róma szólt és a dolognak vége (az ügy le van zárva) – szól a közmondás. Demokratikus jogállamra nem ez a közmondás a jellemző. A jogtalan diszkrimináció nem fogadható el. A Szakmai Kollégium és az Egészségügyi Minisztérium levelezését közreadjuk és a betegszervezetek előtt áll a feladat, hogy a jogos kéréseket tovább képviseljék.

A Reumatológiai és Fizioerápiás Szakmai Kollégium levele Dr. Horváth Ágnes egészségügyi miniszterhez



Tisztelt Miniszter Asszony!

Élve szíves felhívásával, miszerint a kollégium tudathatja Önnel véleményét az ellátással kapcsolatos intézkedések hatásáról, korábbi javaslataink kiegészítéseként küldöm a mellékelt javaslatot a vizitdíj-mentességgel kapcsolatban.

(Az összegyűjtött anyag elküldése után értesültünk a vizitdíj mentességek kibővítéséről).

Örömmel észleltük, hogy korábbi javaslatainkkal összhangban a „dokumentált autoimmun betegség” jogcím megjelent a mentességek között.

Egyúttal tisztelettel megjegyezzük, hogy a megjelölt kört definiáló BNO – 10 diagnózis-lista összetétele nem minden esetben fedi a valóban méltányolandók körét.

Megítélésünk szerint a betegségek mechanikusan, korábbi besoroló listák alapján lettek összeválogatva, ugyanakkor ellentmondásos, hogy egyes – a legkevésbé releváns – ízületi betegségek megjelennek a listán, a valóban autoimmun rendszerbetegségek (rheumatoid arthritis stb.) nem.

Engedje meg, hogy az Önnek előzőleg ismételt elküldött anyagokon alapuló korrekciós javaslatunkat mellékeljük, a mentességre javasoltak becsült eset-számainak és a várható évi megjelenések feltüntetésével, illetve rövid szakmai indokolással.

Ily módon enyhíteni lehet a vizitdíj-mentességek azon hiányosságát, hogy nem kívánatos módon diszkriminál a betegek között.

Bízunk abban, hogy lehetőség lesz olyan méltányos korrekcióra, amely nem jelent jelentős bevételkiesést.

Budapest, 2007. augusztus 2.

Tisztelettel

Dr. Hodinka László
elnök

Melléklet: előzmények: 2007. január 4. és 2007. január 22. javaslatok

Javaslat a vizitdíj mentességek között a „dokumentált autoimmun megbetegedések,, tartalmának módosítására

Javasoljuk a „dokumentáltan autoimmun megbetegedések” közé felvenni:

M05:	Seropozitív rheumatoid arthritis	
M06:	Egyéb rheumatoid arthritis	25-35 000 fő
M07:	Psoriasis és enteropathiás arthropathiák	15-25 000 fő
M08:	Fiatalkori ízületi gyulladás és	
M09:	Fiatalkori ízületi gyulladás máshová osztályozott betegségben	5-10 000 fő
M45:	Spondylitis ankylopoetica	5-10 000 fő

Összességében a betegségekben szenvedők (évente legalább egyszer orvoshoz fordulók) száma 60-80 000 fő. Évi átlagos megjelenésük 4-6 alkalomra tehető. Így a várható vizitdíjbevételek kiesés országosan 70-140 M Ft lehet. Ez a becsült 3000 M Ft vizitdíj bevétel 2-4 százaléka csupán.

Az Egészségügyi Minisztérium elutasító válasza



Tisztelt Elnök Úr!

Dr. Horváth Ágnes miniszter asszonyhoz címzett levelében a vizitdíjjal kapcsolatban fordult szaktárcánkhoz, amelyre vonatkozóan az alábbiakról tájékoztatom.

A tartós orvosi kezelések körébe tartozó betegségek összeállítása az illetékes Szakmai Kollégiumok javaslatai alapján történt, amelynek végleges köréről a Kormány döntött. A szaktárca a tapasztalatokat, a gyakorlati problémákat összegyűjtötte, és amiben szükséges, változtatás történt.

Az összegyűlt tapasztalatokat és felvetéseket előterjesztettük a Kormány számára törvény és rendelet módosítást javasolva. A törvénymódosítási javaslatokat az Országgyűlés megtárgyalta és a vizitdíjra vonatkozó szükséges módosításokat az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2007. évi LXXI. törvényben július 1-től hatályba léptette. A végrehajtási rendelet (217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet) a Kormány által elfogadott módosításait a 172/2007. (VI. 29.) Korm. rendelet tartalmazza.

A tartós orvosi kezelések körében történő – július 1-től hatályos – bővítéseknél elsődleges szempontként a szaktárca azt vette figyelembe, hogy a kevés beteget érintő, élethosszig-tartó speciális kezelést igénylő betegségek kerüljenek be a mentesség körébe. A rheumatoid arthritis kezelését hazánkban min-

den reumatológia osztályon végzik. A kijelölt betegségek a „dokumentált autoimmun megbetegedések” körében azon viszonylag kevés beteget érintő betegségek, amelyeket általában kijelölt központokban látnak el speciális igényük miatt. Ezen betegségek körének bővítésére jelenleg nincs lehetőség.

Amint Elnök Úr is említi levelében a javasolt betegségben szenvedők évi átlagos megjelenésének száma nem túl magas, így a vizitdíj megfizetése reményeink szerint nem jelent túlzottan nagy terhet a betegeknek.

Tájékoztatom továbbá, hogy a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 18/A. (17) bekezdése alapján a biztosított a 20 alkalom feletti ellátások után fizetett vizitdíjak összegét az illetékes jegyzőtől visszaigényelheti, amennyiben nyugtával, illetőleg számlával igazolja, hogy az adott naptári évben általa igénybe vett házi orvosi ellátásért (ideértve a fogászati alapellátást is), illetve járóbetegszakellátásért vizitdíjat legalább már 20-20 alkalommal fizetett.

Kérem válaszom szíves elfogadását.

Tisztelettel:
Budapest, 2007. szeptember 10.

Dr. Rapi Katalin

A Rheumatoid Arthritis Betegek Egyesületének levele Dr. Horváth Ágnes egészségügyi miniszterhez

Tárgy: RA-s betegek vizitdíj és kórházi napidíj mentessége iránti kérelem



Tisztelt Miniszter Asszony!

Örömmel olvastuk a Minisztérium honlapján az egyetemes szerkezetbe foglalt, július 1-től hatályba lépő változtatásokat is tartalmazó vizitdíj-táblázatot és benne a „mentességek” címszó alatt a tartós orvosi kezelések rovatban (az alapbetegséggel összefüggésben mentes a vizitdíj, valamint a kórházi napidíj megfizetése alól) a felsorolás utolsó tételét:

– „*Dokumentált autoimmun megbetegedések esetén*”

Ez annyiban jelentene számunkra örömet, hogy végre speciális figyelem fordul e betegcsoport felé. Az ezekben a betegségekben szenvedők, mint tudja, a gyógyulás halvány reménysége nélkül élik életüket. Az átlagnál jóval többször kényszerülnek rendszeresen felkeresni orvosukat, komoly gyógyszereik miatt szoros laboratóriumi kontrol alatt állnak, többször igényelnek kórházi ápolást, gyakran végeznek rajtuk súlyos ortopédiai műtéteket, stb.

Orvosaink tájékoztatása szerint azonban, akik e betegségek tételes felsorolásával együtt kaptak er-

ről dokumentációt, a rheumatoid arthritis, a krónikus sokizületi gyulladás betegség feltehetően „kimaradt” a felsorolásból.

Kérjük, engedje meg, hogy annak a kb. 80 ezer embernek az érdekében, akik ma Magyarországon rheumatoid arthritisben szenvednek, akiknek a kiszolgáltatottsága az élet számos területén igazán méltánylandó volna, és akiknek anyagi helyzete éppen a betegségük miatt évtizedekre amúgy is megpecsétlődött, *kérjük, hogy ezt az adminisztratív tévedést – és reméljük, hogy nem diszkriminációt, vagy más – a Minisztérium haladéktalanul orvosolja. Ebben szeretnénk kérni az Ön szíves, személyes közbenjárását.*

Szíves intézkedését kérve és várva,

Tisztelettel:
Budapest, 2007. július 30.

Vecsey Jánosné
elnök

A Rheumatoid Arthritis Betegek Egyesülete a lapzártáig (2007. november 5.) semmiféle visszajelzést nem kapott beadványára.

Gyógyfürdők

A Széchenyi Fürdő

Dr. Horváth Remény

osztályvezető főorvos
Széchenyi Fürdő Nappali Kórház



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

A budapesti Városliget ősplatánjai között méltósággal terül el egy gyönyörű kastélyszerű épület, a . Közel 100 éves falai ölelik körül hazánk és egyben Európa legnagyobb gyógyfürdő komplexumát.

A gyógyfürdő vizét a magyar hévíz feltárás nagy alakja, korának páratlan teljesítményű bányamérnöke, Zsigmond Vilmos (1821-1888) 970 méter mély fúrása szolgáltatja, mely 77 °C hőmérséklettel tör a felszínre.

