

Tartalom

A foglalkozással összefüggő mozgásszervi betegségek <i>Dr. Vereckei Edit</i>	2
A köszvény – a szervezet egészét érintő népbetegség <i>Dr. Márkus Ilona</i>	7
Milyen eredményt várnak a reumatoid arthritises betegek betegségük kezelésétől? <i>Tófalvi Tímea</i>	9
Interjúkérdések reumabetegek számára betegségük súlyosságának megítéléséről	11
Beteg voltam, meggyógyultam 2 – Prózairó pályázat	12
A betegszervezetek szerepe és jelentősége <i>Sípos Jánosné</i>	13
Beszámoló az Arthritises Betegek klubjának 2013. évi tevékenységéről <i>Burainé Győri Anikó</i>	15

Kedves Olvasóink!

A Reumatológia Mindenkinek ez évi első számát tartják kezükben. Megjelenési formájában nem találnak változást. Tartalmában annyit szeretnénk fejleszteni, hogy a cikkek témáik alapján, szóhasználatukban és stílusukban egyszerűen, érthetően és mégis kellően pontosan, azaz szakszerűen szóljanak a betegekhez és segítőkhez, a reumatológiai szakdolgozókhoz és orvos olvasóinkhoz egyaránt. A szakemberek számára olyan témákat igyekszünk találni, amelyek a hazai tudományos folyóiratokban ritkábban kapnak hangot. Ilyeneknek gondoljuk a reumatológiai betegségekre vonatkozó, de főleg a betegek és a szakdolgozók részvételével, közreműködésükkel végzett felméréseket, kutatásokat, amelyek sokszor nem közvetlenül a betegségeket, hanem kezelési és ápolási elveiket, azok gyakorlati hatásait vizsgálják. E tekintetben példaképünk az Egyesült Államokban megjelenő „Ízületi Betegségek Ellátásának Kutatása (Arthritis Care és Research), amely az orvosszakmai kiadványból vált ki, és az amerikai reumatológiai szakdolgozók tudományos igényű folyóirata vagy a „Reumatológus” (The Reumatologist), amely az Amerikai Reumatológusok Kollégiumának „bulvárlapja”, magazinja, hírlevele, amely a napi reumatológiai gyakorlat nyelvére fordítja le, és szemlézi az aktuális reumatológiai tudományos kérdéseket, valamint a szakmai környezet, szabályozás, finanszírozás gondjait egyaránt. Meggyőződésünk, hogy a reumatológiai betegek is szívesen és érdeklődéssel pillantanak a színpad mögé. Viszont az ő életüket, problémáikat és egyre aktívabb társasági életüket is szeretnénk bemutatni az ellátó oldal számára is. Örömmel nyugtázzuk a betegszervezeti élet fejlődését, és szívesen adunk róla tájékoztatást, ami hasznos lehet azoknak a formálódó betegközösségeknek, amelyek most keresik az összefogás és a nyilvánosság elé lépés útját. A Magyar Reumatológusok Egyesülete megnövelt támogatásának köszönhetően a lap példányszáma eléri a korábbi szintet, és várhatóan a közeljövőben meg is haladja azt. Ezáltal teljesíthetjük azt a vállalásunkat, hogy a tudományos egyesület, a szakdolgozói egyesület és az újonnan alakult és alakuló beteggyógyászati egyesületek tagjaihoz személyes példányuk eljuthasson. Még jobban örülnénk, ha személyes hangjukat is hallatnák, és észrevételeiket, tudatni valóikat írásaikban eljuttatnák valamennyi olvasóhoz. Ehhez kívánok kezdeményező kedvet, segítő szándékot, ha kell bátorságot valamennyi olvasónknak.



Dr. Hodinka László
felelős szerkesztő

REUMATOLÓGIA MINDENKINEK

Betegújság reumatológiai betegeknek • X. évfolyam, 1. szám, 2014. július • ISSN 2064-2326

Laptulajdonos: A Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány, Magyar Reumabetegek Egyesülete

Megbízott főszerkesztő: Dr. Hodinka László • A szám orvos-szerkesztője: Dr. Hodinka László • Szerkesztőségi titkár: Pethő Gáborné

Szerkesztőségi munkatárs: Dózsa Klára • 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. Hodinka László

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

Megjelenik évente háromszor. Egyedi példányok 400 Ft-os áron a Gyógysarokban kaphatók. Előfizetés 1 évre 2000 Ft.

Olvasható a www.reumatologia.hu honlapon. Csoportos megrendelés a betegklubokon keresztül.

Nyomdai kivitelezés: IPRINT Kft. www.iprint.hu

A foglalkozással összefüggő mozgásszervi betegségek



Dr. Vereckei Edit

Bevezetés

A reumatológiai megbetegedések körébe soroljuk az ízületi gyulladásokat, az autoimmun eredetű gyulladásos kötőszöveti rendszerbetegségeket, a gerinc betegségeit, a lágyrészek – inak, ínhüvelyek, nyálatömlők – rendellenességeit, a csontok és az ízületi porc kopásos betegségeit, valamint a csont-izomrendszer és kötőszövet egyéb rendellenességeit. Közöttük a gerinc degeneratív eltérései és a lágyrészek reumatizmusa fordulnak elő leggyakrabban, ezt követik a kopásos és a gyulladásos elváltozások. Minden negyedik felnőtt mozgásszervi megbetegedésben szenved. Ezek szinte mindegyikének kialakulásában jelen ismereteink szerint az örökletes fogékonyságnak, pszichés komponenseknek, fertőzéseknek és külső tényezőknek egyaránt szerepe van. Az utóbbi provokáló faktornak egy adott munkahelyen az ott uralkodó munkakörülmények miatt vezető szerepe lehet. Gazdaságossági szempontból a mozgásszervi betegségek a legköltségesebb betegségcsoportok közé sorolhatóak, ezek viszik el a betegségköltségek egynegyedét, mert munkaképtelenséghez, rokkantsághoz vezethetnek.

A foglalkozási betegség meghatározása

Foglalkozási betegség a munkavégzés, a foglalkozás gyakorlása közben bekövetkezett, olyan heveny vagy idült, valamint a foglalkozás gyakorlását követően megjelenő vagy kialakuló idült egészségkárosodás, amely fenti tevékenység során előforduló fizikai, kémiai, biológiai, pszicho-szociális és ergonómiai kóroki tényezőkre vezethető vissza. A munkavállalónak az optimálisnál nagyobb, esetleg éppen kisebb fizikai és pszichés igénybevételének is foglalkozási megbetegedés lehet a következménye. A foglalkozással, munkakörülményekkel összefüggésbe hozható betegségek leggyakrabban a mozgás szervrendszerében jönnek létre. Kialakulásukban nem elhanyagolhatóak a külső és belső rizikótényezők, például a testalkat, a fizikai állapot, a gyakorlottság, a pszicho-szociális tényezők, a stressz helyzetek, az egyéb társuló betegségek, a munka jellege, a munkakörülmények, ezen belül például a hőmérsékleti, a látási viszonyok, a vibrációs ártalom és a zajszint. Szignifikáns kapcsolat igazolható például a hőmérséklet és a felső végtagi panaszok között, gyakori, hogy nyak, váll vagy derékfájdalom



alakul ki húzat, esetleg klímaberendezés és hideg közvetlen hatására.

Kialakulási mechanizmusának jellegéből adódóan az egyik leggyakoribb munkavégzéssel, munkakörülményekkel összefüggésbe hozható megbetegedés a derékfájás, melyben a munkavégzés, a munkakörülmények többé vagy kevésbé hozzájárulnak a betegség kialakulásához és rosszabbodásához egyaránt. A foglalkozási betegséget határozottan el kell különíteni a munkakörülményekkel összefüggésbe hozható megbetegedéstől. Utóbbiak kimondásának feltétele a kizárólagos ok-okozati összefüggés a foglalkozás, a munkahelyi megterhelés és a betegség létrejötte között. Sok esetben ez az egyik legnehezebb feladat, egyedi elbírását igényel. A mozgásszervi kórkép tehát önmagában nem képezheti a foglalkozási megbetegedés diagnózisának alapját. A foglalkozási betegségek alapkérdése, hogy meg lehet-e határozni a foglalkozással összefüggő betegségekben a foglalkozási tényezők kóroki felelősségének arányát, illetve azt a szintet, hogy foglalkozási eredetűnek minősíthető az elváltozás.

A mozgásszerveket érintő foglalkozási betegségek körébe sorolható kórképeket táblázat mutatja be. A továbbiakban sorra vesszük ezeket. A színes borítókön lévő ábrák a szövegben leírtakat szemléltetik.

