

Belekeveredtem

...lakóhelyem kis csatározásaiba, bár húsz évvel ezelőtti honfoglalásomkor elhatároztam: igyekszem távol tartani magam ilyen irányú dolgoktól. Mert az embernek, szüksége van nyugalomra a mindennapok robotjához, s mentál-higiéniai szüksége, hogy a zöldéségnél vagy a sarki kis élelmiszerboltban abszolút jelentéktelen dolgokról szóljon a bavadar... Bár ennek a szemléletnek némiképp ellentmond az Európai Unió, hiszen alapelve a szubszidiaritás - dolgoknak helyben történő megoldása - de talán bocsánatos bűn, ha az embernek pláne egy bizonyos koron túl a mindenekfeletti kényelme a legfőbb szempont. Ettől függetlenül most belekeveredtem.

Történt ugyanis, hogy négy környékbeli háziorvos kistérségi régiót alkotva elindultak a háziorvosi prevenció pályázaton és nyertek. A pályázati feltételek közé tartozott a helyi kommunikáció megszervezése és erre megkértek engem. Ezt büszkén, társadalmi munkában bevállaltam. Az általam készített kommunikációs stratégia mibenlétét most nem részletezem, úgys a közeljövőben szeretnék erről és az ezzel kapcsolatban megjelenő EGÉSZSÉG/em nap/TÁ-Ra kiskönyvről bővebben tudósítani. Csupán az első lépést említtem, amikor a négy település önkormányzati lapjában egyszerre beharangozzuk a pályázat lényegét és hogy ez mit jelent az adott praxisra nézve. Az OEP május 1. és december 31. közé tette a pályázat időtartamát és annak ellenére, hogy május második felében került sor a nyertesekkel a szerződéskötésre, május 1-ig visszamenően már beszámolási kötelezettséget írt elő az elvégzett munkáról. Mi májusra a kommunikációs stratégia beindítását kívántuk ütemezni, márcsak azért is, mert első dolog a tájékoztatás. És a jelentés dokumentumaként a helyi sajtóban is megjelenő cikkel akartuk igazolni a prevenció munkálatait megkezdését. Fontos volt tehát a májusi megjelenés. Három településsel nem is volt gond, a negyedik - ahol élek és ahol korábban önkormányzati felkérésre átmenetileg szerkesztettem is az önkormányzati lapot, mert állandóan napirenden van az önkormányzat által főállásban foglalkoztatott főszerkesztő világnézetű hovatartozásának önkormányzati szintű képviselőtestületi számonkérése - szóval saját településem hetilapja két alkalommal kiserkesztette a közhasznú tájékoztatást szolgáló cikket. Az erre adott főszerkesztői magyarázat is érdekes - majd olvasható - de ennél sokkal érdekesebb, hogy a második alkalommal a közhasznú cikk nem, hanem egy szakrendelést gyalázó levél megjelenhetett és terjedelmre is megegyezik a két cikk. Most nem az én cikkem sors története az érdekes, hanem az a bizonyos „nagyon fontos” olvasói levél és majd az arra adott szakmai válasz. Reumatológiai témáról lévén szó az ezzel kapcsolatos olvasói levelezések Nyílt Tér rovatunkban változtatás nélkül olvashatóak, ahol a téma jogosít fel a másodközlésre.

» Balla Anna «
folytatás 2. oldalon ►



72 új szakmai protokoll megjelenése az egészségügyben

Mérce a gyógyítás folyamatában

– Riport dr. Kereszty Éva egészségpolitikai főcsoportfőnökkel –



Az egészségügy átalakítása során alapvető feladat annak az egységes normarendszernek a kialakítása, mely a szakma művelésének, a finanszírozásnak, a minőségtanúsításnak és a szakmai ellenőrzésnek alapjával egyaránt szolgálhat. A protokoll szó köznapri értelemben meghatározott tevékenység-sorozatot jelent, mely adott probléma megoldása során alkalmazható. Az egymásra épülő beavatkozások célszerű sorrendjét – algoritmusát – tartalmazza, néhol választási pontokat, elágazásokat beiktatva, melyek segítségével az adott helyzetben a legmegfelelőbb úton lehet továbbhaladni. A gyógyító tevékenység tulajdonképpen ilyen egymásra épülő beavatkozások összessége, ahol mind a diagnosztikában, mind a terápiában nagyrészt tanult vagy a tapasztalatok alapján kialakított, kismértékben intuitív lépések során a gyógyító orvos egyre közelebb jut a panaszokat, tüneteket okozó betegség diagnózisához, illetve a kórisme adatai alapján döntések sorozataként kialakítja a szükséges terápiás javaslatát. A protokollok az egészségügy teljes működését átszövik, nemcsak az orvosi, hanem az ápolási és egyéb munkafolyamatok szintjén is. A protokoll ugyanakkor nem jogszabály: egyedi esetben el lehet térni az előírástól, ha indokolt, ám azt dokumentálni kell.

2005. július 15-én jelent meg az Egészségügyi Minisztérium hetvenkét ilyen szakmai irányelve az Egész-

ségügyi Közlönyben, de a minisztérium tervei szerint év végéig még egyszer ennyit fogadhatnak el. Az útmutatókkal – amelyek a kormány egészségügyre vonatkozó huszonegy lépés ígéretei között is szerepelnek – a minisztérium célja az, hogy az ország minden egészségügyi intézményében egységesen történjen a betegellátás. Az útmutatók szükségességét már az 1997-es egészségügyi törvény is leírja: az ellátásnál érvényesülnie kell az orvostudomány mindenkori állását tükröző és bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek és módszertani levelek ajánlásainak. Útmutatók eddig is léteztek, ám ezek nem voltak országosan egységesek. A szaktárca azt szeretné elérni, hogy a jövő év végére az összes betegség 75%-ára legyen új irányelv. A protokollok betartását a most felálló szakfelügyeleti rendszer segítségével kívánják ellenőrizni.

„...Az irányelv, a szakmai protokoll nemcsak azt mutatja meg az orvosnak, hogy adott tünetek esetén milyen diagnosztikai sorozatot kell követnie, hanem hogy melyik gyógyszert kell először felírni az adott betegnek- mondja dr. Kereszty Éva a szaktárca egészségügyi főosztályának vezetője.” A tudományos eredményeknek a gyakorlatban való használatáról van szó és hasonló rendszer működik az unió számos tagállamában, illetve az Egyesült Államokban is. Egyébként a magyar ajánlások kialakításában az európai, leginkább a brit minta tükröződik.”

riport a 3. oldalon ►

Termálvíz és gyógyítás

Magyarország a világ ötödik legnagyobb termálvíz-készlettel rendelkező országa Japán, Izland, Olaszország és Franciaország után. Hazánk területének 80%-a alatt 30°C-osnál melegebb termálvíz-készlet található. A 60-as, 70-es években olajat kutató kísérleti fúrások eredményeként hazánkban közel 1300, nagyobb részt elzárt termálvíz-kút van. Ebből mintegy hatvan minősített gyógyvíz és húsznál több minősített ásványvíz található. A hévízkészletek korlátozottak és területenként különböző értékűek. A balneoterápiával gyógyítható betegségekhez, illetve a prevencióhoz és a rehabilitációhoz az egyes meghatározott összetételű és hőfokú magyarországi gyógyvizek, gyógyiszapok kihasználása, fürdő-, illetve ivókúra és inhaláció, valamint szájuhany és iszappakolás kezelés formájában alkalmasak. (Ezen kívül egyéb természetes gyógymód is adott, így a, barlang- és szén-dioxid-, valamint klímaterápia.)

folytatás a 5. oldalon ►

Gyógyfürdőink társadalombiztosítás általi igénybevétele

Változik a társadalombiztosítás által támogatott rehabilitációs ellátások igénybevételi rendje - tudatta közleményben az Egészségügyi Minisztérium. Ezen túl a komplex kezelést nyújtó gyógyfürdők orvosai is felírhatják a betegeknek a társadalombiztosító által támogatott tízféle szolgáltatást.

folytatás a 2. oldalon ►

► folytatás az első oldalról

1. menet: Kisvándor hihetetlen kalandjai az orvosi szakrendelőben

Történt pár hónapja, hogy kezdtek gyűlni testi nyavalyáink, hites urammal egyetemben. Részemről egy 18 éves csigolyatörés okozott egyre több problémát, a számítógép melletti üldögélés és a nyaki csigolyáim elmeszesedése miatt hihetetlen tarkó fájdalmaim voltak. (Ez utóbbira kaptam értágító infúziót, így legálább azóta nem esem hasra önként és dalolva.)

No, úgy március táján gondoltam egy nagyot, hogy elmegyünk a reumatológiára, hogy némi fürdőjegyhez és masszírozáshoz jussunk, netán egy szanatóriumi beutaláshoz. Kértünk időpontot és három hét múlva megjelentünk. Rémképeim nem csaltak, a váró dugig, de azért nagyjából pontos időben behívtak. Leletek elő, röntgenek, labor, sőt a Gálfi Béla műintézet zárója is. Rövid panaszeloadás, a „doktornő” egy kicsit kotorászott az élbe helyezett papírhalmazban, majd diadalmasan előhúzta a zárójelentésemet az értágító infúzióról, hátha kiderül, hogy hülye vagyok és nem kell velem foglalkozni.

Sajna kellett: újabb beutalók, röntgen, labor. A röntgenen a szokásos pánikszerű jelenet, hogy mikor tört el a gerincem – mondtam nem tudom és hogy szabaduljak, ráhagytam, hogy biztos csonttritkulás. Bár ne tettem volna, mert három hét múlva, amikor új időpontot kaptunk, a doktornőnek eszébe jutott, hogy csináljunk erről is vizsgálatot – hiába lobogtattam az alig másfél éves készült leletet. Zarándoklat Pestre, a „doktornő” persze meg sem kérdezte, hogy mikor lenne alkalmas, közölte, hogy X. napon, fél egykor az Irgalmasoknál jelentkezsem. Ő irgalom anyja ne hagyj el: drága mulatság volt, egy nap szabadságomba került...

Ezután újabb időpont kérdés, amit már nehezen kaptunk meg, mert a reuma nyáron szünetelteti az előjegyzést, mondván szabadságra mennek. Meg is mutatták a naptárt, pirossal a 3 hónap gondosan áthúzva. Mindkét orvosnak 3 hónap sabija van?

Kiharcoltam a bejutást, aztán kellő időpontban megjelentünk. Természetesen a betegek bejutása soha sem sorrendben történik, időnként kinéz az asz-szisztensnő és behív valakit. (Gondolom a „doktornő” rokonait, valószínű népes családja lehet, paraszolven-ciára nem is gondolok, hiszen a magánbetegeknek magánrendelés jár, tisztességes adóbevallással.)

Némi várakoztatás után bejutottam, feldühödve a kint látottakon, de azért gondoltam Ürinnő leszek. Letettem az asztalra borítékban az új leletet, mire kegyesen rám szólt az Istennő, hogy vegyem ki. No, gondoltam, te vándor, itt bajok lesznek. Újfént megállapította, hogy persze, hogy fáj a derekam, ha el van törve, de ad rá helyi kezelést. No ekkor kissé elszakadt a cérna, mivel 18 évvel ezelőtt közölték velem, hogy csak az úszás és a masszázs segít. Így hát mondtam, hogy az előző lakhelyemen mindent megtettek azért, hogyha rendbe nem is tudnak hozni, de karban tartanak. Megemlítém: Asszonyom! Mitől más egy pesti szakrendelő, mint egy szentendrei?

Jön a csúcspont: a hölgy közölte, hogy Ő nem „Asz-szony”, hanem „doktornő”! Én már ekkor, teli hóci-póvel ríposztoltam egy jót – akkor viszont a kedves beteget legyen szíves főtanácsos asszonynak hívni!

Hihetetlen, de innentől felgyorsultak az események, kérdezte mit akarok? Mondom, úszni, masszázst és mondjuk Harkányt. 1 perc alatt a kezemben volt minden (persze magánzállással) de tudtam, hogy szegény jámbor férjemem még bosszút áll. Így lőn: felküldte a belgyógyászatra kiderítendő, hogy a bypas műtétje után úszkálhat-e meleg vízben. Persze az ifjú és nagyon kedves doktornő a leletek átfutása és egy-két vizsgálat elvégzése után rábólintott.

Fogjuk a javallatot, vissza a reumára, de bizony az asszisztensnőnek nevezett Cerberus nem vett róltunk

Belekeveredtem: Pengeváltás...

tudomást (pedig már csak két perc adminisztráció volt hátra.) Újfént a régi módszer, körülnézni, rábökni va-lakire, behívni. Ekkor korszakalkotó ötletem támadt, beültettem a meglehetősen derekas termetű férjem a szűk öltözőfülkébe, amitől aztán egy lélek se be, se ki. Így a következő kinézéskor a buzgó kukucska kényte-len volt az akadályt eltávolítandó, beengedni a párom az „alvilágba”, ha már Cerberust emlegettem. Én köz-ben szítoztam kint a hangulatot, hogy miért tűrik azt el, hogy itt ülnek 4-5 órát, mint a birkanyáj, kezükben a letépett sorszámmal és boldog-boldogtalan bemegy-előtűk. A betegeknek vannak jogaik (megtekinthető a PMK-ban könyvalakban) sőt betegjogi képviselő is van, akihez panasszal lehet fordulni.

Volt, aki hallgatott, volt aki bőszen helyeselt. Ku-kucs néni megint megjelent és monda: halkabban! – Á nem lehet, mert éppen magukat szidjuk – mondtam, mire ő: – Köszönjük! –Nem tesz semmit, szíve-sen máskor is! – Így én.

Legközelebb hadi vértetzelben, minisztériumi ren-delettel és esetleg azzal a kérdéssel fogok a nagyságos asszony pardon DOKTORNŐ elé járulni, hogy a hip-pokrateszi esküjéről vannak-e még halvány emlék-képei? Állítólag 15 éve demokrácia van. Ha nem élünk a jogainkkal, akkor nincs! Végezetül köszönet mind-aazon ORVOSOKNAK, akik legjobb tudásuk szerint segítenek a betegeken.

Vándor
(Szentendre és Vidéke XIX. évf. 20. szám.)