A gyógyfürdőt a fürdőépület úgynevezett Czigler-szárnya foglalja magába, mely épületrészt Czigler Győző műegyetemi tanár tervei alapján építették.

A Városliget parkjára néző főbejáraton keresztül belépve egy nagy, barokkos kupolacsarnokba jutunk. Ezt a történelmi hangulatot árasztó kupolát csodálhatják meg mindazok, akik ebben az épületben gyógykezelésben részesülnek. Tágas, világos medencecsarnokai a rómaiak fürdőkultúráját, a kádfürdők a görögök, míg az izzasztóhelységek, hidegvízű medencék, szaunák az északi népek fürdőzési szokásait idézik.

Az épületen belül 15 termálmedence, míg a szabadtéren – amelyet a főépülethez csatlakozó, 1927-ben épült uszoda épülete övez – 3 medence található. A medencék különböző hőfokúak, (26-38 °C-ig) és rendeltetésűek. A termálmedencékben alkalmazott gyógyvíz az összetétel alapján kalcium – magnézium – hidrogénkarbonátos (földes – meszes) víz, melynek fluorid, metaborsav és kéntartalma is jelentős. A szabadtéri medencék korszerű vízforgató berendezésekkel felszerelten hígított termálvízzel működnek. Míg az úszómedence aktív mozgásra ösztönöz, a termálmedencében ülve a gyógyvízhatás érvényesül, az élménymedencében vízalatti gejzírek, oldalfali vízbefúvók, vízáramoltatás révén biztosított az izomzat ellazítása, az önfeledt felüdülés és szórakozás. A tavaszi, nyári, koraőszi időszakban a medencék körüli napozók biztosítják a „napfürdőzés” színhelyét. Sok évtizedes hagyománya van és a társasági élet meg-



kapó színfoltja a fürdőzéssel egybekötött vízi sakkozás.

A gyógyfürdő kezeléseket ma már nemcsak önállóan, hanem más egyéb fizioterápiás eljárással együtt alkalmazzuk. A kezelési lehetőségek széles köre áll a gyógyítók rendelkezésére a Széchenyi fürdőben: gyógyvizes gyógymedence fürdő (01), vízalatti vízszugár masszáz (07), szénsavas fürdő (05), súlyfürdő (04), gyógyvizes kádfürdő (02), izsappakolás (03), orvosi gyógymasszázs (06), vízalatti csoportos gyógytorna (08). A gyógyfürdő kezeléseket reumatológus, ortopéd, fizioterápiás és mozgásszervi rehabilitációs szakorvos, valamint a gyógyfürdőben dolgozó szakorvosok rendelkezik.

A gyógyfürdőben működő fürdőorvosi tanácsadó rendeléseken dolgozó szakorvosok a házi orvosi beutalóval érkező betegeket a mozgásszervi vizsgálatot követően, orvosilag indokolt esetben társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető gyógyfürdő utalvánnyal és kezelőlappal látják el.

Az érvényben lévő jogi szabályozás alapján (5/2004. (XI. 19.) EüM rendelet) évente két kúra vehető igénybe rehabilitációs céllal.

A gyógyászati ellátás legfeljebb 15 alkalomra, bal- eseti vagy műtéti utókezelés esetén legfeljebb 20 alkalomra rendelhető.

A gyógyszolgáltatások a TB utalvánnyal rendelkezők esetén is helyszíni térítéssel vehetők igénybe, melynek mértékéről a kifüggesztett ártáblák nyújtanak felvilágosítást. A közgyógy utalvánnyal rendelkezők is helyszíni térítés kötelesek.

A gyógyfürdőkezelés javallatai: a mozgásszervek idült gyulladáshoz és degeneratív megbetegedései, idült sokizületi gyulladás (a heveny szak kivételével), kopásos gerinc és izületi elváltozások, Bechterew-kór, lágyszövet reumatizmus, idült derékfájás, idült vállízület körüli gyulladás, porckorong megbetegedések, a mozgásszervek fejlődési és tartási rendellenességei,



köszvény, balesetek, valamint csont és ízületi műtétek utáni utókezelés. Természetesen a részletes mozgásszervi vizsgálat során a belgyógyászati állapot figyelembevételével az ellenjavallatokat is mérlegelni kell.

A Széchenyi Gyógyfürdőben 1982 óta működik a komplex fizioterápiás osztály, más néven a nappali kórház. Ez az a kezelési mód, amikor a beteg állapotát, a betegség aktivitását és az elérendő célt figyelembe véve olyan fizioterápiás programot állítunk össze, ahol a hatások összegződnek. Ez a működési forma igen kedvező, mert viszonylag olcsón létrehozható, a fekvőbeteg intézménynél kisebb költséggel működtethető, illetve tartható fenn. Egyesíti a fekvő gyógyintézmény nyújtotta komplex terápia előnyeit a szakrendelések alacsonyabb üzemeltetési költségeivel. Rehabilitációs szempontból előnyös, hogy a kúra során a beteget nem szakítjuk el megszokott családi környezetétől.

Osztályunkon 89 ágyon naponta két váltásban 178 beteget látunk el, 15 napon át. A felsorolt terápiás lehetőségeken kívül száraz egyéni és /vagy csoportos gyógytorna és elektroterápiás kezelések (kis- és középfrekvenciás) állnak rendelkezésre a gyógyítás eszközeként. A felsorolt kezelési módokat a szakorvosi vizsgálat (belgyógyászati előzmények és állapot, labor és röntgenleletek mérlegelésével) alapján alkalmazzuk, rendszeres kontrollvizsgálatok mellett – figyelembe véve a balneoterápiás kezelések javallatait és ellenjavallatait.

A betegek napi 4 órában vehetik igénybe a kezeléseket, melyek szünetében a rendelkezésre álló ágyon pihenhetnek, izomlazító Ritex (mentolos, kámforos, éteres) pakolást kaphatnak.

A pihenésre nagy szükség van, mert a kúraszerűen, sorozatosan használt gyógyvizes fürdők folyamán legtöbbször a kúra 4-8. napján általános fáradékony-ság, bágyság, pulzusszám emelkedés jelentkezik, mely tünetek a fürdőreakció megnyilvánulásai. Ezek a tünetek 2-4 napig tartanak, spontán megszűnnek.

A 2006. évben az ápolási napok száma közel 37 000 volt, amely mintegy 2800 fő betegellátását jelenti. A komplex kezelésben részesültekön kívül 7395 beteg vett igénybe osztályunkon vízalatti csoportos gyógytorna és súlyfürdő kezelést. Az osztály dolgozóinak száma 43 fő (közülük 29 fő egészségügyi végzettségű).

A Széchenyi gyógyfürdőben az ivókútnál ivókúra is alkalmazható, melynek javallatai: idült gyomorhurut, bélhurut, gyomorsavtúltengés, a vesemedence és a húgyutak idült gyulladásai, a vesekőbetegség egyes formái, a légzőszervek idült hurutai, a csontrendszer mésziánnyal járó állapotainak megelőzése, illetve a gyógyszeres kezelés kiegészítése, az epehólyag és epeutak egyes megbetegedései, az epeürülés elősegítése. Az ivókúra előtt a kezelőorvos tanácsát ajánlatos figyelembe venni.

A tavalyi évben a Széchenyi Fürdő közel 1 390 000 fürdővendéget fogadott (napi átlagban 3200-4000 fő), akik közvetlen ellátásában 175 dolgozó vesz részt. A szolgáltatások műszaki feltételeinek biztosítása 40 dolgozó feladata. Ezekből a számadatokból következik, hogy a kellő színvonal csak úgy biztosítható, ha megfelelő a rend, a munkafegyelem és a tisztaság. Büszkén mondhatjuk, hogy mindezen feltételek biztosítottak. Az intézményben összehangolt munka folyik. A szolgáltatások üzemeltetője a Budapest Gyógyfürdő ZRT.

Az urbanizáció, a fokozódó stresszhatások, a mozgásszegény életmód, a helytelen táplálkozás következtében jelentkező testsúlyfelesleg a mozgásszervi betegek számát egyre növelik. Ezen betegségek, illetve a már kialakult betegségek rosszabbodásának megelőzése, a rehabilitáció, rekreáció, regeneráció és relaxáció méltó színhelye a Széchenyi Fürdő komplexum. A kezeléseket igénybevevőket jusson eszünkbe Paracelsus svájci orvos (1493-1541) gondolata: „Minden az adagoláson múlik”

KEDVES!

A szeretet mindenre képes az életben.

A legfontosabb szó,
hogy szeresd társaidat,
az a léleknek jó.

Ha megtanultál a lélek szaván
beszélni hozzá,

akkor a Te lelkedben
már érezhető a lelki gazdagság,
amely a szeretet szaván szól neked,
hogy érezd és értsd,
hogy Te, mint embertársunk,
mennyire fontos vagy,
tényleg.

Az élet az enyém, az élet mindenkié.

Az életből csak egyet kaptunk,
és ezt az egyet használjuk ki jól,
és élünk szeretetben,
mert a szeretetnek mindennapi
gyógyító ereje lehet.