Az ínhüvelyek, izom- és íntapadási helyek túlterhelése által okozott betegségek

Enthesitisek

Az enthesisek az inak és a szalagok eredési és tapadási helyei a csonthártyán, ezek gyulladásai az enthesitisek. Ez az elváltozás ott jelentkezik, ahol a kötőszövetnek mozgáskitérést szabályozó szerepe van. Túlterhelés során az érintett kötőszövet felrostozódik, a csonthártya sejtjeinek aktivitása csontképződést, a szalag tapadási helyén elcsontosodást eredményezhet. Oka az adott hely tartós túlterhelése, például számítógéphasználat, ahhoz kapcsolódó egérmozgatás kapcsán, vagy olyan rövid idegi tartós szokatlan terhelés, mint pl. a hólapátolás. El kell különíteni a túlterheléses ínbetegséget a gerinc-ízületi gyulladásokban (spondyloarthritisekben) észlelhető gyulladással enthesopathiától. A terheléses előtörténet ismeretében sok esetben már a fizikális vizsgálattal is bizonyítható ez a betegség. Passzív nyújtással, illetve a passzív ellenállással szemben végzett mozgással provokálható az enthesitisre jellemző fájdalom. Pontosabb kórismézéshez ultrahang- (UH), röntgen- vagy mágneses rezonancia- (MR) vizsgálat javasolt. Régen lezajlott, illetve ismétlődő enthesitisek lokális meszesedéshez vezethetnek, mely röntgennel is kimutatható. A laboratóriumi vizsgálatoknak önmagukban nincs diagnosztikus értékük, de a gyulladástól való elkülönítésben segítségünkre lehetnek. A leggyakoribb enthesitisek: a teniszkönyök és a golfkönyök. Mindkettő a felső végtagot terhelő – nevüket eredetileg a megfelelő sportból nyerő – tevékenység által provokált betegség.

Az inak és ínhüvelyek gyulladása – tendinitis – tenosynovitis

Elsősorban az ínhüvelyt bélelő hártyán, kisebb részben az ínban zajló akut vagy krónikus gyulladás esetében beszélünk tendinitisről vagy tenosynovitisről. Oka elsősorban túlterhelés, leggyakrabban a vállízület tokján áthaladó inakon, a kéz- és ujjhajlító, illetve feszítő, a lábát feszítő izmok inain és az Achilles-ínon. Sokízületi gyulladásokban a betegség része is lehet. A betegvizsgálat során az ínon nyomásérzékenység, duzzanat, melegebb tapintat észlelhető. Idült gyulladás esetén mozgáskor finom ropogást hallhatunk vagy tapinthatunk. A diagnózis ezekből is könnyen megállapítható. Ha pontosítás szükséges, akkor szintén UH-, röntgen- és MR-vizsgálat jön szóba. Az UH és MR többnyire az ín megvastagodását mutatja, és az ínhüvelyben folyadék felszaporodása látható. A röntgen krónikus szakban meszesedést mutathat.

A vállízületet mozgó inak (a rotátorköpeny) tendinitise, rupturája

A vállízületet mozgó izmok inai áthaladnak a vállízület tokján. Ezeket a képleteket rotátorköpenynek

nevezzük. A leginkább érintett ín a kart oldalra emelő izom ina, ennek károsodását főleg a gyakori igénybevétel miatt ismétlődő kis sérülések, vállra esés, nyújtott karral történt elesés okozhatják. Jellegzetes klinikai tünete a „középső ív szindróma”, ha beteg oldalra emeli a karját, a mozgás középső ívében, azaz 30–60 fok között jelez fájdalmat. Az ín szakadásának jellegzetes tünete, hogy a beteg a karját 0–30 fok között nem tudja felemelni, ha a vizsgáló segíti, 30 foktól már a deltaizommal aktívan emelni képes. Ritkábban előfordulhat más rotátorköpenyt alkotó inak szakadása is.

Az ín teljes szakadásának gyanúja esetén szintén röntgen-, UH-, illetve MR-vizsgálat javasolt, mert friss szakadás esetén a gyors ortopédiai-traumatológiai beavatkozáshoz a pontos lokalizáció elengedhetetlen.

Ütközéses (impingement) szindróma

A vállízület egyik leggyakoribb betegsége az impingement, azaz ütközési vagy becsípődési szindróma. Ilyenkor a vállcsúcs alatti anatómiai tér – rendszerint gyulladás miatt – beszűkül, és a rotátorköpeny minden egyes felkar mozdulat során becsípődik a vállcsúcs és a felkarcsont közé súlyos, egyre erősödő fájdalmat kiváltva. A leggyakrabban megerőltetés, kisebb-nagyobb sérülés után alakulnak ki a panaszok, de gyakran szerepel az előzményben hideg levegő hatása, például lehúzott ablakkal való autózévezetés is. A röntgenfelvételen a felkarcsont feje felfelé csúszott helyzetben látható.

A biceps (kétféjú karizom) inainak gyulladása

A biceps tendinitis a kétféjú karizom hosszú fejének inát érintő gyulladás, annak eredésétől az izomhasba való átmenet közötti sérülés miatt alakul ki. Leggyakoribb oka ismétlődő becsípődés, amely a vállízületi impingement szindróma része lehet. Lényege, hogy a rotátorköpeny nyújtotta védelem megszűnik, a kar emelésével a vállcsúcs sérti az inat, a mozdulatsor ismétlődésével alakul ki a kórkép. Fő oka a túlterhelés. A vizsgálat során, ha a nyújtott, tenyérrel felfelé néző kart a beteg maga előtt, ellenállással szemben megemeli, a fájdalom az ín vájzata felett jelentkezik.

A De Quervain betegség

Ez a kórkép a kézfejítő izmok inainak túlzott igénybevétele miatt kialakuló, mozgásra erősödő csuklófájdalommal járó kórkép, az izmok közös ínhüvelyét beszűkítő gyulladás. A kiváltó okok között krónikus túlterhelés, főleg számítógép-billentyűzet tartós használata, folyamatos kézírás szerepel.

A pattanó ujj

A pattanó ujj egy-egy ujjhajlító inának elhúzódó gyulladása, vagy az inat leszorító szalagos gyűrűk hegesevése miatt alakul ki. Az ínon duzzanat, csomó alakul ki. Az ujj hajlítása, nyújtása során fájdalom mellett

pattanó érzés észlelhető, amit a csomó heges kötegen való átugrása okoz. A megvastagodott hajlító ín mozgása emiatt nehezített az ínhüvelyben, az erős hajlító izom behúzza az inat az ínhüvelybe, a gyengébb feszítők nem tudják kihúzni azt. Emiatt sokszor csak a másik kéz segítségével feszíthető ki, pattintható ki az ujj. Kiváltó oka szintén a túleröltetés, amely először gyulladást provokál és ennek következménye a csomó kialakulása.

Az Achilles-ín gyulladása

Az Achilles-ín fájdalmas duzzanatával jár. Túlterhelés miatti mikrosérülések váltják ki. A már degenerált ín további erőltetésre el is szakadhat. Ennek jele, hogy a lábujjhegyre állás, illetve a lábfej talp felé hajítása nem sikerül.

A nyáktömlők – bursák – gyulladásai, gyakori bursitisek

A bursák, azaz a nyáktömlők két szövet egymáson való siklását, elmozdulását segítik elő. A bursák zárt zsákok, synovialis belhártya borítja belső felületüket, a nyáktömlők bélése az ízületi hártáéhoz hasonló. Gyulladásuk – a bursitisek – kiváltó oka szintén lehet túlterhelés. Tünete a fájdalom, nyomásérzékenység, felületes bursák gyulladása esetén duzzanat, bőrpír is észlelhető lehet.

A vállcsúcs vagy és a deltaizom bursitisének is a vállízületi túlterhelés a legfőbb provokáló tényezője. A könyök bursitise a tartósan könyöklő testhelyzet következménye. A combcsont nagytomporának bursitise a csípő oldalsó kiemelkedésén okoz fájdalmas duzzanatot. A comb kifelé forgatása és a ráfekvés váltja ki a fájdalmat. Ez a bursitis izomfeszüléssel túlterhelés következménye, a csípőkopásra figyelmeztető első jel is lehet.