2. menet: Hozzászólás egy megjelent és egy meg nem jelent cikk kapcsán

A Szentendre és Vidéke című lap legutóbbi számát olvasva megdöbbenéssel és – meg kell vallanom – fel-háborodással tapasztaltam, hogy városunkban, a kor-mányzat által meghirdetett pályázatot elnyerve, ön-zetlen orvosok munkájával elindult, több, mint 5.000 szentendrei lakost érintő példaértékű egészségügyi prevenciós munkáról szóló értesítés megjelentetése kétszer is elmaradt. Történt ez annak ellenére, hogy a profi egészségügyi újságíró által összeállított, a la-kosságot informáló cikk megjelenése az önkormány-zatnak nemcsak érdeke, de kötelessége is volt. Ehe-lyett egy újfént az orvosokat gyalázó cikk azonnal megjelenhetett.

Az egyik reumatológus kollégánkat súlyosan sér-t írásban egyebek mellett az szerepel, hogy a cikk írója főtanácsosi rangjának leleplezése után azonnal más bánásmódban részesült. Érzésem szerint ezt a módszert a lapnál is alkalmazhatta, mert a közösség számára valóban fontos cikk elcsikadt és helyette a személyes indulat kapott helyet. Nem akarok bele-menni a cikk részleteibe, hogy rendszerezsem annak indokolatlan rágalmaít, de annyit szükséges megje-gyezнем, hogy az ott leírt eljárások egyike sem volt a betegre káros, sőt a ma oly annyit emlegetett és az orvosoktól elvárt irányított betegutak betartásának fogalomkörét és módszertanát tökéletesen lefedő szolgáltatás volt. A többszörösen idézőjellel sér-tegetett kollega bölcsességét és a betegei iránti elnéző magatartását igazolná, ha ennek jogi következményei nem lennének.

Dr. Pázmány Annamária orvos
(Szentendre és Vidéke XIX. évf. 21. szám)

3. menet: Nyílt levél

...”Kisvándor hihetetlen kalandjai az orvosi szakrende-lőben” című olvasói levélre egészségügyi szakújság-íróként mint főszerkesztő vagyok kénytelen reagálni itt és későbbiekben a képviselőtestületnek, márcsak azért is, mert az önkormányzat a tulajdonosa a ren-delőnek. És nagyon bízom abban, hogy megértetem majd: a jobbitó szándék vezet akkor, amikor rend-kívül káros dolognak tartok egy olyan egyoldalú kompromittáló hangvételt, ami az ezer sebből vérző orvos-beteg kapcsolatot nemhogy előbbre vinné, ha-nem tovább mélyíti.

A névtelen olvasói levelekről: csak az egyik fél által előadott, érzelmileg túlfűtött, sarkított, közhangu-latot befolyásoló stb. észrevételt nem közlünk, mert míg az egyik fél beazonosítható – hely, foglalkozás –, addig a másik fél még nevét sem adja az általa be-panaszolt dolgoknak, sőt ismeretlenségbe – vándor – aláírásba burkolózik. Úgy formálja sarkított és dra-matizált véleményét, hogy közben gyáván nem vál-lalja mondandóját.

Névtelen levelet, ha valami oknál fogva nem dobsz szemétkosárba és leközőlsz, akkor miért nem alkal-mazod az objektív tájékoztatás legelemibb szabályait: hallgattassék meg a másik fél is? Sőt, még egy csillagot sem teszel oda, egy kis apró szöszedetet: a szerkesz-tőség elhatárolódik a fentiektől....

Dr. Kollárné Balla Anna
(Szentendre és Vidéke XIX. évf. 22. szám)

4. menet: Megkésétt levél

A Szentendre és Vidéke 20. lapszámában megjelent Kisvándor hihetetlen kalandjai című szösszenethez szabadjon egyet-mást hozzáfűznöm, az „audiatur et altera pass”= hallgattassék meg a másik fél is erkölcsi elvei szerint.

Több évtizedes kórelőzmény után tetszett beron-tani a rendelőbe, ahol Önről szakmai ismeretekkel nem rendelkeztek. Igyekeztek tájékozódni a diagnó-zist illetően, ezt hibául felróni nem tisztességes. Nem világos számomra, hogy milyen alapon tetszik arra gondolni, hogy gyógyfürdő-kezelések szállásköltsé-geit is a biztosító térítse. Magam is megfordultam a közelmúltban Zalakarason, Hévízen. Egy dolog nem jutott eszembe, hogy ehhez állami, biztosítói támoga-tást vegyek igénybe, még akkor sem, ha ezt simán el tudtam volna intézni. Ön azt mondja, hogy 18 évvel ezelőtt megállapították, hogy Önnek csak a fürdő segít. Ezt a csacska rendelői személyzet nem tudja, pe-dig tudhatná. Nos a reumatológiában ilyen egyedül üdvözítő gyógymódok a problémák jellegéből adó-dóan nincsenek. Számos gyógymód áll rendelkezésre, amik közül kiválasztani a megfelelő szakmai feladat. Abszolút javallat nincs. Egyéni kérések természetesen méltánylást kaphatnak, ezeket nem árt a kölcsönös megbecsülés légkörében, európai módon egyeztetni. Meggyőződésem, hogy a személyzet részéről erre is meg lett volna a készség.

Hosszan tartó idült betegség esetén nem szerencsés nem azonos intézményhez, nem azonos, a személyt és a problémát nem ismerő orvoshoz fordulni. A mi egészségügyünkben bármikor, bárhová harc nélkül be lehet jutni. Ennek sok hátránya van, nem minden biztosító vagy egészségügyi rendszer engedi ezt meg. Nálunk általában a mindent, mindenhol és bármikor

elvárása. Ha ehhez az elváráshoz nem tudunk alkal-mazkodni, Rostás Lojzi könnyen ránk borítja az író-asztalt. Ezen absztrakt példa már nem Önt jelenti.

Sérelmezi a betegbehívások sorrendiségét is. Nem kell kórháztöltelékek lenni ahhoz, hogy megismer-jük: ma már az abszolút sorrend megtartása a fűszeres-nél lehetséges, a betegellátás során ügyszólván nagyon kevés helyen követhető. Az instrumentariumok racio-nalis működtetése követeli meg, hogy eltérjünk az ér-kezési sorrendtől. Elkészült laborleletek, a készülékek rendelkezésre állása, előkészítése, kezelési módszerek időbeli tördeltsége mind – mind az abszolút sorrend megtartása ellen hatnak. Az alvilágban – ahogy Ön ál-talánosítva az egész rendelőt aposztrofálja – a cerberus nyilván ezeket a munkamenettel kapcsolatos behívási rendet képviselte, meggyőződésem szerint kellő ta-pasztalattal. Ennek megértése, némi jóindulat nélkül, szinte lehetetlen. Szerencsére a betegek döntő többsége nem elementáris rosszindulattal szemléli munkánkat. (Mert hogy szakmabéli vagyok magam is.)

Apropó Hippokratész. Meg az eskű, amire meg tetszett tanulni hivatkozni. Ez egyébként a legbu-tább kultúrtörténeti hivatkozás, amit mostanában szoktak puffogatni. Régebben, az átkosban elég volt a szlogen: „azért fizessük az Ottit” – hivatkozás a kö-vetelőzésekhöz. Vagyunk, akik még mosollyal em-lekezünk rá. Ma már klasszikus ögörög hivatkozás a módi, amit természetesen nem tetszenek szívesek ismerni. Ha Hippokratészhez tartanánk magunkat, nagyon sok mai jelentéket vinné az ajtót tokostól, mert Hippokratészt követve az orvos munkájának ingyenes igénybeviteléről szó sem lehetne. Ő ugyanis méltányos magas és kemény bérfizetést követelt meg az orvosi munka ellenértékeiként. Ettől manapság igen messze vagyunk. Az esküben helyt kaptak humani-tárius gondolatok, de az alulfizettség vállalásáról, netán ingyenességről szó sem volt!

Egy kis matematika szabadság ügyben: „Három hónap van pirossal áthúzva.” mint tetszik sérelmez-ni. Következtetés: mindenki három hónap szabadsá-got kap. Gratulálok a logikához. Nem így működik. Mi egymásnak adjuk a szabadságot, nem úgy, mint a szövőnő, akinek a gépét szabadság alatt a munkatársa nem működteti. Ha egy szakmai csoport – tételezzük fel – kilenc emberből áll, maximum három mehet el szabadságra egyszerre, hogy a működőképesség akár csökkentett szinten is fenntartható legyen, s már ki is jön a három hónap. A biztosító a kiugró teljesítmény-növekedést nem engedi. Nem lehet egyik hónapban többszöröst teljesíteni, mint a másikkban. Szűkíteni kell tehát nyáron az ellátások körét. Mivel ez a sürgős ellátást illetően nem valósítható meg, a szűkítést a fürdőcskésési igények kiszolgálásánál kell realizálni. Ilyen egyszerű a dolog.

Sérelmezi az előjegyzések rendjét. Elmondom Ön-nek, hogy Angliában egy ortopéd műtetre fél évet vagy többet kell várni, Torontóban belgyógyász barátom három hétre kapott ultrahang vizsgálatra előjegyzést veseköves görcsrohamra okán. Hazai reakciókat illető hozzáállást lásd fent Rostás Lojzi kontextusban.

Nem akarom tovább ragozni az Ön gondolatait, mert nagyon messze vezetne. Társadalmi jelenség az egé-szségügyi személyzet szidása. Levezethető ez által a pénz-telenség, a paraszolvenencia, az alulfizettség számos, főleg az egészségügyi dolgozókat sújtó gondja. Közben a költségvetés lenyúlja az ötvenmilliárdot rendszere-sen a biztosító pénzéből. (Mikola miniszter merte ezt megfogalmazni.) A járulékot nem fizeti be állam bá-csi (lásd: MÁV). A divatos szidalmak helyett tessenek végiggondolni, hogy a sokat szidott kórházaink, rende-lőink mennyi pénzből nyújtják az adott teljesítményt. Guinness-rekordokat tetszenek majd találni nem egy helyen. A mi pénzünk tisztereséből sem vállalnák egy kórház működtetését Hegyeshalmon túl.

Dr. Kálló Antal
(Szentendre és Vidéke XIX. évf. 25. szám.)

Gyógyfürdőink társadalombiztosítás általi igénybevétele



► folytatás az első oldalról

Az elmúlt csaknem kilenc hónapban egy évek óta létező, ám csupán tavaly ok-tóberben „felfedezett” jogértelmezési probléma miatt kizárólag az OEP által fi-nanszírozott kórházak, rendelőintézetek és szanatóriumok szakorvosai írhatták fel a támogatott gyógyfürdői kezeléseket. Ez év júliusától azonban a 2005. évi XLIX. törvény és annak végrehajtási rendelete, a 113/2005. (VI. 25.) kormányrendelet újra lehetővé teszi az ilyen kezelések felírását azon orvosok számára, akik komplex gyógyfürdő-ellátási osztályon (régí nevén mozgásszervi nappali kórházban) vagy

olyan gyógyfürdőben dolgoznak, amely teljesíteni tudja egy nappali kórház szak-mai követelményeit (tehát rendelkezik teljes szakorvosi felügyelet és irányítás mellett végzett fürdőgyógyászati szolgál-tásokkal). Nagyon lényeges, hogy a keze-lések felírásához eszentül szükséges a házi-orvos beutalója, amit egy másik módosítás rendel el. Tehát mostantól a „fürdőorvos” is felírhatja a betegeknek a társadalombiz-tosítás által támogatott tízféle szolgáltatást, amelyek árát a biztosító 85%-kal támogatja. Ezek közé tartozik a termál gyógymeden-ce, hévízi tófürdő, termál kádfürdő iszap-pakolás, iszapfürdő, súlyfürdő, szénsavas fürdő, orvosi gyógmasszázs, víz alatti víz-sugármasszázs, víz alatti csoportos gyógy-torna, komplex gyógyfürdőellátás. (Ennek keretében a létesítmény kezelőorvosa vá-lasztja ki a kezeléseket) A biztosító kilenc-féle kezelés árát 85%-kal támogatja, a 18 évnél fiatalabbak csoportos gyógyuszá-sának költségét pedig teljes egészében állja. a szakorvos javaslatára a házi gyermekorvos írja fel). A közgyógyellátásra jogosultak és az üzemi balesetet elszenvedők is térítés-

mentesen vehetik igénybe a kezeléseket. A szaktárca közölte, hogy az államilag dotált gyógyászati ellátások esetében (fürdőgyó-gyászati ellátások, iszappakolás, súlyfürdő, orvosi gyógmasszázs, stb.) jelenleg éven-ként, rehabilitációs célból 2 kezelés vehető igénybe. A betegeknek azonban gondot okozott, hogy a következő naptári évre áthúzódott kúrák esetén elestek az adott esztendőben nekik járó további kezeléstől. A jövőben minden évben két teljes kúra ír-ható fel, függetlenül attól, hogy az előző évi áthúzódott-e a tárgyévre. Például, ha 2005. december 16-tól veszi igénybe a beteg a kezelést, és az 2006. januárban fejeződik be, akkor ezt a kezelést 2005. évi kúrának kell tekinteni, mivel már decemberben megkezdődött. További változás, hogy a tb-támogatással fürdőgyógyászati ellátást nyújtó gyógyfürdőknek gyógyvizet me-dencével kell rendelkezniük. Emellett a kú-rában résztvevő betegek folyamatos, szak-képzett ellátását legalább napi hat órában reumatológus, fizioterápiás, rehabilitációs, fizikális medicina szakvizsgával rendel-kező szakorvosnak kell biztosítania.

Számok, adatok, árak

Évente 350 ezer beteg részesül a biztosító támogatásával gyógyfürdős ellátásban, a kezelések száma meghaladja a 3,6 milliót. Tavaly 4,5 milliárd forintot köl-töttek a betegek több mint 9,5 millió gyógyfürdőkezelésének támogatására. Egyéb-ként a gyógyfürdők szabad áron kínálják szolgáltatásaikat, ám az OEP a tb által támogatott kezeléseknél meghatározza a támogatás alapjául szolgáló árat. Ezek két éve változatlanok ugyan, hiszen nem került sor ártárgyalásra a biztosító és a vele szerződésben lévő kilencven fürdő között. Ennek egyik oka, hogy a biztosító költség-vetésébe betervezték négy új kezelés fedezetét, ám azokat nem sikerült bevezetni. Az OEP illetékese szerint várható, hogy az idén ezekről és az új árról is megállapodnak a fürdőkkel. Új tb-szolgáltatásként vezetnék be a felnőttek csoportos gyógyúszását, a víz alatti egyéni gyógytornát, a gyermekek barlangterápiáját és a szén-dioxid-gáz fürdőt. Ez utóbbi hazánkban egyetlen helyen, Mátraberecskén található, ahol termé-szetes szén-dioxid tör fel a mélyből, s ez – megfelelő technológia alkalmazásával az érbetegek hasznos terápiája lehet – tájékoztat az OEP főosztályvezetője.