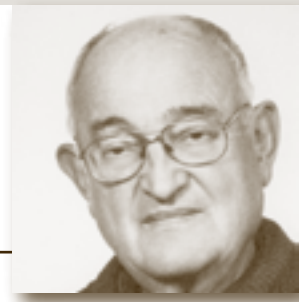
Ötvös Judit

az ipolytölgyei Szent Erzsébet
Fogyatékos Otthon lakója

Bemutatkoznak a hazai reuma klubok és beteggyesületek

Dr. Riba Dezső

rovatvezető



Bemutatkozik a Magyar Lupus Egyesület

A Magyar Lupus Egyesületet 1996-ban alapította Schopper Gabriella. A Fővárosi Bíróság által bejegyzett, közhasznú egyesületként működünk, közel 1000 taggal. Évente négy alkalommal találkozunk az ORFI Lukács Klubjában, ahol kitűnő orvosok szólnak meg, és próbálják megértetni velünk a megmagyarázhatatlant. Találkozóinkat vidám, hangulatos programok zárják. Van orvos listánk, újságunk, szórólapunk, plakátunk, betegtájékoztató füzetünk, weboldalunk. Élő kapcsolatban vagyunk külföldi szervezetekkel (USA, Ausztrália, Egyesült Királyság, Olaszország, stb.). Kiváló kapcsolatunk van a médiákkal; nagyon sok beteg, sőt orvosok és gyógyszergyárak is jelentkeznek újságcikk, TV adás, rádióműsor után. Weblapunkon naponta 200-250 oldalletöltést regisztrálunk. Társalgó rovatunkban a betegek gyorsan és könnyen tudják egymást segíteni, tapasztalatainkat megosztani.

A lupus (SLE) betegségről nagyon kevesen és keveset tudnak. Az SLE a szisztémás lupus erythematosus rövidítése. Nehéz kimondani, még nehezebb élni vele...

A diagnózis felállítása nagyon nehéz. Az „ezerarcú” vagy a „nagy utánzó” nevet nem véletlenül kapta. Egy egyszerű influenzának vagy más betegségnek a tüneteit képes hosszú időn keresztül utánozni, így csak a valóban nagyon képzett or-

vosok segítségével derül ki a betegség. Nem fertőző, krónikus, az orvostudomány mai lehetőségeivel gyógyíthatatlan, szisztémás autoimmun betegség. (Ez alatt azt kell érteni, hogy az egész szervezet megbetegíti.) Mivel krónikus és gyógyíthatatlan, anyagilag, testileg és lelkileg megviseli a betegeket. Kutatások hívják fel a figyelmet arra, hogy a lupus leggyakrabban serdülőkorban, szülés után, változó korban, napfény hatására, vírusos megbetegedések következtében, testi vagy lelki megrázkódtatás (stressz) hatására alakulhat ki. (Némely gyógyszer hosszantartó szedése folyamán az arra hajlamos egyéneknél is előfordulhat, de a gyógyszer elhagyása után rövid idővel tünetmentessé válik a beteg.) A betegeknek legfontosabb megtalálni azt az orvost, akiben megbíznak.

Schopper Gabriella, a Magyar Lupus Egyesület alapítója és elnöke tavaly sajnos elhunyt. Azóta az egyesület vezetése és működése nehézkes volt. 2007. március 27.-én tartottuk közgyűlésünket. Egyik napirendi pontunk az elnökválasztás volt. Mivel a közgyűlésig nem fogadta el senki a felkérést erre a tisztségre, a közgyűlés levezető elnöke javaslatot tett az egyesület megszüntetésére. Erre nem számítottunk, döbbenet ült az arcokon. Mindenki végiggondolta, hogy ez a nagy múltú egyesület mit jelent

számára, mennyi segítséget, mennyi támaszt. Nem beszélve arról, hogy Schopper Gabika önfeláldozó – gyakran erején felüli – munkáját nem hagyhatjuk elveszni. Többen kérték társaikat, vállalják el a pozíciót, de senki sem érezte magát elég erősnek erre a nehéz, felelősségteljes munkára. Hosszas vívódás után Purgel Zoltán kért szót. Elmondta, hogy összefogással meg tudjuk menteni az egyesületet, s amennyiben két aktív alelnök segíti munkáját ő elvállalja az elnöki tisztséget. A közgyűlés valamennyi elnökségi tagot egyhangú igen szavazattal megválasztotta. Most minden erőnkkel azon fáradozunk, hogy az elmúlt időszak hiányosságait pótoljuk, és biztosítsuk az egyesület további működését, keressük a lehetőségeket, pályázati kiírásokat, melyek anyagi támogatást nyújtanának.

2007 december elsején jelenik meg Pillangó című újságunk, melyben neves orvosok fognak írni az „ezerarcú” betegségről. Legalább 10 különböző írást tervezünk (különböző szervek érintettségével). A kiadvány színvonalas kivitelezésben készül el. (Az újságot tagjaink ingyenesen megkapják.) Aki szeretne egyesületünk tagja lenni, jelentkezzen alábbi elérhetőségeinken. (Az éves tagdíj: 2500 Ft).

Purgel Zoltán
elnök

Elérhetőségek:

Levélcím: H-6635 Szegvár, Kórógy u. 69. Telefon / fax: (63) 364-400 E-mail: info@lupusz.hu
Honlapok: www.lupusz.hu, www.autoimmun.hu, www.sle.hu

Mozduljunk!

Csempésszen több testmozgást az életébe

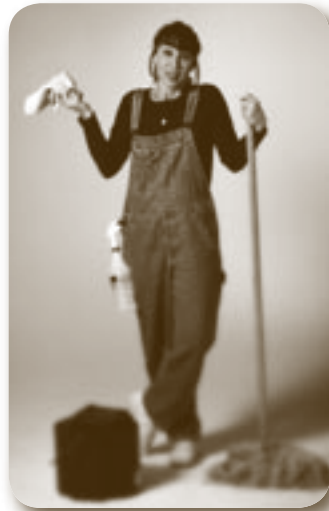
Monspart Sarolta

Országos Egészségfejlesztési Központ



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

Takarítás, vásárlás – vajon e tevékenységek is testedzésnek számítanak? Ha nem is testedzések, de elősegítik a testmozgásban gazdagabb mindennapokat. Néha aktív pihenőnek is hívhatóak ezen tevékenységek. Használjon a következőkből pár új módszert, hogy becsempéssze a testmozgást az életébe, miközben a megszokott mozdulatokat végzi nap mint nap.



Valaha családi háznál az apák hosszú órákat töltöttek a gyep gondozásával, az anyák gyönyörű virágokat ültettek. Régen a gyerekek óráig a szabadban játszottak – bújócskáztak, fogócskáztak, fociztak. Ma már a legtöbb gyerek a szobában tölti még a napos délutánokat is a kedvenc videójátékával, TV nézéssel.

A szakemberek gyakran hangoztatják, hogy a rendszeres testmozgás – különösen a rendszeres testedzés – hatására csökken a csonttörés kockázata, erősödnek a csontok és az izmok, javul a rugalmasság és az állóképesség. Miért voltunk edzettebbek húsz, harminc évvel ezelőtt?

Lehet, hogy az elmúlt idők napi tevékenységei nem csak unalmas rutinfeladatok voltak? Kutatók mostanában többet hirdetik, hogy bár a napi feladatok testmozgásai nem azonos értékűek a testedzéssel, például az úszással, a futással, a táncolással, a kerékpározással, a gimnasztikai gyakorlatok végzésével, de mindenképpen „aranyat érnek”.

A következő tevékenységek rendszeres végzése testmozgásként „elkönnyvelhetőek”, a fizikai állapotot minimum szinten tartják.

Háztartási tevékenységek

1. **Takarítson.** A porszívózás például igénybe veszi mind a láb, mind a kar izmait. Semmiképp ne erőltesse meg magát. Ha valamely testrészében fájdalmat tapasztalna és az 2 óra múlva sem szűnne meg, akkor kérdezze meg orvosát.

2. **Vásároljon.** Mielőtt elindulna, még otthon készítsen listát a szükséges termékekről. Csak ezután vásároljon és sose éhes, korgó gyomorral menjen a boltba. Akinek nehéz a két kézben elosztott egy-egy szatyor, az használjon bevásárlókocsit.
3. **Mosogasson.** Ha hagyományos módon szeret mosogatni – kézzel végzi a munkát, meleg vízben – lazíthatja a fájó ízületeket és jó nyújtó gyakorlat lehet az ujjaknak is. Ha gyorsan elfáradna, csak a felét mosogassa el, a másik felét hagyja másnapra. A lehajlás, amikor kiüríti, vagy telerakja a mosogatógépet, szintén nyújtógyakorlat a hát és a láb izmainak, ha kinyújtva hajol le „nehéz teher” nélkül.
4. **Álljon lábujjhegyre** naponta legalább kétszer egymás után ötször. Ideális esetben minden étkezés után fogat mosunk. Miért ne tegyük ezt úgy, hogy közben erősítjük a lábfej és a vádli izmait? Tehát álljon lábujjhegyre fogmosás alatt párszor.
5. **Öltözködéskor** tegyen „túlzó” mozdulatokat. Nyújtózzon nagyot, amikor a kabátját veszi fel, hajoljon le mélyen, amikor zoknit, cipőt vesz. Ez a kis testmozgás is segíthet a reggeli ízületi merevség oldásában.
6. **Tartson „reklámszünetet”** TV-nézés közben. Keljen fel, igyon vizet, esetleg egyen egy kis zöldséget vagy gyümölcsöt, akár teregesse ki a mosott ruhát, amíg a tv-ben reklámok mennek. Nem tűnhet nagy testmozgásnak, de a kis mozgás is kalóriamorzst éget, segíthet a testsúly tartásában.