Térd körüli bursitisek

A térdkalács bursitisét apáca térdnek is nevezik, de parkettázók körében is gyakori, mert provokáló tényezője a térdelés, főleg kemény felületen. A térdkalács alatti bursitis létrejöttében is térdelésnek tulajdonítható a fő szerep. A térd belső, ritkábban külső oldalán mutatkozó bursitis főleg labdarúgás, futás hatására alakul ki. A térdhajlat cisztája, más néven Baker-ciszta, a térdárokban helyezkedik el, általában térdízületi gyulladás következményeként alakul ki. Az ízületben termelődött folyadék a járás során ízülettel közlekedő cisztába préselődik. A Baker-ciszta többnyire a térdhajlat belső oldalán helyezkedik el, de leterjedhet a lábikrára is. Nyomhatja az itt áthaladó idegeket, a térdhajlati vénákat, így azok rögösödését (thrombosisát) is okozhatja. Ha a Baker-ciszta megreped, a mély vénák thrombosisának tüneteit utánozhatja. A térdhajlati ciszta kiterjedése legjobban UH-vizsgálattal mutatható meg.

A vállízület körüli gyulladás – periarthritis humeroscapularis

Nyugalomban is fennálló erős fájdalommal jár, mely terhelés hatására fokozódhat, jellemző tünete eleinte a fájdalom miatti, később a vállízületi tok, az inak, a szalagok inaktivitás miatti zsugorodása következtében létrejövő mozgásbeszűkülés.

Térdízületi porckorong-sérülések

A térdízületi porcos félholdak sérüléséhez vezető leggyakoribb kiváltó tényezők közé tartoznak a csavaró térdmozdulatokkal járó tevékenységek. Kockázati tényezőnek tekinthetők a térdízületi szalagok korábbi sérülései miatt kialakult ízületi lazaság. A csavarodással járó mozgulatra jelentkező reccsenésről, szűrő jellegű fájdalomról, majd a térdízület duzzanatáról, illetve elakadásáról számol be a betegek többsége. A pontos diagnózishoz az MR-vizsgálat adja a legtöbb támpontot.

Összenyomatás okozta végtagideg-károsodások

A végtagok idegsérülései gyakran bizonyos munkafolyamatok és sporttevékenységek következményei. Különösen a speciális anatómiai környezetben, úgynevezett alagutakban elhelyezkedő perifériás idegek vannak összenyomatásnak kitéve. Ha a rendelkezésre álló tér és az ideg normális működéséhez szükséges tér között aránytalanság jön létre, úgynevezett alagút-szindrómák alakulnak ki. Ezek típusos tünete az adott ideg beidegzési területének megfelelő zsibbadás, fájdalom és izomgyengeség.

A leggyakoribb foglalkozási eredetű idegsérülések a felső végtagon

A nyakról a felkarra haladó idegköteg összenyomatásos sérülésének leggyakoribb kiváltó oka vállsérülés, hátizsák viselése, a vállon nehéz teher szállítása, a váll hirtelen megrántása (gépszíj).

A mellkas kimeneti szindrómára hajlamosító tényezők között szerepel a magasba emelt karral végzett munka, ami például a szobafestők, villanyszerelők jellemző tartása. Provokációs próbával igazolhatjuk a kórkép fennállását, melynek során a nyak és a kar adott helyzeténél a korábban jól tapintható pulzus gyengül vagy eltűnik.

A felső végtag idegeinek összenyomatását többnyire a kéztőre gyakorolt idült nyomás (fafeldolgozásnál használt szerszámok, pneumatikus szerszámok, légalapács, kés használata), a gyakori könyökmozdulatok (fúrógép, lyukasztógép, kézi csavarhúzó), a tartósan kemény tárgyra való támaszkodás (telefonkezelők, finomköszörülők) idézik elő. Az idegösszenyomatás a kerékpárosok körében is gyakori. Ha a kerékpárkormányhoz nyomódó ideg kompresszió alá kerül, kialakul a „kerékpárosok benuványa”. A tünetek jellegzetese-

sek, a úgynevezett „karomtartás”, a hüvelykujj gyengesége, a kézhát érzészavara. Az oki tényezők között lehet még a hajlított könyökkel való tehercipelés, csavarozás, varrás, írás, karmesteri pálca használata, a gépelés, az egér használata. Ezek a kiesések visszafordíthatók, ha a károsító helyzetek megszűnnek.

Az elektrofiziológiai vizsgálatok (ENG, EMG) nagy érzékenységgel képesek igazolni az alagút-szindrómák fennállását. A röntgenvizsgálat a felmerülő egyéb lehetőségek (pl. törés, nyaki spondylosis, helyi csontos elváltozás) kimutatásában nyújthat segítséget. Az UH-vizsgálat a kompresszió anatómiai körülményeinek felderítésére szolgál. A CT és az MR vizsgálat is szerepet játszhat a lokális elváltozások pontos feltérképezésében.

A vibráció

A vibráció olyan mechanikus rezgés, rázkódás, mely tartós fennállás esetén kóros elváltozásokat okozhat a szervezetben. A vibrációs ártalom tünetei jellemzően érgörcsök, az ujjak elfehéredése, tartós esetekben csontelhalás. Kéz-kar vibrációval járó munkakör betöltése szempontjából kizáró tényezőnek tekinthetők a felső végtagok ideg-, izom- és érelváltozásai, alagút szindrómái és az autoimmun betegségekben gyakori érgörcsös Raynaud-szindróma.

A gerinc elfajulásos elváltozásainak kialakulása – porckorong betegségek

A foglalkozási gerincbetegségek többsége krónikus jellegű, amelyek elfajulásos, úgynevezett degeneratív elváltozások, a gerinc valamennyi elemét érintik. A gerinc mechanikai és anatómiai működési egysége a szelvény, szegmentum, melyet két szomszédos csigolya, a köztük lévő porckorong, ízületek, szalagok, mint passzív alkotó elemek, valamint az izomzat mint aktív alkotó elem építenek fel. Az egymás feletti szegmentumok viszonylag kis mozgásterjedelmének összeadódása eredményezi az adott gerincszakasz, illetve végeredményben a teljes gerinc mozgásterjedelmét. A degeneratív elváltozások a porckorongokon kezdődnek, amelyek bizonyos munkafolyamatoknál (többnyire teher emelése) jelentős igénybevételnek vannak kitéve. A legérintettebb területek a nyaki és az ágyéki gerinc, mivel ezek terhelése a legnagyobb, és egyben a legmozgékonyabb szakaszok. A rugalmatlan porckorong a szegmentum instabilitásához vezet. Az instabilitás a csontos átalakulás ingere, a csigolyák szélein csontos felrakódások alakulnak ki, melyek hasonló panaszokat okozhatnak, mint a porckorong elváltozások. A csigolyák közti porckorong kiboltosulása, illetve sérvesedése hirtelen, tehermozgatás során, egyetlen rossz mozdulat hatására is létrejöhet, kimerítve az üzemi baleset kritériumait. Nem megfelelő terhelés hatására következhetnek be a gerinc lágyrészeinek sérülései is, például emelés során a gerinc melletti izomzat meghúzódása.

Porckorongbetegségre hajlamosító elváltozások

A mozgásszervek eleve meglévő alaki vagy funkcionális rendellenességei kedveznek az egy vagy több szegmentumban bekövetkező porckorong-degenerálódásnak. Ilyen elváltozások a fejlődési rendellenességek, az alsó végtagi hosszkülönbség, gerincferdülés, átmeneti csigolya megléte, korábbi csigolyatörés, gyulladásos folyamat, a csontritkulás (osteoporosis) és egyéb csontanyagcsere rendellenességek.

A porckorong betegség diagnosztikájának alapja a részletes kikérdezés, a mozgásszervi és ideggyógyászati vizsgálat. A gerincet érintő rendellenességek egy részének kórismézéséhez a röntgen-vizsgálat nélkülözhetetlen, de az MR-vizsgálat nyújtja a legtöbb, nem sugárterheléssel járó információt. Sok esetben a csontos struktúrák megítéléséhez CT-vizsgálat is elkerülhetetlen. A nyaki degeneratív elváltozások következtében ér- és idegfunkciók kompressziója, megtörése, agyi keringészavar alakulhat ki. Az ágyéki gerinc porckorongjainak sérvesedése ideggyök-nyomatást, így érzészavart, bénulásokat okozhat.

Az izmok túlzott, illetve egyoldalú igénybevétele által okozott betegségek

A gerincizomzat túlterhelése, főleg a nyaki és vállövi izomzat feszesége tartozik e fogalomkörbe. Okaként az izmok tartós erőkifejtése miatt túlterhelése emelhető ki, csökken a feszes izmokban futó erek keringése, folyamatos izomfeszüléssel járó fájdalom alakul ki, ehhez a fájdalom okozta stressz társul. Az így kialakult kör megszakítása sokszor nem egyszerű feladat. Gyakori számítógép előtt dolgozók, fodrászok, villanyszerelők, festők stb. körében.