A nagyközönségnek kínált és a tb-támogatás alapjául szolgáló ár között tetemes különbség van. Például a Gellért fürdőben az üzleti alapú gyógmasszázs 2400 Ft, a tb-támogatás alapjául szolgáló ár pedig 736 Ft. A beutalt betegek elvileg az árkülönbözetet, illetve az utóbbi 15%-át kellene kifizetni, ám egyes fürdőkben gyakran csak ez utóbbit kéri el tőle. Évente két alkalommal 15 kúrát írhatnak föl vényre a fentiekben ismertetett arra jogosultak. Egy kúra négyfajta, egyenként 15 alkalomra szóló kezelést tartalmazhat. Komoly csípőízületi kopásra például el-rendelhető 15 medencefürdő, 15 súlyfürdő, 15 iszapkezelés és 15 masszázs, s mindez évente kétszer. A gyógyfürdőutalványt a felírástól számított négy héten belül kell bemutatni a fürdőben, majd további nyolc hét áll rendelkezésre – gyógyúszás esetében 26 hét – a felhasználásra. A kúra az egészségi állapotban bekövetkezett változás miatt indokolt esetben megszakítható.

Forrás: Sajtófigyelés



72 új szakmai protokoll megjelenése az egészségügyben

Mérce a gyógyítás folyamatában

– Riport dr. Kereszty Éva egészségpolitikai főcsoportfőnökkel –

Az egészségügyben dolgozó szakemberek foglalkozásukból adódóan naponta számos klinikai döntést hoznak. A döntéseknek az egészségügyi probléma valamennyi megoldási lehetőségének mérlegelésén, a lehetőségek kimeneti eredményének valószínűségi becslésén s a beteg preferenciáira adekvátan kell alapulnia, de ezeknek a döntéseknek kollektív etikai, szervezési, esélyegyenlőségi szempontokon kell alapulnia. Miközben csak a rendelkezésre álló erőforrásokból tud gazdálkodni és ezáltal óhatatlanul szembesül az ellátórendszer teherbíró képességeivel is. Ezekből szükségszerűen következnek, hogy szükség van olyan szakmai irányelvekre, módszertani ajánlásokra, útmutatókra, szakmai nyelven: *protokollra* – amelynek célja, hogy ajánlásokat tegyen az explicit, bizonyítékokon alapuló irányélvfejlesztés korszerű és nemzetközileg elfogadott módszereire vonatkozóan. A szakmai protokollok alapján az ország minden egészségügyi intézményében ugyanúgy történik a betegek ellátása, sőt a nemzetközi evidenciák alkalmazásával egy-egy betegség most már nemcsak Battonyától Mosonmagyaróvárig, hanem akár Sátoraljaújhelytől Londonig hasonlóan történik. A szakmai irányelvekről, azok hazai és nemzetközi összefüggéseiről, a tárca ezirányú terveiről, szándékairól, feladatairól tájékoztatta lapunkat **dr. Kereszty Éva** egészségpolitikai főcsoportfőnök.

■ Mi készítette az Egészségügyi Minisztériumot a szakmai protokollok aktualizálására?

– Több dolog. Egyetlen egészségügyi rendszer sem engedheti meg magának azt, hogy figyelmen kívül hagyja a minőséget. Az egészségügy minősége az egészségügyi szakemberek, menedzserek, egészségpolitikai döntéshozók és finanszírozók figyelmének középpontjába került. A minőséggel kapcsolatos tevékenységek – irányelvek, klinikai audit, minőségmenedzsment rendszerek, akkreditáció/tanúsítás – azt szolgálják, hogy az egészségügy céljai explicit módon kerüljenek megfogalmazásra, a szolgáltatás tudományos alapú, transzparens és kontrollálható legyen. Az új minimumkövetelményeket alapul véve a kilencvenes évek előtt készült szabályok, módszertani levelek mind a tartalmi, mind technikai vonatkozásban elavultak. Nem véletlenül már az 1997-es Egészségügyi Törvény 154 §-sa is rendelkezik az ez irányú feladatokról. De lévén ez igen bonyolult interdiszciplináris terület, körültekintően kell hozzáfogni, ami viszont rendkívül időigényes. Az Európai Unióhoz történő csatlakozás, a minőségi elvárások és nem utolsósorban a bizonyos egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos állampolgári számonkérések megszorodása – gondolok itt a műhibaperekre – okán nem halogathattuk tovább ezt a kérdést. Szerintünk is a beteg dokumentumok alapján történő nyomon követhetősége olyan evidenciává vált a hazai egészségügyben is, hogy lépniünk kellett.

■ Hogyan kezdtek?

– Az irányelvek elkészítésének módszertanát kidolgozva összesen mintegy 1034 különböző – aktuális és elavult – eljárásrendet, módszertani levelet és szakmai cikket találtunk. Az eltérő szerkezetű módszertani útmutatók különböző helyeken jelentek meg, betartásuk és ellenőrzésük pedig esetleges volt, csakúgy, mint felülvizsgálatuk és aktualizálásuk. Ezek ártértékelésével, valamint az európai gyakorlat és szakirodalom felhasználásával született meg a 2005 július 15-én az Egészségügyi Közlöny mellékleteként megjelenő hazai irányelvek, melyek az uniós normáknak is megfelelnek. A protokollok kidolgozását sürgette az is, hogy a társadalombiztosításról szóló törvény értelmében az egészségbiztosító – jogilag – csak olyan egészségügyi beavatkozást finanszírozhat közpénzből, amely megfelel az adott szakmára vonatkozó szakmai eljárásrendnek. A protokoll egy-egy eljárás belső leírása, egy keret, amely azért nem jogszabály, mert bizonyos időnként a tudomány előrehaladtával felülíródik.

■ Ez biztosítja a mindenkor legfejlettebb technikát, terápiát?

– Korábban követelmény, hogy a gyógyító folyamat ne csak pathophysiológiai ismereteken, a gyógyító orvos szakmai felkészültségén és tapasztalatán, valamint a beteg önmaga kezelésére vonatkozó döntési jogán alapuljon, hanem a legfrissebb klinikai kutatások elfogadott eredményein is. A *ténnyel (bizonyítékokkal) alátámasztott orvostudomány napjainkban a szakmai eljárási rendek kialakításában és így a mindennapos orvosi gyakorlatban is nélkülözhetetlen szerepet játszanak*. Így a szakmai protokollok hozzájárulnak az adott betegség legújabb klinikai eredményeinek megismeréséhez, az ellátás során alkalmazott variációs lehetőségek csökkentéséhez, közelebb kerülve ezáltal az optimális ellátáshoz. Ennek gazdasági, költségcsökkentő következményei sem becslendőek le. Ugyanakkor új kutatási irányokat jelölnek ki a hiányzó tények, ismeretek megszerzéséhez. A *bizonyítékokra, tényekre* szor-

ritkozásnak előnye, hogy szigorú önellenőrzést, állandó kontrollt követelnek, így az intuíción alapuló kezelési módokból adódó hibák száma csökkenthető. Természetesen a tényekkel alátámasztott gyakorlati irányelvek elkészítéséhez megfelelően bizonyított klinikai adatokra van szükség. A legelfogadottabb bizonyítékokat a többszörös, előre megtervezett, randomizált, kontrollált klinikai tanulmányok és az ezekből készült analízisek szolgáltatják, de elfogadottak a prospektív randomizálatlan tanulmányok által nyert adatok is. Mi nemzetközi evidenciák alapján dolgoztunk, kiegészítve ezt a hazai szakmai kollégiumok véleményeivel.

■ Mik a szakmai irányelvek legfőbb jellemzői?

– A jó szakmai irányelv multidiszciplináris, megbízható, megfelelően dokumentált, reprodukálható, klinikailag alkalmazható, azaz flexibilis. Miközben érthető, tehát egyértelmű ajánlásokat tartalmaz valamennyi érintett számára és ezáltal a mindennapos gyakorlatban is könnyedén használható. Ezen túlmenően hatékonyan terjesztett és a gyakorlatban bevezetett, de felülvizsgálatra tervezett, rendszeresen frissített. A szakmai irányelv érvényességi idejét minden esetben meg kell adni, a felülvizsgálatért felelős szervezet, csoport megjelölésével együtt. A most kiadott szakmai protokollok 3 éves időtartamra irányadóak. A protokollok bizonyos esetekben a műhibaperektről is megvédeztik az intézményeket. Ha a kórház bizonyítani tudja, hogy az irányelvnek megfelelően járt el, nem lehet megvádolni. A protokoll ugyanakkor nem jogszabály: egyedi esetben el lehet térni az előírástól, ha indokolt, ám azt dokumentálni kell. Az útmutatók szükségességét már az 1997-es egészségügyi törvény is leírja: az ellátásnál érvényesülnie kell az orvostudomány mindenkor állását tükröző és bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek és módszertani levelek ajánlásainak. Útmutatók eddig is léteztek, ám ezek nem voltak országosan egységesek

■ Egyértelműsíthetőek a szakmai irányelvek előnyei?

– A fő cél az ellátás minőségének és hatékonyságának a javítása. Akkor, amikor a klinikai döntések támogatása, a kompetencia szintek meghatározása a fő szempont, ez a praxis variációk, az indokolatlan beavatkozások számának csökkentését vonja maga után. Hiszen az irányelvek jelentős mértékben támogatják a megalapozott tudományos eredmények mielőbbi gyakorlatba való átültetését, és ezek az ellátás biztonságosabbá tételét eredményezik. Nagyon fontos elem, hogy a megfelelő módszertan alkalmazásával kidolgozott multidiszciplináris irányelvek valamennyi érintett szakterület részvételén, optimális esetben konszenzusán alapulnak. Miközben lehetővé teszik a szakmai képzés, továbbképzést, hiszen az irányelvek és ez által a helyes klinikai gyakorlat helyi adaptációja, majd hatásának értékelése jelentősen hozzájárulhat a szakemberek folyamatos továbbképzéséhez. Ezáltal viszont az ellátás minősége javulhat.

■ A most megjelent szakmai irányelveknél egységsítható-e valamilyen alapelv?

– Fontos kijelentnem, hogy a most megjelenő protokollok ajánlásként alkalmazandók, melyeket az egészségügyi ellátásért felelős személyzet mindig az egyedi beteg állapotának, szükségleteinek és preferenciáinak megfelelően alkalmazhat. Az irányelvek kialakításában figyelembe vettük a nemzetközi standardoknak és kritériumoknak megfelelő, szakmailag és társadalmilag elfogadott, szisztematikus, átlátható, explicit és teljes

a.) melléklet

A szakfelügyeleti rendszer

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletéről új jogszabály – 15/2005.(V.2.) EüM rendelet született, s ezzel az a gyógyító-megelőző intézmények és szolgáltatók szakfelügyeletéről 1993.(III.31.) NM rendelet hatályát veszítette. Az új jogszabály – a szakfelügyelet eredeti célját megtartva, az egészségügyi szolgáltatók szakmai szempontú és szakmabeliek által való ellenőrzését – több tekintetben is jelentősen módosítja az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletének rendszerét. Az ÁNTSZ egyéb felügyeleti és hatósági jogkörétől az eddigieknél alaposabban határozza el. (A rendelet egyébként.2005. május 17-től hatályos. A szakfelügyelői tisztségekre a pályázatok június 23-ig kellett a pályázóknak beadni. A korábbi megbízásuk alapján a ma még szakfelügyelőként dolgozók legkésőbb az esztendő utolsó napjáig lehetnek szakfelügyelők.)

A jövő szakfelügyelői szakfelügyelő főorvosi rangot kapnak. Igaz, nemcsak orvosi szakfelügyelők lesznek, hanem gyógyszerészek, gyógytornászok, védőnők, ápolók stb. Az ápolás, védőnői szolgálat és a gyógyszer-tárak szakmai felügyeletének részletes rendjét más jogszabály határozza meg. Az újonnan létrehozott OSZMK intézményét az ugyancsak új 16/2005.(V.2.) EüM rendelet beépíti az ÁNTSZ működéséről és szervezetéről szóló 7/1991.(IV.26.) NM rendeletbe is.)

1991-től az egészségügyi szolgáltatók működési engedélyeztetése és szakfelügyelete az ÁNTSZ hatáskörébe tartozik, s ezt az 1993-ban megjelent jogszabály szabályozta, nyomában 1030 szakfelügyelő vette fel különböző szinteken a munkát. Bár a rendszer betöltötte a szerepét, azért bizonyos működési problémák adódtak, például, hogy a felügyelet elég statikus volt.

A szakfelügyelők valójában két dolgot csináltak: megnézték, hogy az egészségügyi szolgáltató a minimum-feltételeknek megfelel-e, illetve eseti bejelentéseket, panaszügyeket bíráltak el.

Az egészségügyi alapellátás legjelentősebb szakmáinak – háziorvosi-, házi gyermekorvosi ellátás, iskola- és ifjúság-egészségügy, ápolás, védőnői szolgálat – szakmai felügyelete a jogszabály hatályba lépésétől háromszintű: országos, megyei/fővárosi és városi/fővárosi kerületi szakfelügyeletből állnak, a más szakágakra jellemző regionális szint itt nem található meg.

A szakfelügyeletet ténylegesen ellátó szakorvosok kiválasztásának rendje is módosult. Ennek értelmében jövőben az eddigi egyszerű tiszti főorvosi megbízástól eltérően a tisztségek szintén csak nyertes pályázattal tölthetők be. A pályázatok elbírálásában az érintett szakterület szakmai kollégiuma, továbbá a szakfelügyelet szintjétől függően az országos, illetve a megyei tisztifő-

körűen dokumentált módszertanát, az adaptáció ennek szellemében történt. Az eljárási rendeket kérésünkre a szakmai kollégiumok dolgozták ki, kihirdetésükért pedig szintén mi vállaltuk. Az adaptálás tehát nem merült ki az irányelv ajánlások egyszerű fordításában, a nemzetközi irányelvek kritikus értékelésére nagy gondot fordítottunk. A most kialakított alapelvek fókuszában viszont kétségtelenül az igazságosabb, biztonságosabb és az egész országra kiterjesztett egységes egészségügyi ellátás biztosítása volt a fő szempont, és az, hogy az ellátások alapszabályainak meghatározása elsősorban a betegek biztonságát garantálja.