Utazás közben

7. **Közlekedési eszközön** ülve időnként gyengéden nyomja magát hátra az ülésbe. Ez az ún. izometriai gyakorlat. Ez is jó, ez a testmozgás nem veszi igénybe az ízületeket.
8. **Feszítse meg és tartsa feszítve** a has- és farizmokat 10-10 másodpercig. Ettől a gyakorlattól sem fog megizzadni, de rendszeres gyakorlása erősíti az izmokat.

Ha van autója, saját maga mossa le. Tegyen nagy, körkörös mozdulatokat, amikor mos, töröl, viaszol. Mindkét kezével végezze el a mozdulatsort. Mossa ragyogóra az autóját és csodálja meg a tükröképét! Esetenként növelje a mozdulatok nagyságát és erősségét.

Gyűjtötte amerikai folyóiratokból: **Pethő Mónika**

Tudja-e?

A köszvényes beteg étrendje

A purinszegény diéta célja a szervezet húgysav szintjének csökkentése. A húgysav egyrészt a szervezetben lejátszódó anyagcsere folyamatok során képződik, másrészt a szervezetbe kerülő táplálékok egyes alkotórészeiből szabadul fel.

Az élelmiszerek purintartalma

Az állati és növényi eredetű élelmiszerekben a purin mennyisége a purint tartalmazó szövet helyének funkciójával függ össze. Pl. egy állati izomszövetben a magas purintartalom energiában gazdag foszfátokkal van összefüggésben. A belsőségekben a nagy purintartalom a sejtmagok sokaságának köszönhető. A szárnyasok vagy halak bőre, a sertés bőrös szalonnája sejtmagokban, így purinokban is gazdag. Más a helyzet az ún. növényi „tároló” szövetekkel, amelyekben a sejtek kis száma miatt alacsony a purintartalom. A legtöbb növényi táplálék (gabona, zöldség, gyümölcs) nagyon kevés, szinte elhanyagolható mennyiségben tartalmaz purint (0-30 mg/100 g), némelyek valamivel nagyobb mértékben (30-75 mg/100 g) és van egy-két kivétel – mégpedig a száraz hüvelyesek, szója és néhány olajos mag – amelyekben a húsfélékhez hasonló mennyiségű purin található. A kakaópor, így természetesen a csokoládé sem fogyasztható magas purintartalmánál fogva. A tej, kefir, joghurt szinte sejtmentes, így

Dr. Markó Béla

rovatvezető



minimálisan tartalmaz csak purint. A tejtermékekkel sem más a helyzet, a feldolgozás során nem történik lényegi változás a purintartalomban. Tejtermékekből, hasonlóan az egészségmegőrző étrend ajánlásához, napi 0,5 l-nyi tej, kefir, joghurt és legalább kétnaponta sovány sajt vagy tehéntúró fogyasztása javasolt. A zsírosabb tejtermékek (tejszín, vaj, 20%-os tejföl) kerülendőek. A tojás előnyös lenne, mivel kevés purint tartalmaz, azonban tekintettel arra, hogy a köszvényes gyakran jár együtt érrendszeri megbetegedés, így koleszterintartalma miatt fogyasztását heti 2-4 db-ra ajánlott korlátozni. A tengeri állatok purintartalma rendkívül eltérő lehet. Különbséget kell tenni a nagyon magas purintartalmú hering, szardínia, makréla, garnéla, kagyló stb. és a kevesebbet tartalmazó ponty, tőkehal, fogas között. A kávé és a tea is tartalmaz purint, és nem is elhanyagolható mértékben, ezért naponta legfeljebb 1 gyenge kávé vagy 1 gyenge teafőzet fogyasztható el. Fogyaszthatók, mert ezek purin származékai nem alakulnak át húgysavvá.

Rendkívül fontos a megfelelő mennyiségű folyadék fogyasztása, ami legalább 2,5 l legyen naponta. Előnyös a kissé alkalis hatású ásványvizek fogyasztása magas húgysavszint esetén, mint pl. Parádi, Balfi, amelyekből a naponta 2-3 dl fogyasztása javasolható.

Élelmiszercsoportok purintartalma

Igen magas 150-1000 mg/100 g	Magas 75-150 mg/100 g	Közepes 75 mg/100 g alatt	Nagyon kevés, illetve jelentéktelen 0-30 mg/100 g
élesztő, húskivonatok, liba, szardínia, kagyló, pisztráng, hering, halikra, lazac, tonhal, makréla, garnéla, belsőségek, máj, füstölt húsok, halak	sertés-, marha-, borjú-, birkahús, pulyka, kacsa, nyúl, őz, szarvas, szalonna, virsli, kolbászféle, szalámi, füstölt sonka, tőkehal, fogas, ponty, szárazbab, szárazborsó, lencse, szója (pl. kocka), mák, napraforgómag, földimogyoró, mazsola	sonka, csirke, angolna, lepényhal, kakaópor, zöldborsó, karfiol, brokkoli, zöldbab, paraj, tofu, padlizsán, karalábé	tej, kefir, joghurt, sajt, tejföl, túró, vaj, olaj, margarin, méz, cukor, rizs, liszt, búzadara, gabonapehely, tészta, kenyér, burgonya, a többi zöldségféle, minden gyümölcs, tojás, üdítő, gyümölcslé, lekvár, sör, bor, dió, kókusz, pisztácia, mandula

A diéta napi purintartalma ideálisan 200 mg alatt kell, legyen. Fontos szem előtt tartani, hogy jó néhány alkalommal egy-egy táplálékból többet fogyasztunk, mint 100 g, így ha pl. egy kisebb purintartalmú táplálékból 2-300 g-ot elfogyasztunk, akkor az abban lévő purinmennyiség elérheti a 100 g húsfélének megfelelőit.

Az étrend összeállítása során a „jelentéktelen” és a „közepes” kategóriából ajánlott válogatni, esetleg (hogyha nem a legszigorúbb korlátozás vonatkozik a purinbevitelre) heti egyszer-egyszer beiktatva a „magas” kategóriából a megszokottnál kisebb mennyiségben valamely táplálékot. Az „igen magas” kategóriába tartozók azok, melyeket kerülni kell.

A köszvényes betegek túlnyomó része elhízott, ugyanis az elhízás kedvez a betegség kifejlődésének, súlyosbítja a panaszokat, a testsúly csökkenésével viszont arányosan javul a beteg állapota. A testsúly csökkentése érdekében energiaszegény diétára van szükség. Kevesebbet kell enni, de gyakrabban. El kell hagyni az étrendből a cukrot, cukorkát, csokoládét, süte-

ményeket, mézet, lekvárt, kompótokat, üdítőitalokat, az ételek készítéséhez sem szabad cukrot használni. Korlátozni kell a zsírok fogyasztását. Mellőzni kell a disznósajtot, szalonnaféléket, tepertőt, valamint az erősen zsíros húsokat, húskészítményeket. A lisztes termékek (kenyér, péksütemény, tésztafélék) fogyasztását is csökkenteni kell.

1 g zsír	37 kJ	(9 kcal)
1 g fehérje	17 kJ	(4 kcal)
1 g szénhidrát	16 kJ	(3,75 kcal)

energiát szolgáltat



Konyhatechnikai javaslatok a köszvény étrendjéhez

1. Ajánlatos a zsírszegény ételkészítés módszereit, eszközeit alkalmazni nemcsak a húsfélék készítése kapcsán (grillezés, grillzacskóban sütés, alufóliában sütés, teflonedény, cseréptál használata stb.), amely egyaránt szolgálja az energia- és a zsírszegénységet is.
2. Erdemes inkább olyan ételeket készíteni, amikor a főzővíz elöntésével csökkenthető a purintartalom. Pl. sűrített főzelék helyett vízben főtt, pl. lengyeles zöldköret, vagy hüvelyesfélékből lehet különféle változatosan fűszerezett pástétomokat vagy salátaféléket készíteni ecetes-olajos-fűszeres páclével vagy paradicsomosan, esetleg tésztával kombinálva – a hagyományos ételek helyett, amikor benne marad a főzővízben a kioldódott purin.
3. A magas purintartalmú nyersanyagok purintartalma csökkenthető előfőzéssel. Pl. húsfélét is ajánlatos előfőzni további elkészítés előtt, illetve főve különféle mártásokkal tálalni.
4. Következésképpen nem ajánlott olyan ételeket fogyasztani, amelyeket a húsfélékből kifőtt ízanyagok tesznek ízletessé, mint pl. erőleves, húsleves, kocsonya.
5. Előnyösek az étrendben az előfőzött nyersanyagokból készült rakott, töltött zöldségfélék, csőben sült zöldségek.
6. Energiaszegénység esetén ízlés szerint cukor helyett mesterséges édesítőszer használandó.
7. Az intenzív, erős, csípős fűszerek alkalmazása kerülendő, helyettük a különféle frisszöld fűszernövények, illetve a kevésbé intenzív, gyengébb fűszernövények széles skálájának használata ajánlott.
8. Hús pótlására a szójakészítmények közül leginkább a tofu (szójatúró) ajánlható, mert a tofunak kevesebb a purintartalma. A többi szójakészítmény, csakúgy mint a szárazhüvelyesek csak alapos előfőzés után fogyasztható.