Az ízületek egyoldalú igénybevétele által okozott betegségek

A porc mennyiségi és minőségi károsodásával járó degeneratív ízületi megbetegedés az arthrosis. A teherviselő alsóvégtagi ízületek, a csípő-, a térd-, valamint a kéz- és a kulcscsont-ízület tartozik leggyakrabban érintett ízületek közé. Befolyásoló kockázati tényezők között emelhető ki (főleg férfiak esetében) a térdízületi félholdak és a keresztzalagok régebben fennálló károsodása. Nőknél a testtömegnek (BMI) van jelentős szerepe. Két egységnyi (5 kg) súlynövekedés negyven százalékkal növeli az arthrosis gyakoriságát. Túlterhelés (például guggolás, térdelés) duplájára vagy akár négyszeresére emelik a térdarthrosis kialakulásának kockázatát. A csípőízületi arthrosis esélyét túlzott fizikai igénybevétel, ízületi fejlődési zavar („csípőficam”), korábbi sérülés, törés növeli.

1. Lágyrészek, így az ínhüvelyek, izom- és íntapadási helyek túlerőltetése által okozott betegségek
2. Térdízületi porcsérülések
3. Összenyomatás okozta végtagideg-károsodások, alagút szindrómák,
4. Az ágyéki és nyaki gerinc porckorongjainak fizikai tevékenységgel összefüggő megbetegedése
5. Ízületek, inak, izmok túlzott, illetve egyoldalú igénybevétele által okozott betegségek
6. Ergonómiai kóroki tényezők által kiváltott eltérések
7. Munkakörnyezettel kapcsolatos egyéb betegségek
8. Vibráció okozta betegségek

1. táblázat. Mozgásszerveket érintő foglalkozási betegségek

Összefoglalás

1. A foglalkozással összefüggő mozgásszervi betegségek diagnosztikája megfelel a foglalkozással kapcsolatba nem hozható betegségek kórismézésére vonatkozó szakmai szabályokkal, protokollokkal.
2. A diagnosztika alappillére annak elemzése, hogy a foglalkozási tényezők a betegség kialakulásában, illetve annak progressziójában milyen mértékben vehetők figyelembe.
3. A mozgásszervi betegségek munkakörrel való kapcsolatosságának elemzéséhez annak betöltése előtti mozgásszervi állapot, a veleszületett, illetve egyéb hajlamosító tényezők ismerete elengedhetetlen.
4. Ha a mozgásszervi betegségek foglalkozással való összefüggését elemezzük, a munkakörülmények pontos ismerete szükséges a kóroki tényezők elemzéséhez.

Görbe tükör

*Ha kevesebbet beszélünk a betegségekről,
az emberek egészségesebbek lennének.*

Anouilh

A köszvény – a szervezet egészét érintő népbetegség



Dr. Márkus Ilona

A köszvény ősidők óta ismert, jellegzetes betegség, amely az irodalomban és a művészetekben egyaránt a kízó, elviselhetetlen ízületi fájdalom látványos képeiben rögzült meg, és évszázadokon át az ízületi gyulladás egyetlen névvel nevezhető formájaként szerepelt a köztudatban. A köszvényes betegség közkeletű kóroktani magyarázata, hogy a sejtmag fő alkotórészének, az örökítőanyag lebontásának végterméke, a húgysav az emberi szervezet viszonyai között a telítettséghez közeli oldatban van a vérsavóban és a testnedvekben. Minthogy a túltelített oldatból a vegytan törvényei szerint az oldott anyag kicsapódik, minden olyan tényező, amely a húgysav oldékonyságát csökkenti, a kicsapódásához vezet. Így a húgysav mennyiségének a növekedése, de a szövetek savas kémhatása, lehülése is a húgysav kristályos vagy pasztaszerű kicsapódására vezet. A kristályos forma heveny, a nem kristályos, amorf lerakódás idült gyulladást kelt. Az oldott húgysav mennyiségének megnövekedése túlzott bevétel (sejtdús ételek), saját sejtek fokozott osztódása és pusztulása (daganatok), az örökítőanyag termelésének zavarai vagy elégtelen veseműködés következménye lehet. A húgysav a túltelített oldatból a rosszabb vérkeringésű, könnyen lehülő testtájakon könnyebben csapódik ki (jellemzően az öregujjon és a fülcimpán. A vesében a vizelet savas kémhatása váltja ki a húgysavkristályok kicsapódását, amely vesekövességre és a veseszövet gyulladására vezethet.

A húgysavkristályok által okozott heveny ízületi gyulladást, a jellegzetes köszvényes rohamot korábban azzal magyarázták, hogy a szervezet fertőzés elleni védővonalát képező fehérvérsejtek megkísérlik ugyanúgy bekebelezni, fagocitálni és lebontani a kristályokat, mintha baktériumok lennének, ez azonban a kristályok mérete és szeretlen jellege miatt sikertelen. Eközben viszont a lebontó enzimek és a sejtek más gyulladáskeltő anyagai kiszabadulnak és olyan heves gyulladáshoz vezetnek, mint egy gennykeltő baktérium. Az utóbbi évek kutatásai bebizonyították, hogy a folyamat ennél bonyolultabb, viszont ennek feltárása új, hatásos gyógyszeres beavatkozások célpontjait mutatta meg. A fehérvérsejtek, a szervezet első védővonala, a szövetekre potenciálisan veszélyes vegyületeket, akár egy baktérium felszínén lévő, akár a szervezetben keletkező anyagokat kórokozó- vagy veszélyjelző érzékelőkkel, receptoraikkal idegenként, elpusztítandóként ismerik fel. A húgysav, de például a kalcium kristályai is ilyen

ingert jelentenek a természetes vagy másképp veleszületett immunológiai védekező rendszer számára. Az érzékelők által a sejt számára adott jel az egyik legerősebb aktiváló sejtközi hírvivő anyagot, az interleukin-1 elnevezésű citokin termelődését váltja ki. Ez a citokin a központi idegrendszerben lázkeltőként viselkedik, a fehérvérsejtekben pedig a lebontó sejtszerveket aktiválja. Ezekből a sejtszervekből a gyulladáskeltő anyagok egész garmadája szabadul fel. Az idült köszvényben ez a heves reakció mérsékeltebb, de folyamatos gyulladás és szövetpusztítás képében jelentkezik. A kristályok által megindított gyulladás ezért az autoimmun betegségekhez közel álló, úgynevezett autoinflammatorikus betegségek közé sorolható. Ilyen több gyermekgyógyászati gyulladásos kórkép, köztük a fiatalkori ízületi gyulladás általános, azaz szisztémás formája is. Közös jellemzőjük, hogy az ellenanyag-termelő, humorális immunitás zavara nem alakul ki, vagy másodlagos jelenség. A közép-pontban álló kulcs-citokin, az interleukin-1 különböző fajtái ellen viszont közömbösítő ellenanyagok állnak rendelkezésre, és újabbak is fejleszthetők, Fő alkalmazási területük a sokizületi gyulladás, de a minden kezeléssel dacoló köszvényes rohamok kezelésére is sikerrel vethetők be.