■ Hogyan történik majd az ellenőrzés?

– Szeretnénk elérni, hogy a jövő év végére az összes betegség 75%-ára legyen új irányelv. A protokollok betartását a most fellépő *szakfelügyeleti rendszer segítségével* kívánjuk ellenőrizni.

■ Mit fed voltaképp ez a szakfelügyeleti rendszer?

– Ez egy új fogalom, ezért célszerű erről bővebben szólnom. Lásd: ► **a.) melléklet**.

■ Végezetül, hogyan jutnak hozzá a szakmai protokollokhoz az érintettek?

– A **72 eljárásrend július 15-én** az Egészségügyi Köz-

orvos vesz részt. A sikeresen pályázókat nyilvántartásba a most létrehozott Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ (OSZMK) veszi, s ugyancsak a szakfelügyelet szintjétől függően az OSZMK, illetve az ÁNTSZ megyei, városi intézeteiben szakfelügyelnek majd. A szakfelügyelőket és munkahelyeiket a tőlük eggyel magasabb szintű szakfelügyelő által kijelölt szakfelügyelő felügyelik. A szakfelügyelő az illetékeségi területén minőségügyi tanácsadói, auditori munkát, továbbá a rendeletben pontosan felsorolt egészségügyi magasabb vezetői tisztséget nem folytathat, nem tölthet be.

A szakfelügyelőknak természetesen munkájuk ellenértékéért díjazás és utazási költségértítés jár. Az új 15/2005.(V.2.) EüM rendelet egyúttal az OSZMK feladatait is részletezi. Mindennek a hatékony, színvonalas és minőségi egészségügyi ellátás elősegítése a célja. Ennek keretében az OSZMK sok egyéb mellett a szakfelügyelői hálózatot módszertanilag irányítja, a szakfelügyelők továbbképzéséről gondoskodik, a szakfelügyelők beszerezte adatokat statisztikai szempontból összegyűjti és értékeli. Munkájához továbbá a minőségügyi ellenőrzés is hozzátartozik.

Az egészségügyi szolgáltatók szakfelügyelő általi vizsgálatára akkor kerülhet sor, ha azt jogszabály előírja, panaszt, konfliktust kell kivizsgálni, illetve az a szakfelügyelő munkatervében szerepel, vagy az OSZMK feladatainak ellátásához elengedhetetlen. A szakfelügyelő az orvosi munka szakszerűségét, eredményességét, minőségét, a jogszabályok és más szakmai szabályok betartását, a személyi és a tárgyi feltételeket, a betegbeutalás-, továbbá az ügyeleti-készenléti ellátás rendjét és összhangját ellenőrzi. A szakfelügyelő ellenőrzésekor az ellenőrzött orvos által is aláírandó jegyzőkönyvet készít. A jogszabály azonban hatósági intézkedésekre nem jogosítja fel. Amennyiben hiányosságokat tapasztal, a tisztí főorvosnak kell jelentenie. Ugyanakkor legsúlyosabb esetekben a tevékenység felfüggesztését, vagy a működési engedély visszavonását is javasolhatja. A tisztifőorvos a jelentést követően vizsgálatot rendel el, majd döntést hoz, s ha más véleményre jut, mint a szakfelügyelő, akkor a két „meglátást” a felettes szervezh köteles továbbítani. A két szakembertől azt is megtudtam, hogy az OSZMK által megadott szempontok alapján a szakfelügyelő munkaterv szerint dolgozik és évenkénti jelentését a felsőbb szintű szakfelügyelőnek, meg a tisztiorvosnak egyaránt el kell küldenie.

Az újonnan létrehozott OSZMK intézményét az ugyancsak új 16/2005.(V.2.) EüM rendelet az ÁNTSZ működéséről és szervezetéről szóló 7/1991.(IV.26.) NM rendeletbe is beépíti.

lőnyben, illetve mellékleteként **CD formátumban is megjelenik**, de bármikor utánrendelhető lesz 200 forintért. A minisztérium az eljárásrendeket nyomtatott formában is eljuttatja valamennyi egészségügyi intézmény könyvtára számára. Egyébként a szakorvosok ezeket a protokollokat már a képzés során megtanulják, és betartásukat a hamarosan létrejövő szakfelügyeleti rendszer ellenőrzi majd. Hiányosságokat tapasztalva a szakfelügyelők felhívják az érintettek figyelmét a problémákra, súlyosabb esetben azonban be is vonhatják a működési engedélyt, vagy akár hosszabb időre el is tilthatják az orvost a praktizálástól. Év végéig szeretnénk további 70-80 szakmai protokollt megjelentetni. A riport elején kérdezte, mi tette aktuálissá a protokollok terén történő lépésváltást? Lenkovic Barnabás hozzánk érkező ombudsmáni kérdésével zárnám beszélgetésünket: nincs valamilyen egységes szabályrendszer, ami megmutatná, hogyan kell viszonyulni az egészségügyben zajló történésekhez és adna a bíróság számára némi zsinóréteket? Hiszen szakértők közreműködésével felperes alperes egyaránt mondja a maga igazát, hát akkor mi. Laikusok, mihez állítsuk a mércét? Nos: a protokoll a mérce!

■ Köszönöm a beszélgetést.

» **Balla M. Anna** «

Azigazság nem manipulálható, nem elhallgatható és sohasem részrehajló.

Az egészségügyi reformoknak csak akkor van értelme, ha a megszólítottak együttesen akarunk cselekedni. Fontos a szociális, gazdasági lemaradás csökkentése, az egészségügyi kulturálatlanság mérséklése, a kommunikációs képességek javítása, de nem elégséges. Feltétlenül szükséges a „kapcsolati hálóépítés” azaz az egészségmegőrzés és ellenőrzés gyakorlatának elterjedése.

A konzervatív tradíciók megszűnése és az elfogulatlan, korrekt tájékoztatás kiszélesítése nélkül nem várható érdemben átalakulás. A betegnek joga a körülmények figyelembe vételével a mérlegelés, a választás, de állampolgári kötelessége az egészséggel kapcsolatos információk közlése, az egyenrangú partnerként való együttműködés. Az elhallgatások, a félreinformálások természetesen nem mentesítő, legfeljebb enyhí-

A szőlés szabadságának szellemében A betegnek is vannak tájékoztatási kötelességei

tő körülmények a gyógyítók számára. Általános igényt fogalmazok meg, mikor kollégáim nevén is kimondom: szeretném, ha a gyógyításhoz feltétlenül szükséges, indokolt kölcsönös bizalom, csak nagyon ritkán bomlana meg.

Hangsúlyozom, hogy még véletlenül sem akarok a tévedések, a hibák bagdatlan prókátora lenni. Arra kívánom felhívni a figyelmet, hogy a gyógyítónak joga és kötelessége a betegek „gyógyuláshoz vagyonyulását” is figyelembe venni. Alig esik ugyanis arról szó, hogy a betegeknek is van tájékoztatási kötelessége és felelőssége. Nem kell bizonyítanom, hogy milyen fontos lehet ez a kezelési szempontból. Gondolom, mindenki által ismert, hogy a

jó anamnézis diagnosztikus értékű, a gyógyítás eredményességét fokozó és szövődmenycsökkentő. Befolyásolja az ellátás idejét, költségeit, a munkába állíthatóságot és a rehabilitációt is. A jó anamnézis, azaz a betegség előtörténetének ismerete nemcsak a szakszerű kikérdeztől de a kérdezett nyíltságától is függ. Itt hangsúlyoznám, hogy a kommunikáció akkor korrekt, ha tudós és folyamatos.

Tudomásom szerint a betegek a tájékoztatási kötelezettségükről igen keveset tudnak, s ez a közös felelősségünk. Az 1972. évi II. törvényt inkább ismerik, de ez még nem szabályozta a betegek tájékoztatási és együttműködési kötelességeit. Átutalta a Ptk-ba, ahol az általános

rendelkezők foglalkoztak érintőlegesen a tudnivalókkal. Ezek szerint a polgári jogok gyakorlása és a kötelességek teljesítése során a felek a jóhiszeműség, a tisztesség alapján működjenek együtt. A kártérítési pereknél kiemeli: „...a károsult a kár elhárítása, illetőleg a csökkentése érdekében úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben elvárható. Nem kell megtéríteni a kárnak azon részét, amely abból származott, hogy a károsult a kötelezettségének nem tett eleget.” Elhallgathatta a betegségének a valóságos körülményeit. (Igaz az egészségügyben ekkor még nem volt kötelező felelősségbiztosítás sem!)

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény már számos új rendelkezést tartalmaz a betegeket az ellátás során megillető jogokról is. Rendelkezik az orvosok és az egészségügyi személyzet jogairól és a betegek kötelezettségeiről is. Részletesen leírja az általános polgári jogi együttműködési kötelezettséget, a beteg és

orvos jogviszony keretei között. Utal arra is, hogy a beteg, amennyiben az egészségi állapota lehetővé teszi, köteles az ellátásban résztvevőkkel együttműködni. Köteles tájékoztatni őket a kórisme megállapításához szükséges adatokról, információkat nyújtani a kezelési tervhez, s a beavatkozások előtt nem hallgathatja el az egészségkárosító tényezőket sem. A beteg tájékoztatási kötelessége tehát törvény által szabályozott, amelynek elmulasztása az általános polgári jogi együttműködési kötelezettség megsértését jelenti. Mindezek összhangban vannak a személyiségi jogokkal, a betegjoggal és az adatvédelmi előírásokkal is.

A konfliktusmentes gyógyításhoz feltétlenül szükséges a kölcsönös tisztélet, megbecsülés és együttérzés. Ezek szellemében kívántam a gondolataimat közreadni, a kölcsönös bizalom erősítésének a szándékával.

Dr. Salamon Sándor orvos-szerkesztő



Születéskor

1.) Pes equinovarus congenitus – dongaláb 0,1%-os gyakorisággal fordul elő hazánkban. Méhen belüli rendellenesség, illetve ún. „csírákárosodás” lehetnek az okai. Ne felejtjük el azt sem, hogy ilyenkor megbomlik az izomegyensúly, ami szintén terápiás indikáció. A kezelés során fontos a korai gipszfelhelyezés a heti cseréléssel, a nedvesség kizárásával, a bőrápolással, a tornával és az izomingerléssel, ami ún. „hátsó gipszsin” segítségével történhet. Az otthoni tornát két formában végezhetjük el: – a sarok fogása és az előláb erőltetése a talp síkjában, vagy; – a lábszár rögzítése + a sarok korrekciós nyomása a talp külső részére.

Öt hónapos konzervatív kezelés után dönthetünk a sebészi beavatkozás szükségességéről. A gyermek fél éves korára kell biztosítani a talpterhelés feltételeit és indokolt az antivarus korrekciós cipő (ami betétes) az ún. belső kéregerősítéssel. A gyermekek éveken át követendő, a kiújulás veszélye miatt. (A másodlagos dongaláb deformitások, mint pl. „myelodysplasia, artrogryphos, stb. nehezen korrigálhatók, műthetők a „talus exstirpáció” segítségével.)

2.) Pes adductus ritkán fordul elő az ún. előláb nál. Jól korrigálható adductus tornával, korrekciós sínnel vagy BEBA-X antivarus cipővel.

3.) Calcaneus – felcsapott láb is tartási eltérés s differenciálandó a hypotoniás agyi sérüléstől. Terápiája a gipsz vagy műanyag sín.

4.) Hasonfekvő tartás a tartós inkubátorban tartotaknál fordulhat elő, feltételezve a hosszas hasonfekvést is. (Lúdtalp előállapot is.) Középen kilyukasztott mosdószivacs lábszárra húzásával érhetünk el eredményt, fontos a kifelé fordult láb tartós nyomása.

5.) Paralysis obstetricalis, szülési felsővégtag bénulás: Erb Duchenne vagy Klumpke típusú lehet. Nincs karmozgás, illetve idővel is mérsékelte a befelé tendáló, következményes zsugorodással. Ezért a torna + a kar ki-, felfelé rögzítése + torna + szelektív ingeráram alapvető a terápiában. (Itt jegyezném meg, hogy ezen betegek segítségét a Gézengúz Alapítvány vállalta fel.) Jó eredményeket értek el rekonstrukciós műtétekkel is.

6.) Torticollis muscularis congenita – ferde fejtartás oka a nehéz szülés utáni bevérvzés, mysternocleimastoideus állományába, duzzanattal és hegképződéssel, torzulásokkal az arcon, s feloldalas tartással. A korrekciós torna preventív, az elhanyagolt esetek műtétre szorulnak, Schanz-galléros rögzítéssel, tornával. Az említett szülési ok kulcsonttörést is okozhat, spontán gyógyulással, callus képződéssel.

7.) Arthrogryphosis multiplex congenita, a kötőszövet zsugorodása révén járásképtelenséget, fogási, önellátási nehézségeket okozott, felső végtagi csukló flexióval, nyújtott könyökkel és váll berotációval. Torna + fizioterápia + gyógyászati eszközök segíthetnek.

8.) Spina bifida, elsősorban a S1-nél gyakori, korán műtendő. Gyakran tüneteket okozó mellékleteként fedezzük fel.