Étrendi javaslat köszvény esetére legfeljebb 300 mg purintartalommal

	1. nap	2. nap	3. nap
Reggeli:	tej, bazsalikomos-petrezselymes túrókrém, félbarna kenyér	narancslé, sajtos melegszendvics (sovány sajttal), retek	tejben főtt zabpehely fahéjas szóráttal
Tízórai:	gyümölcs	gyümölcs	gyümölcs
Ebéd:	lebbencsleves, tükörtojás teflonban, kefirés tökfőzelék, félbarna kenyér, gyümölcs	paradicsomleves, rakott kelkáposzta, gyümölcs	sajtos-diós spagetti, almás-sárgarépás-céklasaláta
Uzsonna:	margarin, zsemle, reszelt sárgarépa	tejes gyümölcsturmix (esetleg cukor nélkül), Hamlet szelet	kefir, korpás kifli
Vacsora:	gombás köleskása, ásványvíz	fokhagymás lencsepástétom, zsemle, fejjessaláta-levél, ásványvíz	besameles zöldségtál, gyümölcs, ásványvíz

A cikk forrása: www.medimix.hu

Orvos és betege

„A beteg fölé szívével hajolt...”

Szubjektív megemlékezés

Prof. Dr. Bozsóky Sándorról

80. születésnapja okán

Szak Ferencné

rovatvezető



Talán nem sokan gondolnák, de immár jó 50 éve koptatom az ORFI lépcsőit, és gondolom, nem sokan lehetünk ilyenek manapság. Eleinte persze kísérorént és segítőként édesanyám mellett, aki szintén krónikus sokizületi gyulladásban szenvedett. Engem is itt néztek meg, amikor az 50-es években könnyű lefolyású formában, de elért a gyermekbénulás. Édesanyám betege volt a közelmúlt években nyugdíjba vonult Dr. Gáspárdy Géza ortopéd főorvos úr édesapjának. Emlékszem például Molcsányi dr.-ra, a „jóságos fogorvos bácsira”, Judák bőrgyógyász főorvos úrra, aki a hosszú délutáni és koraesti órákban szinte észrevétlen suhant át a folyosókon, felkeresve pácienseit betegágyukon és így hozva el számukra a várva várt enyhülést. Közvetlen módon és nagy empátiával hajlott a betegágyak fölé és segített, szinte már barátián megbeszélve a tennivalót. Emlékszem például egy nővérkére is, aki annyira más volt, mint a többi, olyan megértő, kedves és figyelmes, hogy az már egy gyereknek is feltűnt. Később tudtam csak meg, hogy ő még az egykori Irgalmas Kórház egyik utolsó irgalmas nővére volt.

Az idő előrehaladtával persze egyre többször került sor arra, hogy édesanyám befeküdjön az ORFI-ba. Dr. Bálint Géza betegként rendszeresen Bozsóky professzor úr osztályán feküdt, aki már akkor elismert szakteknitelynek számított. Magas, vékony, szikár alakja tekintélyt parancsolóan vonult végig a folyosón a vizitelők népes csoportja élén. Kimért, szigorú ember hírében állt a betegek között, megkövetelte a rendet és a

tisztaságot, elvárta a beteg együttműködését javulása érdekében.

Időközben alig felnőtté cseperedvén egy három hetes kezelés után az osztályon, illendő volt érdeklődnöm édesanyám felől a professzor úrnál és megköszönni neki az eredményes kúrát. Ez volt életem egyik első, felnőtt küldetése. De a gond ezzel nem zárult le. Sajnos a hálánk anyagiakban nem juthatott kifejezésre, amit meg is kellett vallanom. A húsz év betegség már akkor komoly anyagi terhet rótt családunkra. *Ekkor professzor úr elbocsátó szavai ezek voltak: „ha lett volna, akkor sem fogadtam volna el”. Ő példát adott emberségből, én meg egy kicsit tényleg felnőttebbé váltam.*

Édesanyám ezt megelőző kórházi bentfekvése úgy alakult, hogy a karácsonyi ünnepek éppen a kúra közepére estek. Nem volt olyan rossz állapotban, hogy haza ne jöhetett volna az ünnepekre, így élt is a felajánlott lehetőséggel. Ámde szobatársai között voltak vidéki, és nála súlyosabb betegek, akiket rendkívül sajnált, hogy ezt a szép és bensőséges ünnepet ott kell eltölteniük a kórterem falai között. El is határozta mindjárt, hogy ha átviszik őt a betegszállító tolokocsival a „nagyházba”, megkéri, álljanak meg a közért előtt egy pillanatra, hogy egy kis karácsonyi dekorációt, szaloncukrot, gyertyát vegyenek a bennmaradók asztalára, egy kis hangulatot csempésze a komor kórházi falak közé. Bár akkor még nem járt a kisbusz az ORFI épületei között, csak a betegszállítók vitték tolokocsival, telen pokrócba takarva a betegeket az utcán, megállniuk nem volt szabad, pláne nem egyedül hagyni

a beteget az utcán veszélyeknek, megfázásnak kitéve. Ez – anyám kérésére – mégis megtörtént, és ki jött éppen arra, hogy meglássa mindezt? Igen, jól sejtik, Bozsóky professzor úr. Azonnal a legszigorúbb büntetést helyezte kilátásba. Visszatérve az osztályra, a raportra már ketten mentek, és édesanya határozottan védelmébe vette Pistát. Nagyon kérte a professzor urat, hogy az ünnepre való tekintettel ne büntesse meg, hiszen ő csak sajnálta az ottmaradókat és egy kicsit emberibb ünnepet szeretett volna számukra teremteni! *Mondanom sem kell, hogy a büntetés végül csak elmarasztalásban merült ki. Győzött a humanitás a regula fölött!*

Édesanyám széleskörű érdeklődésének köszönhetően a 60-as években rendszeresen megvettük az Élet és Tudomány című folyóiratot, ami abban az időben nem volt tipikus a „mi köreinkben”. Egy alkalommal európai gyógyító barlangokról olvastunk többek között Olaszországban, Magyarországon és Ausztriában. Ez utóbbi leírása arra csábított minket, hogy talán meg kellene próbálkozni vele, mivel egy kipróbált, hatékony, ún. „természetes gyógymódot” kínált egyebek mellett ízületi gyulladásos panaszokra is. Vállalkozó kedvben nem volt hiány, ami nem is csoda. Tizennégy komoly szenvedések közepette eltöltött év után, amikor már elmondhattuk, hogy itthon szinte mindent megpróbáltunk, német nyelvtudás nélkül és 70 dollárral a zsebében anyám elindult az ausztriai Badgasteinbe. A kilátástalannak tűnő kúra végül csodával határos módon összejött, és még három, egymás utáni év-

ben megismétlődött. A dolog lényege egy bizonyos radon sugárzás egy elhagyott, régi aranybányában, melynek hatásmechanizmusa leginkább a szteroidéhoz hasonlítható. Sok anyagi segítséget kértünk és kaptunk hozzá a későbbiekben, de még így is szörnyű sokba került! Bár talán nem költségarányosan, de sokat segítettek a kúrák. Időközben sajnos én is beteg lettem, és azt reméltem, hogy ha én nem 14 év után, hanem szinte azonnal megyek, többet fog segíteni. Ekkorra azonban már megváltoztak a külföldi gyógykezelés engedélyeztetésével kapcsolatos elő-

írások: be kellett szerezni az illetékes országos intézet igazgatójának támogató sorait is. Az ORFI igazgatója ebben az időben Prof. Dr. Bozsóky Sándor volt. Mindkettőnk közös kezelőorvosa Dr. Bálint Géza volt, aki szerint „ez az a betegség, amivel mindent meg kell próbálni” (kinek ez használ egy kicsit, ki arra esküszik). Még egy ORFI-s orvosnál jártam hivatalból, akinek szintén javasolnia kellett volna, de ő így szólt: „és képesek ezért ennyi pénzt kiadni?” Utoljára professzor úrnál volt jelenésem. A történetünket ismerte és átérezte, milyen csapás egy beteg is egy családban

ebből a betegségből, hát még kettő! És én ott álltam reményekkel telve 30 évesen! Akkori emberi és orvosi hozzáállásából, mikor azt mondta: „ha hisz benne, menjen!” – sokra következtethetünk. És a támogató javaslat már készült is.