A köszvény gyakorisága alapján népbetegségnek tekinthető. Az Európai Vázizomrendszeri Betegségek Felügyeleti és Információs Hálózata (eumusc.net, a 2013. évi 3. számunkban írtunk a reumabetegellátás minőségi követelményeire vonatkozó ajánlásokról) a közelmúltban adta közre a köszvény gyakoriságáról és a betegség súlyosságáról készített felmérését. Az adatgyűjtés 1980-ig visszamenőleg történt, a világ minden tájáról összegyűjtött, azóta megjelent közlemény feldolgozás alapján. Tizenöt régió negyven országából nyolcvannyolc közlemény 633 adatsorát értékelték ki olyan számítógépes programmal, amely az 1990-es és 2010-es évre vonatkoztatva adta meg a betegség előfordulását. A betegség súlyosságát a hálózat 2010-es felmérése alapján a köszvényes rohamra és az idült köszvényes gyulladásra külön-külön is meghatározták. A köszvényes rohamot a láb ízületeinek az állást, járást és súlyosabb tehercipelését, valamint a nyugodt alvást akadályozó állapotként határozták meg, míg az idült köszvényt több ízület fájdalmas eltorzulásaként írták le, amely az önellátást súlyosan akadályozza, fáradtságot, feszültséget és depressziót okoz. A köszvényes roham súlyossága (ami a lehetséges legjobb egészségi állapotnál

1) 0,293, az idült köszvényé 0,606, tehát a beteg egy életéve az egészségesekének csak körülbelül 30, illetve 60 százalékának felel meg. A közleményekből összesítették a köszvényes roham és az idült gyulladás okozta betegségtartamokat. Ezekből az adatokból számítható ki a betegség terhe. A köszvény gyakorisága 1990 és 2010 között nem változott lényegesen, 2010-ben a világátlag 0,076%, a férfiak köszvénye 0,125% volt, azaz 100 000 személyből 76, illetve 125). (A férfiak köszvényének előfordulása Ausztráliában, Latin- és Észak-Amerikában, valamint Európában nőtt, aminek oka az életszínvonal emelkedése lehet.) A tünetekkel sújtott időszak hossza viszont valamennyi régióban növekedett, így a számított betegségteher nagyobb lett: 2010-re 114 104 „betegség miatt elvesztett életév”, (DALY) lett. Ezáltal az eumusc.net által követett 291 reumatológiai betegség között az 1990-es súlyossági sorrendben elfoglalt 141. pozícióról a 138. helyre lépett elő. A szerzők végkövetkeztetése, hogy a köszvényes betegség által okozott terhek, azaz a betegség által okozott és megélt hátrányok világszerte nőnek, és ez érvékként szolgál a köszvény leghatásosabb kezelésére irányuló törekvések megalapozásához.

A reumatológiai szakma valóban törekszik a köszvényes betegség felismerésének, követésének és a legjobb kezelés elveinek megfogalmazására. Az Európai Reumaellenes Liga (EULAR) 2006-ban, az Amerikai Reumatológusok Kollégiuma 2012-ben bocsátotta ki a köszvény felismerésére, kezelésére és gondozására vonatkozó ajánlásait. Az EULAR 2011-ben a kalcium-kristály betegség, a chondrocalcinosis diagnosztikai és terápiás ajánlásait is közreadta. A reumatológia területén működő, tizennégy ország független szakértőiből álló csoport, a „3E Kezdeményezés (Evidence, Expertise, Exchange, azaz szakmai bizonyíték, tapasztalat és eszmecsere) viszont, éppen a köszvényt kapcsolatos legújabb ismeretek és új gyógyszeres lehetőségek kapcsán állította össze ajánlásait, amelyek néhány hónapja jelentek meg a vezető európai reumatológiai folyóiratban. Ezek az ajánlások olyan tíz gyakorlati kérdés köré csoportosulnak, amelyek egyenesen következnek a bevezetőben leírt új eredményekből. Az ajánlásokat a mellékelt táblázatban mutatjuk be. Ezek az ajánlások az elfogadtatás előtt álló, már kidolgozott és részben publikált magyar szakmai irányelvekben is tükröződnek.

1. A köszvény egyértelmű bizonyításához a húgysavkristályok kimutatása szükséges. Ha ez nem lehetséges, a kórképet a jellemző tünetek (lábízületi gyulladás, bőralatti csomók, a colchicinre (max. 2 mg) mutató gyors javulás) és a képalkotókkal kimutatható jellemző elváltozások is alátámaszthatják.
2. A köszvényes vagy magas szérumszintű húgysavértéket mutató betegek veseműködését ellenőrizni kell és a szív-érrendszeri kockázati tényezők felmérése is ajánlott.
3. A heveny köszvényt kis adagú colchicinnel, nem-szteroid gyulladásgátlókkal és a társuló betegségektől és a mellékhatások kockázatától függően, szájon át, izomba vagy izületbe adott szteroidokkal kell kezelni.
4. A betegeket egészséges életvitelre kell biztatni, pl. súlycsökkentés, testmozgás. A dohányzás, alkohol, cukor és cukrozott italok kerülése ajánlott.
5. A húgysavszint-csökkentés céljából allopurinol az első választandó, ezt követő alternatívaként a húgysav kiürítését fokozó gyógyszerek adása fontolható meg, a húgysavat lebontó urikáz egymagában csak az olyan súlyos köszvényben szenvedőknek adható, akiknél más kezelés kudarcot vallott, vagy ellenjavallt. Az urikáz kivételével valamennyi gyógyszert kis adagban kezdve, fokozatosan kell emelni a célérték eléréséig.
6. A gyógyszeres kezelés előtt a beteget tájékoztatni kell a fellobbanás kockázatáról és annak kezeléséről, megelőzésként colchicint kell adni (1,2 mg/nap), ha ez ellenjavallt, nem-szteroid gyulladáscsökkentő vagy kis adagú szteroid adható. A megelőzés időtartamát egyedileg kell meghatározni.
7. Enyhe veseelégtelenség esetén kis adaggal kezdett, a húgysav célérték eléréséig fokozatosan növelt adagú allopurinol adható, különös figyelemmel kísérve az esetleges mellékhatásokat, a febuxostat vagy benzobromaron adag-beállítás nélkül is adható.
8. A kezelés célja a szérumszintű húgysav 0,36 mmol/l (60 mg/l) alatti szintje, a rohamok kivédése és a csomók visszafejlődése, a követésnek ezekre kell irányulnia.
9. A csomók visszafejlődése a szérumszintű húgysav tartósan 0,30 mmol/l (50 mg/l) alatti értékei mellett érhető el, sebészi eltávolítás csak speciális esetekben jön szóba (ideget nyom, mechanikai akadályt képez, elfertőződik).
10. A tüneteket nem okozó magas szérumszintű húgysavszint gyógyszeres kezelése a köszvényes roham, vesebetegség vagy szív-érrendszeri események megelőzésére nem ajánlott.

1. táblázat. Nemzetközi ajánlások a köszvény felismerésére, kezelésére és gondozására

Milyen eredményt várnak a rheumatoid arthritises betegek betegségük kezelésétől?

Tófalvi Tímea

Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest



A vezető európai reumatológiai szakmai folyóirat, az Európai Reumaellenes Liga (EULAR) küldetésének szellemében rendszeresen közöl reumatológiai szakdolgozók által vezetett, vagy aktív részvételükkel szervezett felméréseket, amelyek a reumatológiai betegek betegségükről alkotott képét vizsgálják és mutatják be. Két ilyen felmérést ismertettek abból a szempontból, hogy milyen tanulságokkal szolgálnak a magyar reumabetegek és ellátásuk számára.

Az első, francia reumatológiai szakdolgozók és reumatológus kollégáik által tervezett felmérés azt vizsgálta, hogy a felkészített szakdolgozók hogyan tudják követni a rheumatoid arthritis szövődményeit és társbetegségeit a betegekkel való szoros együttműködés során. Ezenkívül megtanították a résztvevő betegeket a betegség gyulladásos aktivitásának mérésére kifejlesztett, 28 ízületet értékelő mutató (DAS28 index) alkalmazásával saját ízületi gyulladásuk aktivitásának le mérésére. Húsz francia reumatológiai centrum 970 rheumatoid arthritises betege vállalkozott a részvételre. A centrumok szakdolgozóival másfél napos tanfolyamon ismertették a követendő társbetegségekkel kapcsolatos ellenőrzéseket és a DAS28 alkalmazását, amelyekről a betegek számára tájékoztató videó is készült. A betegeket két csoportra osztották: az egyik, az önértékelő csoport csak a felvilágosító anyagokat kapta meg, és arra kérték őket, hogy azok alapján havonta értékeljék betegségüket, és beszéljék meg kezelőorvosukkal. A másik, aktív ágon a szakdolgozók feldolgozták a betegek