9.) Luxatio coxae congenita – veleszületett csípőficam, azaz dysplasia, minden házi orvosi vizitínél vizsgálandó. Elsősorban lányoknál fordul elő, összességében közel 1,5%-ban, familiáris érintettségnél 5 %-ban is. A szűrés születéskor, 3 hetesen és négy hónaposan kötelező. Jellemzők: a combcsont feje nincs a vápában, bár abdukción során (terpesztés) visszazökkenhet. (Ez a luxatiós repozíciós vagy ortoláni jel.) Előfordulhat instabilitás (ficamodás), az ún. Barlow tünettől. Fizikálisan: ráncasszimetria, tomport tömörttség, az abdukción korlátozottága a figyelmeztető jelek. 2-3 hetes korban ficamos vagy Pavlik-kengyelt kell alkalmazni, 3 hónapon keresztül, 2 hetente ortopéd ellenőrzésekkel. (Tilos a ruhán kívüli viselése, beállítás változtatás.) A helyreállítás után a csípő stabil beilleszkedésével indokolt a kengyel levétele pl. fürdetéskor, alkalmilag mozgáskor. Dysplasiában a rgt-k a mérvadók a vápa meredekség és fejletlenség megítélésében egyaránt. UH-val már az újszülött kortól jól követhető a csípőizület állapota, így az rgt-vel együtt diagnosztikus és indikációs eszközünk. (Utalok a Graf-féle osztályozásra kép és kor szerint.) Ritka az ún. „teratológias ficam esetleges más fejlődési rendellenességekkel együtt, műtéti indikáció. A későn diagnosztizált vagy nem gyógyult csípőficamoknál már fél éves kortól végzik a nyílt feltárást és a vápa kitakarítást, femur

tengelykorrekciókkal: „varizálás és derotáció” néven. Vápa korrekciós műtétekre is sor kerülhet: „Pemberton oszteotómia” pl. 1/2-1 éves korban.

10.) Neuromuszkuláris betegségek zöme a szülés környéki sérülésekből adódik: infantilis cerebrális parézis ICP, stb. a jellemző mozgásirányító, tónus-szabályozó károsodásokkal, izomzsugorodásokkal. A felső végtagon a könyök hajlított, az alkar befelé forgatott és a csukló feszes flekciós helyzetű. Az alsó végtagon a csípő közelítő (adductor), hajlító (flexos), a térden a hajlító-flexos, a saroknál az Achilles izom tónusa a jellemző. Korai felismeréskor a torna segíthet. Járó kortól is torna + segédeszközök, pl. a sarok hátasó ütőközzével készített műanyag sín, a térsapkával megtámasztott járógép, az ortopéd cipő. Fontosak: a járás-tanulás, életvitel átalakítás, fizioterápia. Szükség szerint műtétek, pl. Z-hosszabbítás, csípő adductor izom leválasztás, stb., gipszrögzítésekkel, folyamatos követéssel. (Van-e tónusfokozódás?)

Állás-járás idejétől észlelhető eltérések

Tudjuk, hogy az állás-járás fokozódó terhelést, átrendeződést okoz a mozgásrendszerben, gondoljunk csak a gyermek sarkának belső talpélre fordulására, az ún. „sarokcsont lazaságra”. A túl korai felállás valgus terhelő, amikor a „korrekciós – supináló” cipők segíthetnek, tornáztatással. A növekedésnek tulajdonított térd-lábszár fájdalom okai: izomgörcs, szalagok húzódása, alkalmanként éjszakai fel sírásokkal. Itt segít a supináló cipő, a masszírozás, a torna és a meztláb járatás is.

Kisiskolás kortól figyeljünk a valódi lúdtalpra – pes planovalgus, s szükség szerint betéttel korrigáljuk: gipsz hablenyomat alapján méreteztetve, figyelembe véve az életkort, a súlyt, a szakorvosi javaslatokat. Elhanyagolt esetekben alkalmazzák a Grice műtétet, máskor a Choperi-korrekciót.

1.) Genu varum – O láb állás, genu valum – X térd gyakori, de a fiziológias növekedés során többnyire rendeződő eltérések. O lába bizonyos anyagszerebetegségek: D-vitamin hiány, illetve ritka növekedési elégtelenségek is okozhatnak: M.Blount, tibia vara epiph serea, stb. Dg: Rtg, UH és a nefrológiai laborvizsgálatok segítségével történhet.

2.) Injekciós eredetű extenziós térd kontraktúra, antibiotikum injekciók után kialakuló hegek miatt. Kezdetben jelzés, majd az ún. Bennett műtét a zsugorodások megoldására. Ritkán a m. rectus femoris izolált rövidülése is előfordulhat, ami jól műthető, majd nem gipszelendő, hanem speciális fekvést, tornát igénylő. A patella habituális luxációja sorn a Green műtét lehet sikeres, 4-6 hetes könyökmankózással, fizioterápiával.

Gerinctartási rendellenességek, Scoliosis – gerincferdülés

Állaskor jelentkezhet a laza vállövi izomzat, az előre eső has, a hanyag tartás problémája, amelyeket óvodai-iskolai szűrések során emelhetünk ki. A korai megelőzés lehetőségei: úszás, torna, sportok egyszerű alkalmazása. Diagnosztikus probléma a fokozódó kyposis-domborulat, mert Morbus Scheurman, azaz juvenilis osteochondrosis előjele lehet (rtg-n jól észlelhető). Ilyenkor a porccsont átalakulási területeken a csontosodási régiók meggyengülnek, a csontszerkezet deformálódik idővel rekonstruálódva. A csigolyatest primer betegsége (csontmagvak) kisgyermekkorban: Cavé-betegség, a másodlagos serdülőkorban alakulhat ki. A Morbus-Perthes a femur proximális epifízisének s a metafizisnek a károsodásával jár együtt.

A M.Schlatter-Osgoodban a tibia tuberositás, a Shinz-ben a calcaneus-Achilles-in tapadása, a Köhler I-ben az osynaviculare, a Köhler II-ben a II. metatarsus fej érintett. Gerincnél a Scheurmann korban a csigolyatestek zárlemezeinek a betegségében nagyon fájdalmas a háta a betegnek. A görbület rögzültsége (Rtg. jelek, mint Schmorl-csomók, illetve ékalakú csigolya deformáció a jellemzők.) Terápia: gyógytorna, a merev szakasz fellazító kezelése, úszás, speciális futásmódok a lehetőségek. Fontosak a műanyag fűzők, mint pl. Che-neau, Stagnara, stb. s az iskolai torna felfüggesztése.

Betegségek

1.) Mellkas deformitások, mint a pectus carinatum – tyűkmell, vagy a pectus excavatum – tölcsérmell.

Korai felismerés légző tornával, „csimpaszkodásra késztetés”, hasizomerősítés, majd az úszás. Idővel gyógytornász bevonása, nyújtással végzett sportok és a nagyon elhanyagolt esetekben mellkas sebészeti beavatkozások.

2.) Scoliosis – gerincferdülés, okai, érintettsége és a görbület iránya szerint vannak típusai. Congenitálisan „beékelődött fél, blokk csigolyák”. Később neuromuszkuláris betegségek vagy csontbetegségek okozhatják, pl. arachnodactylia, osteogenezis imperfecta. Jól szűrhetők, s a korai korrekciónál követés, cipőmagasítás, betétek az indokoltak. A balra convex nagyívű dorzolumbalis jóindulatú, szerkezeti eltérés nélküli, funkcionális. Tartással, fizioterápiával, tornával javítható.

3.) Ismeretlen eredetű scoliosis a nemi érés előtt jelentkezik, elsősorban jobbra convex, dorsalis formában, hátí bordapúppal és ellenkező oldali mellkasfal előemelkedéssel. Alattomos a lumbális görbület, mivel nagyfokúnál észlelhető jelentős rotációs csigolyadeformitással, jellemző paravertebrális izom előemelkedéssel. Ritka lokalizációja a háti-ágyéki kettős görbületű. Segít a Cobb fok és a rotáció mértékének a mérése. Úszás és gyógytorna 20 Cobb fokig, fűzővel kombinálva: Boston, Cheneau típusúakkal egyénre szabottan, éveken át. Az eredményességet jól jelzi az ún. Risser-jel, 40-50 Cobb fok után, műtéti korrekció.

4.) Spondylolysis, spondylolsthesis a csigolya izületi nyúlványok hasadécai esetleges csuszamlással: spondylolsthesis. Enyhébb esetekben elegendő az izomköpeny megerősítés. Mások bénulás megelőzésévégett fűző + csigolyák műtéti merevítése, esetleg belső fémrögzítéssel.

Csipőbetegségek a növekedés során

Az egészséges gyerekek sántításának, csípőfájdalmának vagy járásképtelenségének sokszor nincs előzménye. Alapos vizsgálat után azonban megtaláljuk az okokat, amint az alábbiakban erre utalok is.

Lázás állapotok után kialakuló csípőizületi folyadék-gyülem, UH, rgt, MRI-vel diagnosztizálható. Elhanyagolva steril osteonecrosist okozhat, hasonlóan a Perthes kórhoz. Perthes betegség 3-11 éves korban, folyadék-gyülemmel és femur fej károsodással a juvenilis osteochondrosis miatt. Dg., mint előzetesen. Konzervatív kezelés rgt-ggéppel, utánállítással, három havonta mozgás- és rgt-vizsgálattal. Elhanyagolva rossz a prognózis Catterall I-IV. stádiumig bezárulva, tüneti, illetve radikális műtéti lehetőségek.

A serdülőkor végén fellépő combcsontfej elcsúszás függ a növekedési hormonszinttől is. Az epiphyseolysis lenta femoris a lassúb forma lányoknál 11-13, fiúknál 1-315 éves korban a gyakori. Jellemző az adiposogenitális alkat, a Laustein technikájú rgt. Terápia: fektetés, combnyak-csavarozás. Megjegyzendő, hogy a „lúdtalp gyanús serdülők „, panaszai mögött kere-sendők a csípő elváltozások. Ilyen esetem nem volt.

Alsó végtagi elváltozások a növekedés alatt

1.) Patella magas állása – patella allata, elsősorban alkati tulajdonságból adódik, a térd fájdalmával, külső felszíni terheléssel. A porc hiperpressziója porckopást okozhat: chondroarthrit. Kezelése a combizom erősítéséből, tornából, sportolásból adódik. Utóbbinál

fontosak az ún. „lazító gyakorlatok”. Alkalmanként műtét is szükséges: a laterális izületi tok hosszanti behasítása.

2.) Schlatter-Osgod betegség, azaz a Tuberositas tibiae osteochondritis, amikor a sípcsont felső részén a patella innál érzékenység van, nyomásra, illetve terhelésre, pl. guggolásnál. Célserű a térdvédő használata, a sport-torna kiiktatása, esetleg a megmaradt csont-részletek eltávolítása.

3.) Calcaneus apophysitis – sarokcsont osteochondrosis, – kamaszkori sarokfájdalom, oka a rosszul megválasztott cipő (pl. edzőcipő) az Achilles-in túlterhelésével és steril gyulladással (periosztitisz). Célserű a sarok megemelésével a megelőzés.

4.) Congenitális lábszárgörbület – állizület, tratumata után alakulhat ki, de öröklött betegségeket (pl. neurofibromatizis) is kísérhet. A tibia alsó-középső harmadára esik a görbület, s a bőr behúzóda jelzi a csúspontot. A korai korrekció, a rossz keringés – állizület kialakulása miatt – nem célserű. A kóros terület eltávolítandó és a csont hosszas rögzítése a célravezető.

5.) Végtaghossz különbségek 3-15 cm-es méretekkel már komoly problémákat okoznak, míg a kisebbek csípőmagasítással, betétekkel korrigálhatók, s maga a mozgási rendszer is kompenzál (funkcionális jellegű ráségítések).

Mindennaposak az egyszerűbb unilaterális – egy-síkú eszközök, pl. Orthofix, Wagner stb. Az Ilizarov cikuláris tűződrótos és acélgyűrűs, kallusz húzó s kb. 15-20%-os hosszabbítást eredményez, a műtétet után. A rehabilitáció során fontosak: a teljes súllyal való járás, a gyógytorna, a korrekt életmódra való visszatérés.

Daganatos és daganatszerű elváltozások

Sajnos a csontok rosszindulatú daganatai gyakran gyermekkorban jelentkeznek, de gyakoriak a jóindulatúak is.

1.) A juvenilis csont ciszta gyakran panaszmentes s a „rutin” rgt. jelzi az üvegrendszer vagy a patológiás törés. A kezelésre az üregbe adott depot szteroidok váltak be. Kitélődés, punkciók után évek alatt teljes az átépülés.

2.) Hasonló képet ad az ún. aneurizmás csont ciszta, melynek megszűrásokor vér ürül. Panaszmentes és többnyire spontán telődik.

3.) A nem osszifikálódó csont fibróma töréskor derül ki és spontán telődik az évek alatt.

4.) Az exostozisok – csontnevedékek, gyakran familiáris előfordulással, alkalmanként multiplex formában. (A csontkinövések porccal fedettek s eltávolítandók, mert 1%-ban malignizálódhatnak.) Fontos a szoros követés.

5.) Soliter exostozisnál, eltévedt porcisziget indul növekedésnek.

Daganatos gyermekem nem volt.

Összegezve

A család közeli helyzetből adódóan a vegyes körzetben dolgozó házi orvos korán találkozott a gyermekkori ortopédiai kórképekkel. A leggyakoribbakra kíváncsim felhívni a figyelmet, különös tekintettel a diagnosztikára, a szűrésekre.

» Dr. Salamon Sándor orvosszerkesztő, házi orvos «

Az Európai Országok Gyermekorvos Társaságainak Vezető Testülete (UNEPSA) Elnökségi ülése



gyermekellátási területeken; • Iskoláskorú és óvodás gyermekek fogászati ellátása (Zvedek Broukal, Kenneth Eaton). (Ebben a vitában részt vett Prof. Dr Márton Ildikó, a DEOEC FOK dékánja); • Fogyatékosok egészségügyi ellátása (Oláh Éva). Az oktatás képzés harmonizálása, segítése (Oláh Éva). Európai Oktatási kommunikációs hálózat (Kiss Csongor). A neonatológiai ellátás helyzete Európában, teendők (Oláh Éva).

Az UNEPSA elnöksége

Elnök: professor Armido Rubino, Olaszország (University Federico II, Nápoly). Alelnökei: prof. Oláh Éva DEOEC Gyermekklinika, Debrecen, Magyarország; Mehmet Vural, Istanbul, Törökország. Az elnökség tagjai: prof. David Branski, Hadassah University Hospital, Jeruzsalem, Izrael, prof. Manuel Katz, Beer Sheva, Izrael, prof. Jochen Ehrlich, Hannover, Németország, prof. Gerhard Gaedicke, Charité, Berlin, Németország, prof. Jan Janda, Prága, Cseh Köztársaság, prof. Leila Namazova, Moszkva, Oroszország, prof. Daniele Soomelet, Párizs, Franciaország, prof. Zvedek Broukal, Prága, Cseh Köztársaság, prof. Kenneth Eaton, London, Nagy Britannia, prof. Ildikó Márton, DEOEC FOK dékánja, prof. Csongor Kiss, DE OEC Gyermekklinika, dr. Zsófia Mészner, Magyar Gyermekorvosok Társasága elnöke, dr. Szabó László, főorvos, Miskolc, a Magyar Gyermekorvosok Társasága főtiktára.