Ezek után talán helyénvaló Reményik Sándor: „Az orvos” c. verséből vett sor írásom címében. Családunk igazán sokat köszönhet Bozsóky professzor úrnak. Kívánom Neki, hogy mindenki, aki megáll ágya mellett nagyrabecsüléssel, tisztelettel és szeretettel, fölé szívével hajoljon!

Dúl Katalin

Levelezés

Népszerűen még egyszer a derékfájásról



Dr. Csermely Miklós ortopéd orvos hozzászólása a derékfájásról írt közleményekhez (lásd Reuma Híradó 2007/2. szám)

A közleményt olvasva ismét ki kell emelni, hogy a derékfájdalomban szenvedő beteg vizsgálatával foglalkozó orvos első és elengedhetetlen feladata annak megállapítása, hogy a fájdalmat mozgásszervi betegség, vagy valamilyen más, szervi megbetegedés okozza-e. Emiatt szükséges, hogy mozgásszervekkel foglalkozó orvos a derékfájós beteg hasát is megvizsgálja.

A derékfájás (lumbágó, vagy németesen hexenschuss – boszorkánylövés) a reumatológus szemszögéből tavaszi megbetegedés. A jobb idő beálltával az eddig naphosszat a TV és a számítógép előtt ülő ember – behozva az eddigi mozgáshiányt – minden előzetes edzés nélkül intenzívebb fizikai munkát kezd végezni. Beleizzad az erőteljes munkába. Közismert, hogy a csorgó verejték nem, de a párologó izzadás – a verejték halmazállapotváltozása – erősen hűti a derekat. Ehhez hozzájárul a tavaszi lengébb öltözék, a fizikai munka alatt kicsúszó ing, a derék izomzatának következményes lehűlése. Hirtelen mozdulat hatására rendszerint az egyik oldalon begörcsöl – az ágyéki gerinc melletti, a mozgáshiány miatt legyengült izomzat. Ez aztán a boszorkánylövés! A fájdalom erős, oldalra és előre hajló kényszertartást alakít ki. A lumbágó jellegzetessége, hogy nem okoz alsó végtagba sugárzó fájdalmat. Ha a lumbágós beteget keményebb, egyenes fekhelyre, sokszor a padlóra he-

lyezett összehajtott takarókra fektetjük, 3-4 nap alatt fokozatosan oldódik az izomzat görcse. Ebben az „alantas” helyzetben a beteg azonban elvárja, hogy valami történjen vele, gyógyulását sietessék. A reumatológus ilyenkor híg Lidocain oldattal infiltrálja a görcsben lévő izomzatot, s ez várhatóan csökkenti az izomgörcsöt és így csillapítja a beteg fájdalmát is. A beteg hozzátartozója is segíthet, úgynevezett hármás (érzéstelenítő, helyi vérbőséget elősegítő és gyulladáscsökkentő) kenőccsel a görcsben lévő izomzat felett – akár naponta háromszor – nagyon gyengéden bedörzsölést végez. Bár a fizioterápiában alapszabály – az emésztőrendszeri és a vizelet kiválasztási görcsös fájdalom kivételével – a heveny fájdalomra hideget, az idült fájdalomra pedig meleget kell tenni, ebben az esetben a meleg lesz jó hatású. A hideg fokozza az izomzat tónusát, görcsét, ezért a meleg borogatás, a meleg zuhany kedvezőbb.

Ha anatómiai szemszögéből vesszük görcső alá a porckorongot (ld. Reuma Híradó 2007/2, 2. oldal), mely mozgást, rugalmasságot biztosít a gerincnek, ez egy korongból és a benne lévő képlékeny magból áll. Feladatának ellátásához táplálékra, folyadékra, anyagcserére van szüksége. Kimutatták, hogy a porckorong vérellátása csak kb. 18-19 éves korig áll fenn, utána megszűnik és a rugalmasságának fennmaradásához szükséges folyadék ellátását csak – dif-

fúzió – folyadék beáramlás révén kapja. Ha egész nap ülünk, nem mozgunk eleget, ez a diffúzió lényegesen csökken, a porckorong kezd kiszáradni.

Csodálatosan megalkotott szervezetünkben a teherviselést biztosító gerinc nem egy egyenes bot alakú, hanem oldalról nézve 2 „S” betű formájában, rugalmasabban, kedvezőbb helyzetben látja el feladatát. Így alakul ki a nyaki és az ágyéki homorulat (ld. Reuma Híradó 2007/2, 10. oldal), a háti domborulat, s ezt a kiváló statikai felépítést egészíti ki a medence dőlése. Az ágyéki szakaszon a homorú helyzet következtében a porckorongok a gerincsatorna felé megnyomódnak, megkeskenyednek, a hasüreg felé kiszélesednek. Ez az alaki helyzet a porckorong belső magját a hasüreg felé nyomja, itt azonban a csigolyákat összekötő vastag, széles hosszanti szalag pajszszerűen véd.

Ha hosszasan ülünk, pl. számítógép előtt, gépkocsivezetés közben, az ágyéki homorulat domborulatá alakul át és a belső mag hátra, a gerincsatorna felé nyomul. Itt viszont a csigolyákat összekötő, a gerincsatornában elhelyezkedő hosszanti szalag egyre jobban megkeskenyedik és elvékonyodik, s nem nyújt védelmet a sérvésedés ellen.

A mozgáshiány miatt kiszáradt, repedezett porckorong réseibe a belső kocsonyás mag belenyomul, azt tágítja. Ez fájdalmas, épp úgy, mint a megfeszülő ágyéki izomzat, mely a fájdalmas mozgást kívánja gátolni.

Mindezekből nyilvánvaló, hogy a porckorong bánthatom (discopathia) kezelésének elsődleges feladata az ágyéki homorulat helyreállítása. Ez megvalósítható, ha hosszabb ülés idejére, irodai székbe, a gépkocsi ülés támlája elé a derék homorulatát biztosító, domborulatát gátló deréktámaszt helyeznek. A korszerű deréktámasz – az ágyéki görbület alakjához adaptálható. Ezen a passzív deréktámaszon túl a megelőzés elengedhetetlen része az aktív torna, melynek feladata az ágyéki izomzat megerősítése az ágyéki homorulat biztos megtartása érdekében.

Ha a kocsonyás mag bedomborítja a porckorongot, vagy a hosszanti szalag mellett áttöri, a porckorong sérvésedése áll fenn. 600 műtéti lelet megtekintése után fény derült arra, hogy a sérvésedés 48-48%-ban az utolsó két ágyéki csigolyánál alakul ki, csak a fennmaradó 4%-ban a III.-IV. ágyéki csigolya magasságában. Ez igazolja azt az előbbiekben már említett tény, hogy a két alsó csigolyánál a csigolyákat összetartó hosszanti szalag már nem nyújt védelmet.

A legtöbb beteg és orvos, ha a porckorongsérv tünetei jelentkeznek, rögtön kéri a manapság igen hasznos MR vizsgálat elvégzését, ami nagyon helyes, de a sebész számára nem ez a perdöntő műtéti indikáció, hanem a sérvésedés klinikai tünetei. Lehet, hogy az MR vizsgálat sérvet mutat, de ha ez a sérv nem nyom ideget, nincs alsó végtagba sugárzó fájdalom, ilyenkor műtéti indikáció nem áll fenn.

Ha az utolsó ágyéki csigolya és a keresztcsont közötti porckorong oldalsó részén jelentkezik a sérv, az ideg nyomása következtében a beteg derékból kiinduló fájdalma a comb és lábszár hátsó, a láb oldalsó felszínén a kisujjba sugárzik.

A felette lévő szelvény sérvésedésénél a fájdalom a derékból kiindulva a comb oldalsó, a lábszár elülső felszínén az öregujjba sugárzik.

A III. és IV. csigolya közt kialakuló sérv esetében a derékból kisugárzó fájdalom a csípőnél előre fordulva a comb elülső felszínén a térdig sugárzik.

Ez a kisugárzó fájdalom a két alsó csigolya esetében provokálható, ha a beteg alsó végtagját nyújtott térdrel megemeljük. Ilyenkor az ideg megfeszül, megnyomja a sérvet s az előbbiekben ismertetett kisugárzó fájdalom jön létre (Lasegue tünet). Még jobban alátámasztja a sérvésedés tényét, ha az ellentétes alsó végtag emelése az érintett oldalon váltja ki a kisugárzó fájdalmat (keresztezett Lasegue tünet). Ezt más tünetek is kísérhetik (kényszersértés, gyök feletti nyomásérzékenység, reflexeltérés, érzésetérés).

A hagyományos röntgen felvétel megmutatja, nincs-e esetleg fejlődési rendellenesség következtében számfeletti csigolya vagy az 5 ágyéki csigolya helyett csak 4 ágyéki csigolya, melynek ismerete a sebész számára elengedhetetlen. Azért is fontos a hagyományos röntgen felvétel elkészítése, mert az egyik csigolyának a másik feletti előre csúszása az ideggyök nyomásával a sérvésedéshez hasonló tüneteket mutathat.