körelőzményében szereplő korábbi betegségeket, meghatározták a szövődmények kockázati tényezőit, például a kardiovaszkuláris rizikót és meggyőzik a betegeket az ajánlatos beavatkozásokról (gyógyszerelés, védőoltások, életmód). Minderről írásos ajánlást állítottak össze, amelyet átadtak a betegeknek, és megküldtek kezelőorvosaiknak. A vizsgálat kezdetekor a két csoport betegségjellemzői, gyógyszerelésük azonos volt, korábbi betegségeik gyakorisága sem tért el. A két csoport egymás kontrolljául is szolgált. Hat hónap múlva értékelték, hogy a kétféle csoportban hogy alakult a betegek gyógyszerelésének a jelentett betegségaktivitás indokolta megváltoztatása, illetve milyen beavatkozásokra került sor a szövődmények vagy társuló betegségek elkerülésére. Amint az várható volt, az önértékelő csoportban többször került sor a betegségmódosító gyógyszeres kezelés megváltoztatására (17 százalékban a másik csoport 11 százalékával szemben). A szövődményekre figyelő csoportban viszont jóval több célzott vizsgálat történt, és több megelőző tevékenység indult, mint a másik csoportban (betegenként átlag 4,54 a kontrollbetegekre jutó 2,65-tel szemben). A vizsgálatok és megelőző beavatkozások célpontjai a szív- és érbetegségek, a fertőzések, a daganatok és a csontritkulás voltak. Valamennyi főirányban több vizsgálat és megelőző beavatkozás történt az aktív csoportban. A legnagyobb különbségek a vérnyomásmérésben és a házi vérnyomásmérők beszerzésében, étrendi változtatásban és a veseműködés ellenőrzésében, az



influenza és a Pneumococcus-védőoltások igénylésében, a mammográfia, székletvér és bőrgyógyászati vizsgálatokban, a csonttritkulás területén a csontsűrűségmérésben, több testmozgásban, és a megfelelő kalcium- és D-vitaminbevitelben jelentek meg. A vizsgálat eredményei meggyőzően bizonyították, hogy a szakdolgozók és betegek képzése, valamint felvilágosításon alapuló aktív együttműködése mérhető és bizonyítható módon javítja a betegek rövid távú ellátását. Korábbi vizsgálatok már bizonyították, hogy a nővérek és betegek aktív kapcsolattartása hosszabb távon is alacsonyabb betegségaktivitási értékekre, tehát a betegség objektív enyhülésére vezet. A reumatoid betegek igen nagy jelentőséget tulajdonítanak a betegségükkel kapcsolatos tájékoztatásnak, és amint azt más felmérések eredményei mutatják, mérhető módon is kifejezik elégedettségüket a szakdolgozók által végzett követéssel és gondozással.

A másik felmérés arra keresett választ, hogy a reumatoid arthritis nagyrészt vagy teljesen tünetmentes állapotát hogyan jellemeznék a betegek saját tapasztalataik vagy elvárásaik alapján, melyek a betegség azon velejárái, amelyektől legszívesebben megszabadulnának. Mit jelent számukra az, amit az orvosi nyelv „remisszióknak”, azaz a betegség „visszafejlődésének” nevez, és orvosi mértékegységekkel fejez ki. Három európai ország (Ausztria, Hollandia és az Egyesült Királyság) nyolc reumatológiai centrumában alakítottak vitacsoportokat reumatoid arthritises betegek, reumatológus kezelőorvosai, reumatológiai szakdolgozók és a betegek ellátásától független szakértők részvételével. A betegeket aszerint kérték fel és rendezték csoportokba, hogy betegségük teljesen tünetmentes, alacsony, illetve közepes aktivitású legyen. A vita kezdetén a betegek fele értékelte úgy saját állapotát, hogy tünetmentes, háromnegyedük állította, hogy már volt teljesen tünetmentes. Ezzel szemben az Európában és az Egyesült Államokban kimunkált meghatározások szerint (a tünetmentesség azt jelenti, hogy csak egy duzzadt és nyomásérzékeny ízület van, a fájdalom 10 egységből álló skálán egy egységnél kisebb, és a gyulladásjelző C-reaktív protein, CRP-szintje a szérumban 1 mg/dl érték alatt van, vagy a betegségaktivitási index érté-

ke 2,6 alatt van), csupán a betegek egyharmada volt tünet- és panaszmentesnek mondható. Összesen 47 beteg vállalta a részvételt. Minden vitacsoport azonos tartalmú kérdéscsomagot kapott (az adott ország nyelvén), amelyeket megvitattak. Az érthetőség érdekében és a nyelvi különbségek áthidalására a vitakérdésekben a tünetmentesség a következőképpen szerepelt: „amikor a betegség olyan, mintha elmúlt volna”. A viták lejegyzett szövegét mindhárom nyelvre lefordították és a vizsgálók az azonos vagy nagyon hasonló válaszokat csoportokba rendezték, és a különböző megfogalmazásokat egységesítették, tipizálták. Az egységesített válaszokat a vizsgálók telekonferencián vitatták meg, végül egynapos értekezletet szerveztek valamennyi beteg és kutató részvételével, ahol összevetették, és végül jóváhagyták a közösen kialakított végeredményt. A betegek a következő módon jellemezték a kívánatos állapotot: ne legyen fájdalom, kevesebb ízületi merevségérzés, ízületi duzzanat, több energia, erő és jobb alvás. A betegség okozta hátrányok felszámolását a fizikai teljesítőképesség javításától, a napi tevékenységek akadálytalan elvégezhetőségétől és a környezetük-től való függés megszüntetésétől várják. A normális életvitel legfőbb követelménye a munkaképesség, a családi szerep ellátása, és a társas életben való teljes értékű részvétel visszanyerése számukra. A tünetmentesség időtartamának megnyújtását, a gyógyszer-szedés leállítását, vagy az adagok csökkentését, a panaszok 60–100 százalékos megszüntetését várják el kezelésüktől. Közös következtetésük, hogy a betegek véleményének hangot kell adni a tünet- és panaszmentesség orvosi meghatározásában. Ez az igény viszont már jelentős mértékben teljesül, mert a remissziót meghatározó szakértői csoportok hasonló módszerrel építik be a betegek szempontjait a tünetmentesség jellemzői közé. Hazánkban az ízületi gyulladásos betegek életkörülményei bizonyítottan nehezebbek, és betegségük átlagos aktivitása nagyobb, mint azokban az országokban, ahol az ismertetett vizsgálatot végezték. Hasonló hazai felmérés hasznos információkat szolgáltathat a magyar reumatoid arthritises, vagy akár más ízületi gyulladásos betegek tapasztalatairól és elvárásairól.

Görbe tükör

*Ha már nem változik a betegséged,
legfőbb ideje orvost váltanod.*

Gesbron

Interjúkérdések reumabetegek számára betegségük súlyosságának megítéléséről

Kedves Olvasónk!

Az itt következő kérdések azok, amelyeket az előző oldalakon Tófalvi Tímea a sokízületi gyulladás hevességének felméréséről szóló cikkében leírt interjúk és megbeszélések résztvevői összefüggéseiken megvittak.

Ha Ön valamelyik idült reumatológiai betegségben szenved, az ezekre a kérdésekre adott válaszai segíthetnek Önnek is megítélni saját betegségét.

Ha elolvassa a következő oldalon bemutatott „Beteg voltam - meggyógyultam” szépirodalmi pályázatot, és kedve támad megírni tapasztalatait, ezek a kérdések vázlatként szolgálhatnak pályaművének megírásához. Tekintsék át a pályázati feltételeket. Azon olvasóink, különösen a reumabetegek és különösen azok, akiknek kedvező tapasztalataik vannak betegségük teljes gyógyulásáról vagy tünetmentessé válásáról, és érznek szépírói vénát magukban, mérésük meg magukat az irodalmi világban. Amennyiben írása bekerül a gyűjteményes kötetbe, azt a kötelezettséget, hogy két példányt meg kell vásároljanak, Alapítványunk átvállalja, és együtt örülünk sikerének. Azon szerzők munkáit, akik elkészítik írásukat, de nem választják ki a mostani vagy egy későbbi kötetbe való közlésre, a Reumatológia Mindenkinek a szerző hozzájárulásával örömmel közli.

Ha az irodalmi pályázaton nem óhajt részt venni, de a Reumatológia Mindenkinek olvasóival hajlandó megosztani tapasztalatait, örömmel közöljük írását valamelyik lapszámunkban. Adjon néhány mondatos választ az alábbi kérdésekre, és segít a reuma-

betegeknek megismerni saját betegségük kezelésére vonatkozó elvárásait, segít kijelölni a kezelés célját.

Az irodalmi pályázatba szánt művét a pályázati kiírásban leírt módon küldje el, a csak a lapunkba szánt írását a Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány Titkárságára küldje (1023 Budapest, Ürömi u. 56.) postai úton vagy elektronikusan az mra@reumatologia.hu e-mail címre.