Nagy megtiszteltetés a magyar gyermekorvoslás és a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségügyi Centruma számára, hogy ez a vezető Európai szervezet Debrecen-t választotta ülése színhelyéül. A 2005. évi gyűlés forduló-pont a vezetőség és a szervezet életében: az Európai Unió kibővülésével sürgetően merülnek fel a feladatok a nem Unió tagállamok helyzetével kapcsolatban. Az UNEPSA elve, hogy Európában ugyanannyi gyermek él az Unióhoz tartozó, mint a nem Unió tagállamokban. A szervezet valamennyiért felelősséget vállal. Minden erőfeszítés és program ezt a célt szolgálja.

Az UNEPSA tevékenysége

Az elmúlt években a gyermekellátás szervezeti felépítését, a gyermekgyógyászati alapelletés helyzetét mérték fel a különböző országokban, s igen nagy heterogenitásra derült fény. (Manuel Katz). Ugyancsak értékelték a vesebetegek ellátásának rendszerét és javaslatot tettek az ellátás javítására (Jochen Ehrlich)

Javaulat a jövőre

• Multicentrikus tanulmányok beindítása a következő



Termálvíz és gyógyítás

► az 1. oldal folytatása

Gyógyturizmusunk a XIX-XX. század folyamán tovább szélesedett, s miután a termálvizek kedvező hatása hamar kiderült, fürdő létesült Hajdúszoboszlón, Zalakaroson és Sárovaron is. Gyógyvizeink nemzetközi elismertségét bizonyítja, hogy 1937-ben a világ 36 országának részvételével a Nemzetközi Termál- és Gyógyfürdők Szövetségének (FITEC) első ülését hazánkban rendezték.

Napjainkban a kormányzat is napirenden tartja az egészségmegőrzés, a prevenció, a terápia egyik eszközének a gyógyfürdők igénybevételét. A Magyar Fürdőszövetség működtet egy irodát – Termálinform Gyógyéletmód Információs és Tanácsadó Iroda – amely Európa legrészletesebb Fürdő-Adatbázisának és Többfunkciós Fürdőkeresőjének üzemeltetője. A www.termalinform.hu és a www.termalinform.com honlapon az Európában található termál- és gyógyfürdőkről, gyógyfürdővel rendelkező szállodákról, vízterápiát alkalmazó gyógyközpontokról,

wellnes központokról, szanatóriumokról gyógy- és termálvizekről tájékozódhat az érdeklődő. A szakmailag igényes és részletes, több szempont szerinti keresőrendszer segítségével tájékozódni lehet a különböző fürdőintézményekben rendelkezésre álló gyógykezelésekről, gyógykúra javallatokról és akciós kúrákinálatokról a szükségleteknek megfelelően. A Név szerinti keresés lebontható különböző tematikai egységekre, mint például a hely, betegség, kezelések, szolgáltatások szerinti keresésre, de mód van akár összetett keresésre is. Ezen kívül lehetőség van kúra de ásványvíz keresésére is.

A többnyelvű kereső használata ingyenes, az információk naprakészek, hiszen a fürdőintézmények maguk önállóan szerkesztik a honlapon olvasható információkat, amit igyekeznek folyamatosan, az aktualitásoknak megfelelően naprakésszé tenni. Például: alkalmazkodva ezen lapszámunk orvosszakmai részéhez a Betegség szerint kereső a Bőr és nyálkahártya betegségek (dermatopathia) terápiájaként 154 adekvát fürdőhelyet hoz fel Európá-

ból, Ausztriától Észtszázagon át egészen Görögorszáig. Közöttük természetesen a hazai gyógyfürdőinket is, amelyet érdemes tanulmányoznunk, hiszen szezonálisan így nyáron kiváló lehetőség adatik – tekintettel arra, hogy a beutaló és kúra igénybevehetősége kötött – mindenki számára elérhető áron igénybevenni.

Magyarországon börtgyógyászati betegségekre javasolt fürdőhelyek: Túrkeve, Strandfürdő, Hegykő: Sára termálfürdő, Bogács Termálfürdő, Mezőtúr: Strandfürdő és Uszoda, Hajdúnánás: Gyógyvízű Fürdő, Hajdúszoboszló: Béke gyógyfürdő, Nagyberény: Oázis Fürdő., Csokonyavisonta: Termál és Strandfürdő, Debrecen: Aquaticum Gyógy és üdülőközpont, Eger: Városi Termálfürdő, Dombóvár- Gunaras: Gyógy és Termálfürdő, Gyöngyös: Strandfürdő, Hajdúszoboszlói Gyógyfürdő, Héviz: Tófürdő, Miskolctapolca: Termál és Barlangfürdő, Püspökladány: Gyógyfürdő, Sárovar: Gyógyfürdő. Rákattintva az egyes fürdőhelyekre további konkrétumokat tudunk meg magáról az adott fürdőhely vizéről, szolgáltatásáról stb. is.

A legkedveltebb gyógyvizek világszerte a termálvizek. A meleg vízben való fürdőzés kétségkívül gyógyhatású. Az ásványvizek többségét ivókúra formájában alkalmazzák, de vannak közöttük fürdőként is hatékonyak. A kénes vízű fürdők – például Aachen (Németország); Baden (Ausztria); White Sulphur Spring (Montana, Egyesült Államok); Mezőkövesd, Harkány, Balf-Sopron, Héviz, Budapest (Magyarország) – izületi kopások és bizonyos bőrbetegségek (pl. pikkelysömör) gyógyítására alkalmasak. A konyhasós (nátrium- és kloridumtartalmú) vízű fürdők (Hajdúszoboszló, Cserkeszőlő) reuma és női szervek betegsége esetén javasoltak, ivókúrákban hurutos megbetegedéseket enyhítenek. Az alkalikus és keserűvizek – például Vichy (Francia-

ország); Ischia (Olaszország); Mariánské Lázně (Csehország); Bükk-szék, Budaörs, Tiszajenő (Magyarország) – hashajtóhatásúak. A jódos, brónos vízű fürdők (Hajdúszoboszló, Gyula, Debrecen, Szolnok) gyulladások felszívódásában nyújtanak segítséget, a radontartalmú fürdővizek (Héviz, Miskolctapolca, Budapest) sokféle biológiai hatása közül a fájdalomcsillapítás a legelfogadottabb. A szénsavas, sokban gazdag vizek – Saratoga Springs (New York állam, Egyesült Államok); Wiesbaden, Baden-Baden (Németország); Balatonfüred, Kékkút, Moha (Magyarország) – reumatikus és neuralgikus, szív- és érbetegségek gyógyításában, valamint a műtéteket követő utókezelésben játszanak szerepet.

Tématallózó

Gyógyfürdőkben élen járunk

Valami, amiben jobbak vagyunk az európai mezőny átlagánál, de azért még lehet javítani. Egy tucat olyan gyógyfürdő van az országban, amely vidáman kiállja az összehasonlítás próbáját. Pedig akármilyen meglepő, még csak nem is vagyunk igazi nagyhatalom, és legjobb fürdőink határon túliak.

■ **Mennyiben vagyunk versenyképesek a fürdővárosainkkal az Unión belül?**

– Magyarországnak a termálvíz adottságai miatt előnye vannak Nyugat-Európával szemben. A nyugat-európai fürdők nem elsősorban gyógyvízre és hévízre alapozódnak, hanem az egyéb gyógyítási technikákra. Igazán gyógyvíze elsősorban Ausztriának és Németországnak van, valamint Spanyolországnak. Franciaországban, Olaszország déli részén vagy Angliában alig, vagy egyáltalán nincs gyógyvíz. Tehát Magyarországnak ez az első nagy előnye – mondta **Ákoshegyi György, az Országos Tisztiorvosi Hivatal Gyógyfürdőügyi Főigazgatóságának vezetője.**

Nyugat-Európában és egyes közép-európai országokban is nagyon széles körben használják a belsőleges, ivókúraszerű használatot, Magyarországon elsősorban a fürdési használat van előtérben. Magyarországon a második világháború előtti időben az ivókúra még sokkal nagyobb teret engedett. A nevezetes fürdőhelyek, mint például Baden-Baden, Karlovy Vary vagy Pöstyén, részben fürdő és nagyobbik részben ivókúrahely. Ami a magyar gyógyászatot illeti, főleg a második világháború után, egyértelműen a mozgássérülések, a mozgásszervi betegségek kezelésére és a reumatikus betegségek kezelésére vagy rehabilitációra, és bizonyos bőrbetegségek kezelésére használják a gyógyvizeket.

■ **Általában kielégítő-e a fürdőink állapota? Hol van fejleszténivalónk?**

– A gyógyászatban nagyon nagy tradíciói vannak Magyarországnak, és óriási előnye számos nyugat-európai országgal szemben. Az egyetemi oktatásban, és főleg a gyakorlati orvosi tapasztalatban minden-

képpen előnyünk van, míg a fürdők felszereltségét és a fürdővárosok milliójét, környezetét illetően, bizony, van behoznivalónk. Fürdővárosaink jelentős része a Széchenyi-terv beindulásakor rendkívül erős lökést kapott, és egy intenzív fejlődés indult meg az elmúlt néhány évben.

Sajnos még a XIX. század végéről tradicionálisan megörökölt fejlettségek, amit Nyugat-Európa bír, és főleg az osztrák, német fürdőhelyek, azok nálunk hiányoznak, hiszen Trianonban el lettek csatolva Magyarországról. Tessék megnézni a magyar fürdővárosokat, nagyon nevezetes, ismert fürdővárosokat: Hajdúszoboszló, Harkány, Bükfürdő, mind a XX. század első harmadától vagy második felében indult fejlődésnek. Azt megelőzően jelentéktelen kisközségek vagy falvak voltak.

■ **Az újabb fürdőhelyek gyógyvíze ugyanolyan minőségű, mint a régebbieké?**

– Magyarországon legalább 10-12-féle gyógyvizet különböztethetünk meg. Nem azonosak a minőségek, ami a gyógyítás fajtáját illeti, de a maga nemében mindegyik kitűnő.

■ **Ha nemzetközi viszonylatban nézzük a magyar fürdőket, akkor megállják-e a helyüket?**

– Gyógyászat tekintetében mindenképpen, a komfortban a még fel nem újított fürdőknek van mit behozniuk, viszont azt bátran állíthatjuk, hogy Magyarországon több mint egy tucat olyan fürdő van, amit bármelyik nyugat-európai ország elirigyl tőlünk. Számos nyugat-európai fürdő műszaki színvonala és szolgáltatása lényegesen gyengébb a magyarországi átlagnál.

» **Diós Judit** «



Megkezdődött a Hévízi Tófürdő épületeinek felújítása

Új minőségű fürdőkultúra a régi tavon

2003-ban, Széchenyi-tervi pályázaton nyert 750 millió forintot a hévízi Szent András Gyógyfürdőkórház a Gyógytó rekonstrukciójára. A pályázat a gyógytavi épületek teljes körű felújítását tartalmazza. A beruházás teljes összege 2 milliárd 30 ezer forint.

Száz évvel ezelőtt kezdődött el Héviz felvirágoztatása. Reischl Vencel 35 évre birtokba vette a Festetics-családtól a Gyógytavat és a körülötte lévő parkot. Ő volt az, aki az északi részen megépíttette a nyári fürdő épületét, a tó közepén és a déli oldalon fürdőházak épültek, valamint elkészült a parkban a főépület is. Valamikor a három épületrész három különböző osztályú fürdőt jelentett. Ez ma már nem így működik: a középső rész a fűtött, téli fürdő, az északi és déli pedig csak nyáron (májustól szeptemberig) működik. Az épületeket úgy alakították ki, hogy az öltözőkből lehetett a tóba belemenni.

A mostani felújítás újraindítja Héviz fürdőkultúráját. Azon túl, hogy megújulnak a fürdőépületek, megváltozik a hasznosítási szerepük is. A tó közepén lévő téliesített épületből az öltözők kikerülnek a déli, illetve a nyugati oldalon lévő bejárathoz, ezáltal a tó közepén egy 2 500 négyzetméteres fürdőház jön létre. Egybefüggő, átlátható tér jelenik meg négy tükörfürdővel. Ezt a

Tématallózó

Elfeledett fürdőink

A közelmúltban mutatták be az új magyar Fürdőalmanachot, amelyet az Országos Széchenyi Könyvtár és a Magyar Fürdőszövetség adott ki. 65 éve nem jelent meg Magyarországon ilyen könyv. A kiadvány első részében a történelmi Magyarország híres fürdőhelyeit mutatja be, történelmi áttekintésben, hiszen ki ne emlékezne Herkulesfürdőre, Félixfürdőre, Tusnádfürdőre, Palicsra, Abbáziába, Pöstyénre. A második része a mai fürdők vizeinek gyógyhatása mellett a létesítmények elérhetőségét, telefonszámát, és honlapjának címét is közli.

■ **A Magyar Fürdőszövetség tart-e valamiféle kapcsolatot a határon kívül maradt híres magyar fürdőkkel?**

– A Magyar Fürdőszövetség európai fürdőkkel is tartja a kapcsolatot az Európai Gyógyfürdő Szövetségen keresztül, éppen ezért a Magyar Fürdőszövetség romániai, szlovéniai, szlovákiai, ausztriai régi magyar fürdőhelyekkel is szívesen felveszi a kapcsolatot, és feladatának tekinti ezeknek a megismerését is – mondta **Horváth Gábor a Magyar Fürdőszövetség elnöke.** Csereutazásokat szerveztünk Erdélybe, Szlovéniába, Szlovákiába, Ausztriába. Megtekintettük az elmúlt években ezeket a fürdőhelyeket és a különböző fejlődési irányokat is össze lehet hasonlítani, hogy a nyugati országhatáron túl lévőek milyen ütemben fejlődnek, illetve a kevésbé tehető vidékeken sajnos a leépülések felhaladnak a fürdők, de reméljük, hogy ez a folyamat megfordul.