Természetesen ma már a sérvésedés kimutatására az MR vizsgálat elengedhetetlen.

Csillapíthatatlan fájdalom, lábfej bénulás nyereg-zónában (a hüvely, herezacskó, végbélnyílás körül kialakuló érzéskiesés, vizelet vagy széklettartási zavarok) kialakuló tünetek esetén a műtétet rövid időn belül el kell végezni.

A konzervatív kezelésben jól bevált az infúziók adása. Ilyen módon kombinálva tudjuk a fájdalomcsillapító, izomlazító és gyulladáscsökkentő szereket adagolni. A számos fizioterápiás eljárás mellett kulcsszerepe van a gyógytornának. Ez különösen akkor eredményes, ha a beteg a gyakorlatokat megtanulja, és rendszeresen otthonában is tornászik. Amennyiben valaki megerőltető munkát végez, jó a támasztó fűző. De egész napos viselése nem javasolt, mert ez alatt az izomzat ereje csökken. A legjobb, ha a tornagyakorlatok végzésével ún. „izomfűzőt” alakítunk ki. Ma már a jól végzett konzervatív kezeléssel, helyes életmóddal, az esetek többségében a műtétet el lehet kerülni.

A gerinc kopásos megbetegedése miatt ritkán végeznek műtétet. A konzervatív kezelés teljes fegyvertárát fel lehet sorakoztatni. Sokszor a terápiás röntgen besugárzás is eredményes. Legfontosabb ilyenkor a fokozatosság megtartását figyelembe vevő torna, mely az izomzat erősítésével jól képes megtartani, fixálni az ágyéki gerincet.

Mit nyújt az MBT lábbeli a mozgásszervi betegségek kezelésében?

A mozgásszervi betegségek jelentős része jár az adott terület rugalmatlanságával, a mozgás beszűkülésével, fájdalommal. A statikai elváltozások, ízületi kopások, izomfeszülések kezelésének fontos része ennek korrekciója.

A test helyes anatómiai felépítése biztosítaná a rugalmasságot. A gerinc normális görbületeinek feladata többek között a rugó funkció, hogy a talaj rugalmatlan ütközése ne tevődjön a csigolyák közti porckorongokra. Az alsó végtag mozgástengelyének biomechanikája is azt biztosítaná, hogy az ízületeket a lehető legkevésbé terhelje meg a mozgás. A láb hossz- és harántboltozata terhelésnél emelkedéssel és süllyedéssel tompítja a talaj keménységét. Az ízületek rugalmas üvegporca, az ízületi felszínek formája feltételei a gördülékeny mozgásnak.

Sajnos sokszor eleve nem születünk a megfelelő anatómiai, életani adottságokkal, másoknak a fejlődés folyamán lesznek olyan deformitásai, amelyek nem biztosítják a normális működést. Az életkor előrehaladtával kialakulnak a degeneratív betegségek. Mindezekhez hozzáadódnak a civilizációs ártalmak – mozgásszegény életmód, mesterséges kemény talajon való járás –, melyek még az egészséges mozgásszervrendszerben is károsodást idézhetnek elő. Renyhítik az izomzatot, károsítják a csontokat és ízületeket. A kemény talajon való járásnál olyan hirtelen erőbehatások, ütközések érik az ízületeket, melyek

elviselésére felépítésük nem teszi alkalmassá őket.

A mozgásszervi betegségek egyik tünete a tartós fájdalom, mely megkeseríti az ember életét, korlátozza aktivitását, munkavégzését.

A kezelések lényege az akut stádium gyógyításán túl a megelőzés és az ismétlődés kivédése. Gyógyszereken, műtéteken, fizioterápián kívül eddig is alkalmaztunk különböző segédeszközöket, melyek enyhítették a tüneteket.

Az MBT lábbelivel egy olyan eszközt kaptunk, mely számos betegségre megoldást ad, a fájdalmak megszűnésén túl terápiás lehetőséget is biztosít. Izomműködésre való hatásával a renyhe izomzatot is működésbe hozza.

Az MBT lényege az ortopéd orvos szemével a gördülő talp, aminek következtében nem terhelődik a sarok, és az előláb talajtól való elrugaszkodását elősegíti. Enélkül a betonon csak odavágni tudjuk a sarkunkat, a lábközépcsont fejecse szinte belenyomódik a talajba.

A másik tulajdonsága a lábbelinek az a rugalmas talpi kiképzés, ami jelentős mértékben csökkenti a talaj adta rugalmatlan ütközést, így az nem tevődik át a csontra, ízületekre, gerincre.

A harmadik tulajdonság az előző kettő kombinációjának a hatása. A rugalmas hinta-talp állandó mozgásra készíti a talpizmokat, tónusba hozza az alsó végtag és a törzs izmait. Ennek a három tulajdonságnak az együttes hatását

használjuk ki különböző betegségekben.

Nézzük konkrétan néhányat, ahol az MBT segít. Megszünteti a lúdtalp okozta végtagfájdalmakat, az izommunka alakítja a boltozatot. A fiatalkori sarokcsontgyulladásnál, az idősebbek sarokcsontkinövései esetében leveszi a terhet a sarokcsonttól. Megszünteti a lábközépcsontok túlterhelés, csonthártyagyulladás okozta fájdalmait. A bokaizületi elváltozások gyakran járnak ízületi mozgás beszűküléssel, ennek következtében járásproblémával. Az MBT növeli a bokaizület mozgáspályáját. A térd- és csípőizület degeneratív betegségeiben megkönnyíti a járást, csökkenti a terhelést. Az ágyéki gerinc kopásos elváltozásainál hasonló a mechanizmus. Bizonyos gerincferdüléseknél merev görbületek vannak, ez önmagában nehezíti az egész gerinc mozgását. Ha a gerinc nem tud a mozgás irányának megfelelően finom előre-hátrahajló mozgásokat végezni, az komoly terhet ró a gerinc mobilisabb részeire. Ennek bizonyos fokú korrekciójára az MBT lábbeli kiképzése kiváló lehetőség. Egészséges embernél is tartósabb terhelést tud biztosítani, nem fárad el a szervezet a rugalmatlan ütközés okozta stressztől. Az MBT lábbeli egy teljesen új lehetőség a terápiában és megelőzésben. Előnyös tulajdonságai visszaadják az ízületeinknek, amit a betegség, az életkor adta elhasználódás, illetve a városi életmód elvett.

Dr. Lengyel Zsuzsanna
Ortopéd főorvos

Itt az ideje, hogy leszámoljon a derék- és lábfájdalmakkal!



Milyen problémákra javasolt az MBT?

- lúdtalp, bokasüllyedés
- derék- és hátfájdalom
- bűtyök, kalapácsujj
- visszeresség és terheesség

**MBT-ben Ön betonon is úgy érzi, mintha puha talajon sétálna!
Minden lépésnél védi ízületeit, erősíti mélyizomzatát!**

Országsszerte már 50 MBT Pontban várjuk ingyenes talpvizsgálattal és MBT próbával!

További információ: www.mbtmagyarorszag.hu, Tel.: 23/512-153

Megnyílt legújabb üzletünk Budapesten, a Westend City Center 1. emeletén a Niagara vizesésnél!

Hírek

Beteggyesületek 2008 I. félévi programjaiból

A Mozgássérültek Budapesti Egyesületének (MBE) SPA + RA Klubja összejöveteleit az ORFI Lukács Klubban (1027 Bp., Frankel Leó u. 25.) szerdánként 16 órakor tartja az alábbi időpontokban: március 12., április 9., május 14., június 11.

A témák: Reumatikus fájdalmak, Mozduljunk, Betegjogok, Mit várhatunk a genetikától?

Mindenkit (ismerősöket, érdeklődőket is) szívesen látnak Dr. Majtényi Sándor elnök (06-1-358-1274) Szeredi Miklós titkár (06-1-319-0514).

A Rheumatoid Arthritis Betegek Egyesületének 2008. I. félévi programja

Január 11. Beszámoló a „Csont és Ízület Évtizedének” ausztráliai konferenciájáról (Czékus Orsolya)

Február 8. Hit és gyógyulás (Kozma Imre atya)

Március 7. A rheumatoid arthritis kezelésének újabb lehetőségei (Dr. Rojkovich Bernadette)

Április 11. Közgyűlés. Beszámoló a 2007. év tevékenységéről (Vecsey Jánosné elnök). Beszélgetés a biológiai terápia tapasztalatairól

Május 2. A REHA Hungary Kiállítás és rendezvény meglátogatása

Június 7. Kirándulás

A Mozgássérültek Mezőkövesdi Egyesülete „Együtt-Egymásért” Reuma Klub

Január: Vetélkedő, szellemi képességeink felmérésére, frissítésére.

Február: Farsangi mulatság

Március: Gyógynövények megismerése, gyűjtése, használata egészségünk védelmében.

Április: Szemtorna megismerése, látásunk megőrzése, javítása.

Május: Színházlátogatás.

Június: Kirándulás, ismerjük meg hazánk természeti kincseit.