A kérdések:

1. Mennyit érzett a betegségből akkor, amikor olyan jól volt, mintha a betegsége megszűnt volna?
2. Mi a fő különbség az Ön számára az ízületi gyulladás vagy fájdalom heves szakasza, és a teljesen gyulladás vagy fájdalom nélküli szakaszok között?
3. Hogyan írná le a fájdalom vagy aktív gyulladás nélküli állapotot?
4. Milyen tüneteinek kellene megszűnniük ahhoz, hogy úgy érezze, teljesen meggyógyult?
5. Hány százalékra tenné a fájdalom vagy gyulladás nélküli állapotot, ha a legrosszabb Ön által ismert állapot 100 százalék?
6. Az Ön tapasztalata szerint mennyi ideig tarthat és mennyi ideig tartson a tünetmentes időszak?
7. Ön szerint le kell-e állítani az Ön ízületi betegségének gyógyszerelését, amikor tünetmentes időszakban van?

Görbe tükör

*Az orvostudomány már olyan szédítően fejlődött,
hogy gyakorlatilag nem találja egészséges embert.*

Huxley

Beteg voltam, meggyógyultam 2 – Prózaíró pályázat

Az Élő Irodalom – Élő Könyv Műhely prózaíró pályázatot hirdet
Beteg voltam, meggyógyultam 2
címmel
gyógyulástörténetek beküldése céljából.

A pályázat célja

Tényirodalmi könyvet szeretnénk az olvasóknak adni, melyekben valós gyógyulástörténeteket osztanak meg az írók az olvasókkal, ahogyan egy-egy betegségből megtalálták a kiutat, kilábalnak, felépültek, meggyógyultak.

A pályázat leírása

A pályázatra beadott mű

- alapjául szolgáló eset megtörténhetett az íróval, vagy mással,
- legyen valóságos, de ne a valós neveket, helyszíneket tartalmazza,
- az olvasót pozitív érzéssel töltsse el (ne legyen a történet csupán panaszáradat),
 - lehetőleg szépirodalmi nyelvezettel legyen megírva,
 - mérete maximum 7000 karakter legyen szóközökkel együtt.

Egy pályázó egy művel pályázhat.

A kötetbe bekerülő pályázó a pályázat beadásával kötelezettséget vállal
2 db könyv megvásárlására 2000 Ft/db áron.

A könyvben megjelent írások díjazásához a könyv megjelenése után meghirdetünk egy
szavazási lehetőséget, amelyben az olvasó e-mailben szavazhat a legjobb három írásra.
50 olvasói szavazat beérkezését követően zárjuk a szavazást.

Az első három legtöbb szavazatot kapott írás írója pénzjutalomban részesül.

1. helyezett: 15 000 Ft
2. helyezett: 10 000 Ft
3. helyezett: 5 000 Ft

A pályázat benyújtásának határideje:

2014. augusztus 15.

További információ:

e-mailben: szilagyi.marcsi@mairodalma.hu

www.mairodalma.hu

A betegszervezetek szerepe és jelentősége

A miskolci Reuma Klub azzal a céllal alakult meg 1991-ben, hogy a betegek megismerjék szervezetük működését, betegségüket, megértsék és elfogadják az orvos javaslatát, a különböző gyógymódokat, ami által elkerülhetik állapotuk romlását. Reumás Betegek Egyesülete néven 1993 óta tevékenykedünk, taglétszámunk 112 fő. A mozgásszervek gyógyításában egyik alapvető követelmény, hogy maga a beteg is aktívan vegyen részt a gyógyítás folyamatában. Ezt a törekvést segíti az egyesület havi klubnapjain tartott felvilágosító orvosi előadásokkal, a rendszeres gyógytorna biztosításával. Ezen kívül a különböző betegfórumokon való részvételi lehetőség, valamint gyógyfürdő-látogatások és kirándulások egészítik ki a programok sorát.

A mozgásszervi betegeknek az állandó fájdalommal, a mozgáskorlátozottság miatt pedig az életminőség romlásával is szembe kell nézniük, ugyanakkor fennáll a teljes elszigetelődés veszélye is. Kedvező tény viszont, hogy napjainkban már egyre több betegklub, betegszervezet működik hazánkban is. Hiába azonban minden erőfeszítés, ha az érintett beteg nem tud róla, ha az igény és a lehetőség nem talál egymásra. Miért fontosak ezek a betegszervezetek? Azért, mert a beteg emberek magányosak és kiszolgáltatottak, szükségük van egy olyan közösségre, ahol együttérzést, hasznos tanácsokat, jó programokat és segítséget kaphatnak.

Az alapítvány által 2005 óta kiadott Reuma Híradót egyesületi tagjaink térítésmentesen megkapták, így rendszeres olvasói voltak, és számtalan cikket is publikáltak. Örömmel üdvözljük a Reumatológia mindenkinék című újságot, mely tulajdonképpen a fent említett lap megújult változata. Ezért felhívásuknak eleget téve, szívesen ismertetjük egyesületi életünk meghatározó és fontos eseményeit.

Mozgásra minden embernek, fiatalnak és idősnek, egészségesnek és betegnek egyaránt szüksége van, mert a mozgás maga az élet! Mozgásszervi betegséget mozgás nélkül gyógyítani nem lehet! A gyógytornafoglalkozások biztosítása az Egyesület legfőbb tevékenysége közé tartozik, mivel a mozgászavar elsősorban mozgásterápiával javítható. A gyógytornaprogram még 1995 őszén indult 10-14 fő részvételével. Azóta a torna iránti érdeklődés évről-évre nőtt, ami kedvezően hatott a taglétszám alakulására is. Napjainkban hetente négy alkalommal, négy csoportban összesen 74 fő tornázik. A tornázók életkora 65-80 év között van. 2013-ban összesen 167 tornaórát tartottunk.

Több alkalommal is közvélemény kutatást végeztünk tagjaink között a gyógytornával kapcsolatban, és csak pozitív visszajelzést kaptunk. Néhány kiragadott vélemény:

- „Torna után könnyebben érzem magam, mintha kicseréltek volna.”
- „Csípőműtét után másfél évet ki kellett hagynom, de most örülök, hogy újra itt vagyok.”
- „Az életről való lemondásról mentett meg a torna. Óriási erőfeszítésembe került, de most újra embernek érzem magam.”
- „A torna vezetett rá arra, hogyan lehet elviselhetőbbé tenni az idősödő éveket.”
- „Térdproblémáim miatt csak bottal tudok járni, de a torna sokat segít abban, hogy ne legyek járásképtelen.”
- „A gyógytorna lehetőség fantasztikus.”
- „Szívesen járnánk hetente kétszer is.”

A mozgásterápia részeként úszótanfolyamokat is szerveztünk. Az úszást azért is ajánlják mozgásszervi betegek számára az orvosok, mert a vízben az ízületek megterhelése nélkül, könnyebben és fájdalommentesen lehet mozogni. Sokan vannak viszont, akik nem tudnak úszni. A tanfolyam résztvevőinek elsősorban a víztől való félelmüket kellett legyőzniük. Az úzás alapjainak elsajátításához akaraterőre és kitartásra volt szükség. Az úszótanfolyam sikeréhez a rendkívüli empátiával rendelkező oktató és a közösség ereje is hozzájárult.

Rendszeres havi klubfoglalkozásainkon az orvosi előadások nagy érdeklődés közepette zajlanak. Tagjaink ma már egyre több egészségügyi ismerettel rendelkeznek. A felvilágosult beteg jobban gyógyul, ugyanakkor a heti tornaórák, a kirándulások összekovácsolták a tagságot, bensőséges baráti kapcsolatok alakultak ki. A tagok érezhetik, hogy nincsenek egyedül, megbeszélhetik problémáikat és számíthatnak egymás segítségére. Jó érzés tartozni egy ilyen közösséghez.

Az emberek többsége vágyik az utazásra, szeretné felfedezni az ismeretlen tájak szépségét. Ez a vágy a mozgásukban korlátozott reumás betegek számára sokszor csak álom marad, mivel egyedül nem merik vállalni az utazás fáradalmait. Szervezett kirándulásaink során bérelt autóbusszal szinte „háztól-házig” jutunk el az adott helyszínre. Ez indokolja a nagy érdeklődést a kirándulások iránt.

Nehéz lenne felsorolni, hogy az eltelt 22 év alatt mennyi szép helyen jártunk. Nem is ez a lényeg, hanem az, hogy miért is fontosak ezek az utazások, mit jelentenek ezek a közös élmények azok számára, akiknek ez az egyetlen lehetőségük a kikapcsolódásra. Az egy- és több napos kirándulások alkalmából otthon hagyjuk a hétköznapi gondokat, megfelekedünk fájdalomainkról. A kapott élményekből feltöltődünk és erőt merítünk.