■ **Hallgatói kérdést is tolmácsolok most, mert nem régen a Kossuth rádióban volt a gyógyfürdők napja és ekkor kérdezték a hallgatók, hogy beutalóval határon túlra mikor lehet majd menni, ha valaki Szovátára vagy Félixfürdőre, szeretne elmenni?**

– Jelenleg a magyarországi kötelező biztosítás Magyarországon lévő fürdőkkel köt szerződést. Közel száz ilyen hely van Magyarországon, és ma csak ott lehet beváltani a receptet, amit a köztőlógus felírt a betegnek. Jelenleg határon túli szerződése a biztosítónak nincs. Az uniós csatlakozással működik egy szakmai csoport, aki ezen dolgozik, hogy kölcsönösségi alapon hogyan lehet igénybe venni a kötelező biztosítást és ezek közül is

kiemelt a gyógyfürdő szolgáltatás. Meglátjuk, hogy finanszírozható, ellenőrizhető, kezelhető lesz-e majd a határon túli igénybevétel. Ma, akik Magyarországra jönnek külföldről általában kiegészítő egészségbiztosításon keresztül finanszírozzák az itt tartózkodásukat, azok sem az országuk kötelező biztosítása terhére veszik igénybe a magyarországi gyógyfürdőket.

■ **A határon túli híres fürdők a monarchia idejéből emlékeztünkben élő fürdőknek a fényessége, a hírneve mennyire maradt meg maig?**

– Igyekezett elhomályosítani az elmúlt 50 év a jeles értékeket, a hazai nagy történelmi fürdőket és a határon túl lévő fürdőket emlétem – mondta **Nagy Zoltán, az Országos Széchenyi Könyvtár film- és fényképtár munkatársa, a kötet szerkesztője.** Emlékeztünkben él Pöstyénfürdő, Bártfa, Tencsénytelep, Félixfürdő, Nagyvárad mellett Herkulesfürdő, vagy a nagyon közkedvelt délvidéki Palics, de gondolhatunk a tengermellékre is, Fiuméra, Abbáziára, vagy kevesen ismerik a Szlavóniába lévő Lipik fürdőt és így térhetünk vissza Örvidékre, Radványra.

Ezek a fürdők búvópatakként túlélték a nagy háborúkat, a nagy elfeledtetést. Szeretnék egy jó példát kiemelni: itt van Délvidéken, Szabadka közelében Palics, amelyiknek a zenei élete, színházi élete, kultúrája nagyon ismert volt. Köszönhet annak is, hogy Szabadka magyar városvezetése az elmúlt 15-20 évben megpróbált valamit visszaállítani abból a század eleji állapotból, amikor külön női fürdő, férfi fürdő volt. Nagyon szép és jeles épület volt. A főépületet, amelyet a kötet is közül visszaállították, csak sajnos villamos nem visz ki úgy, mint annak idején. Azt lehet mondani, hogy ma hangulatában visszaállt a palicsi fürdő teljes képe. Pöstyén és Szováta is a felvirágzás területére jutott, Pöstyénben a régi gyönyörű épületeket felújították. Nagy fejlődés most az erdélyi fürdőkre vár első sorban, Szovátára, a Medve-tó környékén lévő gyönyörű faszerkezetes épületekre. Ezeknek a teljes képanyagát igyekeztünk a kötetben bemutatni, így adva méltó elismerést az elmúlt nagy, fényes korszaknak.

» **Dormán László (MR)** «

Tématallózó

A gyógyfürdő kezelési klinikai eredményessége és költséghatékonyasága osteoarthritisben

A Naiade Italian Project eredményei

A Naiade Project az olasz egészségügyi minisztérium 1994. decemberi határozata alapján indult útnak. A projekt célja volt, hogy különböző körképekben objektíven értékelje és definiálja a gyógyvizes kezelések terápiás szerepét. Jelen összefoglaló keretében szerzők az osteoarthritis terápiájával kapcsolatos adatokat mutatták be.

A tanulmány keretében az osteoarthritis (OA) beteg állapotát két egymást követő éven keresztül kísérték figyelemmel. Az első évben 11437, primer vagy szekunder osteoarthritisben szenvedő beteg részvételével kezdtek meg a vizsgálatot. A második évben már csak 6111 beteg állapotát tudták regisztrálni (53,4%). Valamennyi OA beteg a két év során évente egy ciklus balneoterápiában és iszappakolós kezelésben részesült. A gyógyvizes kezelést 98 olasz gyógyfürdőben vehették igénybe a betegek. A beváltott fürdők között szerepelt kénes-, NaCl-bróm-jód tartalmú-, szulfátos-, és bikarbonátos vízű is. A vizsgálat során nyert adatok megerősítették az OA betegek esetében alkalmazott gyógyvizes kezelések klinikai eredményességét.

Kifejezetten hatékonyak bizonyultak a kezelések a cervicalis- és lumbalis régióra lokalizálódó osteoarthritis panaszok kezelése során. A megfelelő szocio-ekonomiai indikátorok értékelése szerint a terápia előnyös hatásai tartósan bizonyultak. A Naiade Project adatai szerint OA betegekben a kezelés eredményeként szignifikánsan csökkent a más típusú kezelés (hospitalizáció, fizikális- és gyógyszeres terápia) iránti igény, valamint a betegség miatti munkakiesés. A vizsgálat megerősítette, hogy osteoarthritisben eredményesen alkalmazható a gyógyvizes kezelés.



az Alföld gyöngye Orosháza-Gyopárosfürdő

Az apropó

Tombol a nyár, rekordmelegek születnek. Egyetlen kapaszkodó csupán a robbanásokkal teli agresszív világunkban, hogy 1994-ben is 38 °C fölé kúszott hazánkban a hőmérő higanyszála és mégsem jósoltunk világvégét, sőt még az ózonlyuk okozta elsivatagosodás réme sem jött számításba. Barátom segítő szándékkal javasolja: neked a lapkészítésnél nem lehet uborkaszegzon, mert most hallom épp a rádióban: a jövő világhatalma az lesz, aki az ivóvízzel rendelkezik, nem az olajjal. Mi magyarok valóban gazdagok vagyunk ezen a téren, de talán a vízkérdéssel is úgy vagyunk, mint az egészséggel: csak akkor értékeljük, amikor már fogyóban.

Maradva a víznél: nem csak ivóvíz készletünkkel és annak minőségével vagyunk a világsők között, hanem annak gyógyító válfájával: a termálvizekkel is. Szinte egész országunk alatt bugyog az áldásos meleg víz. Gyomorra, mozgásra, meddőségre, ivókúráként, vagy ülfürdőben évszázados népi megfigyeléssel, mára már tudományos szakmai vizsgálatokkal is igazolt terápiaként használjuk e természetes gyógymódot. Egyes kísérletek tanúsága szerint a balneoterápiás kezelések akár 70%-kal is csökkenthetik a gyógyszerfelhasználást. A gyógyfürdők szolgáltatásainak egy részét tb-támogatással is igénybe vehetjük az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral (OEP) szerződött szolgáltatóknál. Igaz, csak akkor, ha már szenvedünk valamilyen mozgásszervi betegségben. A megelőzést nem támogatja a kormányzat, bár folynak erre is kísérletek. Az igaz, hogy egyelőre más vonatkozásban. De végül is, ha a kormánysszövívő irodától most kapott értesítésre gondolok – „Tisztelt Szerkesztőség! Tájékoztatluk Önöket, hogy az sms voks akció harmadik heti kérdése a következő: Ma mindenki ugyanolyan egészségügyi ellátást kap, függetlenül attól, hogy részt vett-e ingyenes szűrővizsgálaton. Ön előnyben részesítené-e azokat, akik rendszeresen elmennek szűrésre? Igen(i)/Nem(2)” – akkor talán jó úton haladunk és azt fogják preferálni, ha egészségesek maradunk. Végül is erről szólna a Wellness téma, egyelőre még önfinanszírozással, bár a kiegészítő pénztárként funkcionáló *egészségpénztárak hazai rohamos fejlődése jelzi: valami alakulóban. (* Lásd a 7. oldalt)

E hosszas bevezető után rátérve a lényegre: főszerkesztőként evidens lett számomra, hogy a nyári Látleletben fürdőblokk gyanánt gyógyfürdőinkkel foglalkozzam, s olyan gyógyfürdőt mutassak be, ahol a gyógyászat és az élmény egyszerre adott és az objektum talán kevésbé ismert. Így esett választásom az „Alföld gyöngyére”: Orosháza-Gyopárosfürdőre.

Meglévő ismereteim

Azt tudtam, hogy Orosháza Városi Önkormányzat kórháza Békés megye lakosságának egyharmadát látja el és a kórházban a korszerű betegellátás valamennyi feltétele adott. Sőt 1992-98 között a megváltozott egészségügyi feltételeknek megfelelően korszerűsítették. CT, laboratórium, Sür-

gősségi Traumatológiai állomás, Dialízis-állomás, 11 klinikai osztály, diagnosztikus ellátó osztály, korszerűen felszerelt Vértelátó Állomás, intenzív osztály, koronáriaórző, 24 járóbeteg ellátás, műtők, az intézethez tartozó alapellátás 12 felnőtt, 6 gyermek, 5 fogorvosi ellátással mind a kornak megfelelő igények szerinti XXI. századi egészségügyi ellátást fémjelzik. Közben az egészségügyi ellátás színvonala akkreditált minőségbiztosítással garantált és a kórház gazdálkodása rentábilis, ami nem kis dolog a hazai egészségügyben manapság. Azt is tudtam, hogy 2000-ben átadásra került Orosházától 3 km-re a Gyopárosfürdő Fizikoterápiás Centrum, ami a kórház kihelyezett Balneo és Fizikoterápiás Intézete. És felderengett, valamikor a századfordulón Gyopárosfürdő az Alföld egyik kedvenc fürdőhelye volt, gyógyvizének jótékony hatása külföldön is ismertté tette, különösen a franciák kedvelték. Az 50-es években hanyatlani kezdett, talán egy félreértelmezett ideológia – az elegáns fürdőhely őr csökevény – a fürdőhelyet elnéptelentette, csak a háború viszontagságait túlélő egy-két villa maradt meg mementónak. Napjainkra viszont újra felfedezték és a fürdőhely reneszánszát éli.

Szándék és tett

Felhívtam a kórház igazgató főorvosát, jelezvén, hogy szeretném bemutatni a gyógyfürdő centrumot. És kérdeztem: tud-e még valami kiegészítőt mondani az interneten találtakhoz? Dr. med. habil Gervain Mihály igazgató főorvost meglepте kérdésem. – Maga úgy akar minket bemutatni, hogy nem jön le személyesen? Azt gondolja, hogy némi kis melegvízben vizesborogatást csinálunk gyógyászati központ címen? Gyopárosfürdő természetes alkáli-hidrogénkarbonátos vize bizonyítottan alkalmas mozgásszervi, reumás és izületi bántalmak, nőgyógyászati panaszok gyógyítására, balesetek, műtétek utáni rehabilitációs kezelésre, de a gyógyvíz gyógyerejére alapozva teljes körű szakorvosi ellátást, fiziko, elektro és balneoterápiás gyógykezelést, s ehhez megfelelő asszisztenciát biztosítunk egy rendkívül korszerű, méreteiben is nagy és elegáns centrumban. Az ott dolgozó orvosaink száma meghaladja a nyolc főt és tudományos munkásságuk is közrejátszik abban, hogy mára országos jelentőségű A. kategóriás gyógyfürdők között tartják számon Gyopáros! Nálunk is dúlnak ugyan a szabadságolások, az én időm is meglehetősen szoros, de komoly tudósítást készíteni csak személyesen lehet és szabad!

Elszégyelltem magam és másnap az Orosházi Városi Kórházban voltam.

Egy kis politika...

A Főigazgató befejezte az urológiai szakrendelését, pontban 10-kor az igazgatóiban fogadott. Bár hamarosan kezdődött a főorvosi értekezlet, kávé és üdítő mellett tömör aktuálpolitikával nyitott: – Örülök, hogy jöttök, Orosháza nincs annyira messze a fővárostól, hogy internet segítségével marostól bennünket. Betegszállító kisbusz viszi ki magukat

Gyopárosra, mint ahogy a betegeket. Ott Hegedűs főorvos megmutat maguknak mindent. De ha már itt vannak és mivel lapjuk egészségpolitikai szaklap is, négy témát vetnék fel közvetítésre Önöknek és örülnék, ha olvashatnám lapjukban az illetékesek válaszát. Önöknek van lehetőségük a kérdésre, valahogy ebben is látom egy szaklap létjogosultságát. Tehát:

a.) Pályázatoknál miért nem részesülnek előnyben azok a kórházak, akiknél az utóbbi időben nincs veszteség? Melege van ugye? Pedig megtehetném, hogy légkondit szerelek fel itt az igazgatóiban, vagy akár a főorvosiban, luxus fürdőszobával ékesítem tartózkodási helyem, vagy akkorára duzzasztom fel a menedzsmentet, hogy magát itt most diszkoszorú várja! Szerényen élünk itt mi mindannyian, mert nem az a fontos, hogy milyen luxust szakítok ki magamnak, hanem, hogy mindent tudjak biztosítani a betegnek és addig nyújtózak, amíg a takaróm ér. Ki tudunk jönni az összegből, amit kapunk, az igaz, hogy szűkösen, de nem termelünk veszteséget és WC papír is jut a betegnek.

b.) Miért 5% az energiaigény, amit minden reggel le kell adnom és ha plussz-mínusz keletkezik akkor büntetőáron fizetem a többletet és mindezt még ÁFA-val tüpírozva? Nem vagyunk meteorológusok, honnan tudjam, hogy délre nem esik le úgy a hőmérő, vagy akár fel, hogy az befolyásolja a tervezett hőszolgáltatást? Vagy hagyjam a frissen operáltat kiszolgáltatva a tervnek?

c.) Miért kell 2 millió forint felett közbeszerzést kiírnom? Ez egy kórház életében piti összeg és a kiírást tegyem közzé a Közbeszerzési Értesítőben, ami nem közzététel, hanem ÁFA-val kiszámlázott hirdetési ár és ők szabják meg a felület nagyságát olyan áron, ami elkepesztől Örült összegek mennek így ki az ablakon, aminek semmi köze nincs a gazdálkodáshoz. Micsoda piacconformitás ez? Miért hagyja ezt a tárca és miért nem lép közbe?

d.) A/4-es papírra egy évben 10-12 millió forintot költünk el, mert informatikai rendszer ide vagy oda, mindent dokumentálni kell. Szerintem azért, mert az ellenőrzés jobban szeret papírból dolgozni, nem működik a számítógépes automatizmusa. Én megfogom az aprópénzt és hadakozom a pazarlás ellen. Ez a papírkérdés csak a szemétkosarat aktivizálja, de azt nagyon. Ez a téma talán már nem is kérdés, mert léptem ez ügyben és pozitív visszaigazolást kaptam. Itt volt a tárca vezetése a legmagasabb szintről és azt mondták: ha működik, állnak elébe. Ez számomra sikertörténet lenne és akkor példaként meg is írhatná: „Forrás a szemétkosárból” címen.