Reumás Betegek Egyesülete, Miskolc

Minden hónap utolsó hétfőjén 15.00 órától reuma klubdelutánt tartunk. A klubdelutánok tervezett előadási és foglalkozási témái:

Január: Egyesületi Közgyűlés

Február: Új fizioterápiás kezelési lehetőségek

Március: Gyógyászati segédeszközök használata

Pethő Gáborné



Április: A vény nélküli reklámozott reuma elleni szerek valódi haszna és kára.

Május: Reumás fájdalmak és csillapításuk.

Június: Gyógyfürdő látogatás

A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Mozgáskorlátozottak Egyesülete

Február: Tagjainkat megismertetjük a 2008 januárban bevezetésre kerülő új rehabilitációs támogatási rendszer részleteivel, a lehetséges munkavállalási lehetőségekkel, ill. az új OOSZI felülvizsgálat rendszerével.

Március: Készülődés a közelgő húsvéti sütés-főzésre, receptcseréssel, valamint ötletek az ajándékok készítéséhez. Szervezetünk felkészítése (tisztítása), méregtelenítése természetgyógyász segítségével annak tanácsadásai alapján.

A „Mozgás az élet” Ízületi Betegek Klubja

Január 9.: köszöntjük az új évet a Szecessziós házban (Honvéd u. 3.) egy jó kávéval.

Február 13. délelőtt az Uránia moziba megyünk.

Március 12. húsvéti készülődés Pethő Mónikával

Április 9. kirándulás Szentendrére a Barcsay múzeumba. Az időpontok időjárásfüggőek, ha rossz az idő változtatunk rajta.

Turul Csontritulás Egyesület 2008. évi I. félévi munkaterve

Vezetőségi ülés: jan.9., febr.13., márc.12., ápr.9., máj.14., jún.11.

Kézimunka szakkör + saláta klub: jan.16., febr.6., febr.20., márc.5., márc.19., ápr.2., ápr.16., máj.7., máj.21., jún.4., jún.18.

Táncterápiás Klub: jan.30., febr.27., márc.26., ápr.30., máj.28., jún.25.

Klubdelután: febr.29., márc.28., ápr.25., máj.30., jún.27.

A Csontritulásokos Betegek Egyesülete, Zalaegerszeg

Január 7. Közgyűlés;

Február 4. Előadás szív- és érrendszeri problémákról.

Március 3. Előadás a különböző gerincbetegségekről.

Egészségügyi Kisokos



Dr. Héjj Gábor

az ORFI Módszertani és
Minőségbiztosítási Osztályának vezetője

Fontos tudnivalók reumatológiai betegeknek

Az elmúlt hónapokban az egészségügyi ellátás területén sajnos nem sok érdemi változás történt. Nem oldódott meg a progresszív betegellátás – azaz a súlyosabb betegek magasabb szintre – megyei kórház, klinika, országos intézet – való beutalásának, ellátásának kérdése. Kétségtelen, hogy elfogadási nyilatkozat esetén a háziorvos vagy a szakorvos ma is – a korábbiaknak megfelelően – megítélése szerint a magasabb szintre utalhatja a beteget. (Az egyetlen – bár igen súlyos – probléma az orvost, nővért elárastó adminisztrációs kényszer további növekedése a nyilatkozat megszerzése során.)

Az áprilisi drasztikus kórházi aktív ágyszám csökkentés után ígért ambuláns óraszám növelés nem történt meg, ez egyértelműen az ellátásra várakozás idejét nyújtja meg. Többek között ennek is köszönhető a járóbeteg várólisták hosszának növekedése. Természetesen a sürgős, akut betegek ellátása mindenkor előnyt kell élvezzen, de ehhez például a betegek telefonon – esetleg egy két helyen már interneten – történő időpont kérése esetén a diszpécserrel ezt egyértelműen közölni kell.

A több biztosítós rendszerrel kapcsolatosan még nem állnak rendelkezésre olyan érdemi információk, melyek alapján akár csak sejteni is lehetne az esetleges változásokat.

Talán kicsit hosszabban érdemes foglalkozni a biztontoságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény végrehajtásával kapcsolatos problémákkal, melyek a beteget és az orvost egyaránt érintik.

Alig van olyan beteg, aki április eleje óta ne találkozott volna gyógyszerfelírás esetén azzal, hogy az orvos számítógépes adatbázisában megnézi, hogy a felírni kívánt gyógyszer a beteg által fizetendő térítési díj alapján milyen besorolású (ezt a rendszer fehér – sárga – zöld és piros színnel jelzi). Amennyiben a beteg ragaszkodik korábbi, jól bevált és még kapható gyógyszeréhez, ezt írásban kell rögzíteni. Ha az orvos a beteggel történt egyeztetés alapján a vényen

úgy rendelkezik, hogy a felírt gyógyszert annak hiánya esetén a gyógyszerész hasonló hatóanyagú gyógyszerrel helyettesítheti, akkor a rendelet értelmében alacsonyabb támogatású gyógyszert kínálhat fel a gyógyszerész – ez azonban nem feltétlenül olcsóbb a beteg számára.

Ami még jelentősen nehezíti a helyzetet az, hogy a jogszabályok előbb 2008. január 1-től, majd módosítva 2008. április 1-től a kiváltott gyógyszerek társadalombiztosítási támogatása alapján a felíró orvos anyagi szankcionálását helyezik kilátásba. (Ez háziorvos esetén havonta sok tízezer forint, rendelőintézet vagy kórház esetén több millió forint lehet! Az egészségügyi szolgáltatók gazdasági helyzete alapján el lehet képzelni, hogy ez a további bevétel csökkenés milyen következményekkel járhat.)

A rendelet jelen pillanatban nem veszi figyelembe, hogy milyen szakorvos vagy háziorvos rendelte a gyógyszert, minden magyar receptet felíró orvos átlagához viszonyít, amit könnyű átlátni, hogy szinte képzelenség, hiszen mindegyik szakterületnek más-más a speciális gyógyszer palettája, ezeknek nyilvánvalóan más a tb támogatás mértéke.

Ha mindehhez hozzávesszük, hogy jelenleg a többszöri gyógyszer átváltást követően sincs naprakész adatbázis, ami akár egyik, akár másik vonatkozásban – vagy uram bocsá' akár egyszerre – segítené az orvost a gyógyszerrendelésben, akkor talán érthető, hogy sokszor ez a többlet teher már nehezen kezelhető.

Szakmai észrevételek sokasága talán javít ezen rendszeren, és a végrehajtás időpontjára már nem lesz felesleges feszültségforrás okozója.

Végezetül érdemes még megemlíteni, hogy a bevezetőben is említett magasabb szinten (vagy azonos szinten, de nem a területi ellátási kötelezettségű intézményben) történt ellátás esetén a betegnek utazási költségtérítés csak szakmailag indokolt esetben nyújtható, melyet az OEP egyre gyakrabban vizsgál. Természetesen szakmai indokoltság esetén a költségtérítést a beteg megkapja, de ennek elbírálása alkalmanként akár több hónapba is telhet.

Rejtvény

A rejtvény Dr. Apáthy Ágnes előző számunkban megjelent cikkéhez kapcsolódik. A rejtvény világosbarna színnel jelzett soraiban az alábbi kérdésre várjuk a választ: Javasolt-e a tartós ágyban fekvés derékfájáskor?

Rejtvényünkben az 1-től 16-ig számozott függőleges oszlopokba kell beírni a megfejtendő szavakat. A meghatározások után megadjuk a megfejtés betűit ABC sorrendben. Helyes megfejtés esetén a világosbarna színű sorokat vízszintesen felülről lefelé (balról-jobbra) összeolvasva kapjuk meg a feltett kérdésre a választ. Ezt kell beküldeni.

A meghatározások:

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Odahajítja (AAÁDGJOV) | 2. Feleségemé másképpen (EEÉJMN) |
| 3. Hősköltemény (EOPSZ) | 4. Gyermekek... – (ADKMNOÓ) |
| 5. Azért (AIMTT) | 6. Arra az időre (AAKKORR) |
| 7. Nem sűrű (AIKRT) | 8. Ragozott vonatkozó névmás (AIKLŐT) |
| 9. Kislányok hajába teszik (AAGLSZ) | 10. Elveszti az eszméletét (ÁEJLLU) |
| 11. Valamiben nagyon jó (EGSÜY) | 12. Nem köt le (ANTTU) |
| 13. Elszalad (EFLTU) | 14. Balatonba ömlő folyó (AALZ) |
| 15. Haszontalan növény (GMOY) | 16. Híres magyar építész (BLY) |

							1
2	3	4	5	6	7	8	
	9		10		11		
						12	
13		14		15			16
					A		

Beküldési határidő: 2008. február 1. A helyes megfejtők között 3000 Ft-os könyvutalványt sorsolunk ki.

A 2007/2. számban megjelent rejtvény helyes megfejtése: „...Mozgásra, terhelésre jelentkeznek, nyugalomban megszűnik”. A helyes megfejtést beküldők közül Dózsa Andrásné nyerte a könyv vásárlási utalványt, melyet postán elküldtünk részére.