Most pedig egy képzeletbeli utazásra invitálok az olvasót, ismertette – a teljesség igénye nélkül – hol, merre is jártunk:

A Hévízi Szent András Gyógyfürdő Kórház Reuma Klubjának három napig vendégei voltunk, és megtapasztaltuk, hogy *„Van egy tó Magyarországon, melyben fürödve, meghal a bánat!”* Szálláshelyünk Keszthelyen volt. Cserébe mi a Miskolc-Tapolcai Barlangfürdőbe, a „természet fedett uszodájába”, és a lillafüredi Szent István barlangba invitáltuk hévízi sorstársainkat.

Voltunk a Gyulai Várfürdőben, Harkányban, a Nyíregyházi Sóstógyógyfürdőben, a Mezőkövesdi Zsóryban, az Egri Törökfürdőben, a Budapesti Széchenyi Gyógyfürdőben, Tiszaújvárosban. Hajdúnánáson, Beregfürdőn és Demjénben, kihasználva a gyógyvizek jótékony hatását. Gyógytornászaink is velünk tartottak, így a víz alatti torna szerves része volt ezen programoknak. Szinte valamennyi gyógyfürdőben az ott folyó gyógykezelésekről is tájékoztatást kaptunk.

Jártunk Ópusztaszeren a Történelmi Nemzeti Emlékparkban, látva a Fesztykörképet, eszünkbe jutott, hogy *„Itt született Magyarország!”* Voltunk Budapesten az Országházban, Gödöllőn a Grassalkovich kastélyban, Visegrádon a Fellegvárban, Esztergomban a Bazilikában, Szentendrén a Skanzenben. Megnéztük a Munkácsy kiállítást Debrecenben, a Zsolnay Múzeumot Pécsen. Részt vettünk egy Zempléni köruta-

zason és egy Tiszai hajókiránduláson is. Ellátogattunk Somogyvámosra a Krisna-völgybe, ahol bepillantást nyerhettünk a „Krisna tudatú Hívők Közösségének” mindennapjaiba. Valamennyi kirándulás felejthetetlen élményt nyújtott

Részt vettünk a budapesti „Mozgásszervi Nyílt Nap”, az „Ízületi Betegek Világnapja”, az „Artritiszes Betegfórum”, a miskolci „Oszteoporózis Világnap” rendezvényein, ez utóbbin előadó volt Endrei Judit tévés személyiség, Farkas Bertalan, az első magyar úrhajós, Máger Ágnes Miskolc város „Múzsza-díjas” festőművésze. Ott voltunk a debreceni „Reumatológiai Betegfórumon” is.

Klubnapunk neves előadója volt dr. Bálint Géza, a Csont- és Ízület Évtizede hazai koordinátora is.

Megtiszteltetés volt számunkra, hogy Egyesületünk 10, 15 és 20 éves jubileumi ünnepségének olyan előadói voltak, mint dr. Ortutay Judit, az ORFI reumatológus főorvosa, dr. Merétey Katalin, az MRA elnöke és dr. Szekanecz Zoltán a Debreceni Orvostudományi Egyetem professzora.

A kerek jubileumok alkalmából évkönyvekben foglaltuk össze tevékenységünk valamennyi eseményét. Ezek a kiadványok korhű dokumentumai egyesületi munkánknak. Számtalan egyéb programunk és rendezvényünk volt még, amelynek részesei voltunk, de ennek ismertetésétől most eltekintek, hiszen igen csak hosszú lenne a felsorolás.

Többször megfogalmazódott már bennünk évente megrendezendő hazai betegszervezetek találkozójának gondolata, ahol bemutatkozásra, eszmecserére lenne lehetőség. Megismerve egymás munkáját, átvéve a jól bevált módszereket és tapasztalatokat, együtt, közösen biztosan többet tudnánk tenni a reumás betegek életminőségének javítása érdekében.

Sípos Jánosné

a Reumás Betegek Egyesületének gazdasági vezetője

Görbe tükör

*Orvosok gyógyszereket rendelnek, melyekről keveset tudnak,
olyan betegségekre, amelyekről még kevesebbet tudnak,
persze saját betegeiknek, akikről meg semmit nem tudnak.*

Ismeretlen szerző

Beszámoló az Arthritiszese Betegek klubjának 2013. évi tevékenységéről

Az év kezdéseként februárban Szalayné Kónya Zsuzsanna dietetikus, élelmiszermérnök „Helyes táplálkozás az arthritiszese betegek számára” című előadását hallgattuk meg.

Áprilisban az egri Markhot Ferenc Kórház Betegklubjának látogatása zajlott le.

Szakdolgozói előadást tartott Asztalos Tiborné a reumatoid arthritiszese betegek életminőségének javítására szolgáló eszközökről.



Debrecen nevezetességeit és hírességeit dr. Domján Andrea egészségügyi menedzser, a Reumatológiai Klinika ápolási vezetője mutatta be, majd Sütő Judit gyógytornász megmozgatott bennünket. Ezután ellátogattunk a Déry múzeumba, ahol tárlatvezetéssel egybekötve, megnéztük a Munkácsy trilógiát. Ezután városnézésre invitáltuk vendégeinket.

Megbeszéltük, hogy továbbra is ápoljuk a két klub kapcsolatát, sőt a jövőben más beteg klubokkal is igyekszünk felvenni a kapcsolatot.

Augusztus 3-án Nagyváradra tettünk kirándulást, ahol Dézsi Erzsébet klubtársunk kalauzolt bennünket, megismertette velünk Nagyvárad szépségeit, nevezetességeit.

Szeptember 28-án a Magyar Reumatológusok Egyesülete és a Magyar Reumabetegek Egyesülete által a Debrecenben tartott szakmai Vándorgyűlés keretében megrendezett Betegfórum zajlott le, melynek szervezésében aktívan részt vettünk.



Fantasztikusan jó kezdeményezés volt ez a fórum, mely olyan új, többoldalú kapcsolatot jelent a betegek, szakdolgozók és orvosok között, amelyre eddig még – bár a korábbi reumatológiai vándorgyűléseken is zajlottak betegfórumok – kevésbé volt példa. Az egynapos rendezvény színes és nagyon hasznos előadásokkal gazdagította tudásunkat, majd egy közös vita fórummal zárult, ahol kérdés-felelet formájában kaphattunk választ kérdéseinkre. Nagyon sikeresnek ítéljük meg ezt a rendezvényt és a jövőben is szeretnénk hasonló módon közelíteni egymáshoz.

Október 3-án még egy rendkívüli rendezvénynek a „RAGadj ecsetet!” kampánynak adtunk otthont. A Magyar Reumabetegek Egyesülete 2013. augusz-



tus 31-én, szombaton indította útjára a „Ragadj Ecsetet!” című országjáró kampányát. A betegek a következő hónapokban nyolc városban festették meg egy rekordméretű képeslap darabjait, amelyet a kampány végén összeállítottak és postára is adtak. Az első részlet a Budapesti Millenárison készült el. A kampány célja a közös művészeti alkotás élményével közelebb hozni egymáshoz a reumatoid arthritisszel élő betegeket, orvosokat, a támogató nővéreket és minden érintettet, vagy érdeklődőt. A cél az is, hogy a magyar társadalom realisabb képet kapjon a betegségről.”

Ez a nagyszerű mű el is készült, és Guinness-rekord lett a panoráma-képeslap kategóriában, 2013-ban. Nagy öröm számunkra, hogy részesei lehettünk ennek a csodálatos kezdeményezésnek.

December 7-én megtartottuk az év végi összejövetelünket.

A 2014-es évre sok hasonló programot tervezünk. Tudományos előadások, háztartási hasznos ismeretek, virágkertészet, konyhai praktikák, szabadtéri közös főzés éppúgy szerepelnek elképzeléseink között, mint kirándulások a Hortobágyra, Ópusztaszerre, Nyíregyháza-Sóstóra, az erdőspusztai Tájhához. A tudományos előadások témáit a cukorbetegség, a szívbetegségek, a táplálkozástudomány területéről választjuk.

Burainé Győri Anikó
Az Arthritisztes Betegek
klubjának elnöke

(A cikkhez tartozó további képek a borító oldalakon találhatóak.)

Görbe tükör

*Néha úgy tűnik, hogy a természet
csak rövid lefolyású betegségeket küld az emberekre,
de az orvosok elsajátították
ezek meghosszabbításának művészetét.*

Proust

*Az optimista azt hirdeti, hogy a lehetséges világok legjobbjában
élünk; a pesszimista attól tart, hogy ez tényleg így van.*

Ismeretlen szerző