Itt befejeztük a forintok elméleti görgetéseit, mert indult a menetrend szerint közlekedő betegszállító kisbusz Gyopárosfürdőre.

Búcsúzóul még átadott Gervain főigazgató közlésre egy általa készített „Csontbiokémiai folyamatok metasztatizáló prostata carcinóma kezeléséről” szóló tanulmányt, amelynek publikálását már a folyosón egyeztetttük a novemberi tematikus lapszámunkba.

AGYOPÁROSI GYÓGY ÉS TERMÁLFÜRDŐ önálló, magas színvonalú gyógyászati részleggel – az Orosházi Városi Kórház kihelyezett részeként – képzett szakemberekkel működik. A **Fiziko- és Balneoterápiás Központ** korszerű gyógyászati berendezésekkel és hatékony gyógyászati eljárásokkal várja a gyógyulni vágyókat, beutaltakat. A betegek állapotuknak és a betegség típusuknak megfelelő, egyénre szabott, komplex terápiát kapnak. A **Gyopárosi gyógykúra időtartama 2-3 hét**, melynek során a gyopárosi gyógyvíz természet adta hatását fokozzák különböző gyógyászati eljárásokkal, illetve korszerű természetgyógyászati módszerekkel.

A Gyógyászati Centrum előtt **Dr. Hegedűs Béla** reumatológus főorvos és **Gera Krisztián** a gyógyfürdő marketingvezetője várnak. A hőség rekkenő, már már elviselhetetlen. Orvos-útítársam vászon-szerelése testére tapad, hátán óriási folt jelzi: hőháztartása beindult. Arcáról gyöngyözve hullik alá a verejték, igazából nem is tud aktív lenni, mert létét veszélyezteti a júliusi kánikula. Dél van, közeledünk a 40 °C felé, testem egygyé válik ruhámmal valamiféle megmagyarázhatatlan divat egyvelegeként. Miközben kalauzaím maguk a megtestesült elegancia. Mintha nem is egy légtérben élnénk. Hallgatom: A **gyopárosi gyógyvíz nátriumot, kalcium-karbonátot, vasat, jódot, meszet, és különféle ásványi sókat tartalmaz**. Nátrium tartalma miatt a víz elsősorban nőgyógyászati megbetegedések kezelésére alkalmas, de emellett a reumatikus panaszokat is megszünteti. Kalcium-magnézium hidrogénkarbonátos tartalma vérkeringési szervek megbetegedései ellen mutatott ki jó eredményeket. Vastartalma adekvát jól alkalmazható krónikus nőgyógyászati gyulladásokra, **sőt erős bőringerlő hatása miatt bőrbetegségek gyógyítására is alkalmas**. Jód tartalma intenzív biológiai hatású, ezért alkalmas reumás, mozgásszervi bántalmak gyógyítására. Mész tartalma által sikeresen alkalmazható a vérkeringési szervek megbetegedése ellen. **Sőtartalma miatt igen erős ingerlő hatása a bőrre**, de jó hatást fejt ki az idegrendszer útján az emberi szervezet legkülső felületén működésére.

– **Reumatológiai kórképek, izületi kopásos megbetegedések, balesetek, műtétek utáni állapotok, gerinc kopásos megbetegedései, porckorong-bántalmak, testtartási problémák, scoliosis, krónikus izületi gyulladások inaktív stádiumai, idegszabák, idegfájdalmak, bénulásos állapotok, érszűkület, periferiás keringési zavarok, nőgyógyászati gyulladásos panaszok kezelésére alkalmas centrumunk** – összegzi a javallatokat dr. Hegedűs Béla reumatológus főorvos. **78 támogatással igénybe vehető szolgáltatásaink: a 18 év alatti csoportos gyógyúszás, gyógyvízes gyógymedence, gyógyvízes kád-fürdő, komplex fürdőgyógyászati ellátás, orvosi gyógymasszázs, súlyfürdő, szénsavas fürdő, víz alatti csoportos gyógytorna, víz alatti sugármasszázs.**

Fizioterápiás szolgáltatásaink: **komplex fizioterápiás részleg, balneoterápia** (medenceterápia, kád-fürdő, szénsavas kád-fürdő), **hidroterápia** (súlyfürdő, víz alatti víz-sugár-masszázs, örvényfürdő, pezsgőfürdő, hidrexor), **mechanoterápia** (egyéni és csoportos gyógytorna, subaqualis gyógytorna, scoliosis, inkontinencia

torna, gyógymasszázs, frissítő és sportmasszázs, aquaerobic), **aquafitness, elektroterápia** (galván, rekeszes galván, diadynamic, iontoforézis, rövidhullám, szelektív inger-áram, ultrahang, interferencia, magnetoterápia, krioterápia, TENS, magnevit-mágneses-elektromos-akupunktúrás kezelés, biorezonanciás kezelés, lézer-akupunktúra). Rajtam kívül még két reumatológus kolléga: **Lakatos László** főorvos és **Kis Sándor** szakorvos dolgoznak centrumunkban. Továbbá ortopéd és mozgásszervi-rehabilitációs főorvosunk **Varga Ákos**, traumatológus szakorvosunk – ki viszi a térdambuláns rendelést is – **Hehl István**, fájdalomambulanciás rendelésünket **Mustárdy Ildikó** aneszteziológus főorvosunk látja el, **Török Ágnes** neurológus szakorvos viszi az agyi vasculáris ambulanciánkat. Gyermekgyógyászunk **Kalydy Antónia** aki lézer-akupunktúrás szakorvos is és van vezető gyógytornászunk is **Szabó Gábor** személyében.

– **15 darab célirányos medencében végezzük a gyógykezeléseinket és finanszírozó partnereink között megtaláljuk szép számmal az önkéntes egészségpénztárakat is** – tájékoztat főorvos kísérőnk az objektum körbejárása közben. Befejezésül elmondja, hogy napi 220-250 beteg kezelést végzik. Ez havonta 25000-35000 kezelést jelent. Tudományos munkásságukkal is igyekeznek jelen lenni a hazai egészségügyben. Egyéb-ként néki a laserkezelések hatásmechanizmusának kutatása a vezető témája.

Búcsúzva a külön egységet képező Gyógyászati Centrumtól **Gera Krisztián** marketingvezetőt megkísérli bemutatni nekünk a Park és élményfürdőt. Bár a már-már elviselhetetlen meleg és a 10 hektáron elterülő fürdő monumentalitása határt szab ismeretszerzésünknek, azért arra elég, hogy fogalmunk legyen a három-generációs kikapcsolódást biztosító park és élményfürdő méreteinek befogadására. Az év minden napján nyitva tartó, több, mint hatezer négyzetméter alapterületen elhelyezkedő élményfürdőben 3 kültéri és 4 beltéri vízforgatásos, élményelemekkel teli medence- sodrófolyosók, nyakzuhanyok, ülő és fekvőmasszázsok, gejzírek, bugzárak és két óriáscsúszda várja a látogatókat, melynek legfőbb értékét a természetes környezet – a hármas törendszert –, a terület adta tágas pihenőterek és szolgáltatások széles választéka adja. Az élményfürdő térségében egyedülálló Szauna-parkban nyolc hagyományos és különleges szauna (fényszerápiás, aromakabin, danáriumi, gőzkabin, infrakabin, finn szauna) mellett pezsgőmedence, csobbanó medence pihenőterasz, szolárium és masszázis biztosítja a kikapcsolódást és a regenerálódást. És akkor még nem beszéltünk a korábban már meglévő 50 m-es uszoda, a gyógymedencék és a régi, de igen kellemes kinti és zárt, a parkfürdő részét képező medencékről.

A víztornyóból kialakított Panoráma-kilátóról – ami egyben múzeumként is működik – csodálatos kék tárlat élénk. A látvány igazolja: nincs nagyobb művész a természetnél. A kacsaringós belső lépcsők fordulóiban okos emberi látás és gondolkodás őrzi meg és egységesíti a jelen számára a múltat. Az elsárgult régi fényképek alkotta kiállítás jelen nekünk: múltunk nélkül nem létezhet jelenünk. Amit viszont fejleszteni: kötelességünk.

A Látlelet szerény létevel és lehetőségeivel a látottakhoz csak gratulálni tud. De azt a legnagyobb elismeréssel és ezúton kér elnézést azért a morbid ötletért, hogy gyakorlati tapasztalat nélkül akarta publikálni Gyopárosfürdő egyedi értékét.



Tématallózó

Nagyobb teret kaphatnak az önkéntes pénztárak

Nagy lehetőséget jelenthet az önkéntes egészségpénztáraknak a társadalombiztosítási (tb) rendszer tervezett átalakítása. A száz lépés programjából a 21 egészségügyi lépés kulcseleme, hogy a jelenlegi rendszert egy háromlépcsős valódi tb-rendszer váltsa fel. Eszerint azokat a szolgáltatásokat, amelyeket a közmegegyezés szerint nem az államnak kell megtérítenie, kiegészítő egészségbiztosításként vásárolhatják meg azok, akik igényt tartanak rá. A kiegészítő egészségpénztárak tagjai jelenleg zömében olyan cégek alkalmazottai, amelyek természetbeni juttatásként, bérkiegészítésként vásárolják meg a szolgáltatást a dolgozóknak. Az illetékesek szerint az ágazat sikeres-

sége - a taglétszám és a pénzforgalom folyamatos növekedése - jelenleg a hatályos adótörvényeknek köszönhető: a vállalatok az egyéb járulékok által nem terhelt befizetéseket a mindenkori minimálbér összegéig költségként elszámolhatják. A tb átalakítása után azonban fontosabb tényező lehet a pénztárak eredményességében, hogy miként tudják bővíteni szolgáltatói hátterüket, hiszen az a pénztár, amely a legjobb szolgáltatókat tudja maga mögött, nagyobb eséllyel pályázhat majd az újabb pénztártagok belépésére. Tavaly 44 egészségpénztár működött a piacon, összesen 375 ezer taggal, a szolgáltatást igénybevevők 75%-át azonban kilenc pénztár koncentrálja, ezek

kezelik a szektorban felhalmozott vagyon 84%-át. A legnagyobb – egyelőre megválaszolatlan – kérdés, hogy mi számít majd extra szolgáltatásnak, azaz mit lehet majd a kiegészítő egészségpénztárokon keresztül megvásárolni. A pénztárak nagy szerepet játszhatnak a megelőzésben, illetve az egészségtudat formálásában, emellett lehetővé tehetnek olyan új egészségügyi szolgáltatásokat, amelyeket nem támogat majd a tb. A kiemelt hotelszolgáltatás mellett a folyamatos szakorvosi felügyeletet nem igénylő utógondozásban, illetve a rehabilitációban is kaphatnának szerepet.

(szerkesztőségi összeállítás)

1.) AZ ENSZ 15 ÉVE TÁMOGATJA EGÉSZSÉGPÉNZTÁRAK ALAPÍTÁSÁT MAGYARORSZÁGON - MIERT?

1. Az egységes társadalombiztosítási finanszírozást önkéntes kiegészítő finanszírozó szervezetekkel lehet hatékonyra tenni, erre legalkalmasabbak a francia mintájú egészségpénztárak.
2. Európában az egészségpénztárak, mintegy 160 millió tagot képviselnek. Franciaországban, ahol a lakosság többsége tagja az egészségpénztáraknak, a WHO 2000 jelentése szerint legköltséghatékonyabb az egészségfinanszírozás.
3. Az egészségpénztárak egyesületekhez hasonló szervezetek, amelyek tagjai csak természetes személyek lehetnek (az egyesületi tagok lehetnek jogi személyek is).
4. A pénztár tagok a tagság jogán a pénztárak tulajdonosai és kedvezményezettjei is. A pénztárak önkormányzati működése a tagok aktív közreműködését jelenti. Az egészségpénztárak különösen alkalmasak a megelőzésre, mivel kiegészítik a társadalombiztosítást és a tagoknak egészségük megtartása iránti felelősségére épülnek, érdekközösség alapján.

Egészség-pénztárak Magyarországon

Dr. Skrabski Árpád
Magyar Pénztárszövetség elnöke
www.mpszov.hu

2.) A megelőzést célzó intervenció diagramja



3.) Az egészségpénztáraknak kulcsszerep jut a megelőzésben

Minden korosztály	Az egészségpénztárak elérik a még nem beteg de nagy kockázatoknak kitett személyeket
Önaktivitás	A pénztár tagság vállalkozó készsége, hogy "fogjunk össze és védjük meg az egészségünket saját magunk" jelentős védőfaktor
Gyógyító közösség	A személy mögött álló közösség "community as provider" bizonyítottan jelentős védőfaktor, az igényes munkáltatók ezért támogatják.
Társadalmi tőke	Az egészségpénztárak képesek a társadalmi tőke növelésére, ami bizonyított védőfaktor. A svéd népegészségügyi program 1. pontja a társadalmi tőke erősítése

4.) Az egészségpénztárak szerepe a költség-hatékonyságban és a piaci viszonyok erősítésében

A pénztártagoknak mint a pénztárak tulajdonosainak anyagi érdeke az értékarányos ár, a költséghatékonyság.

Hálapénz kiváltása	Az egészségpénztárak a hálapénz helyett teljesítmény arányos díjazást tesznek lehetővé, bevonva a hálapénz összegét a finanszírozásba.
Egyéni egészség-megőrző program	A magyar egészségpénztárak felmérik tagjaik egészségi állapotát, személyre szabott egészségprogramot ajánlanak, ennek keretében javaslatot tesznek a célirányos gyógyszer felhasználásra, részben finanszírozzák és irányítják a tagok ellátását.
Árkontroll	Amennyiben a pénztárak tulajdonába vagy kezelésébe kerül a szolgáltatások 10 %-a ezzel hatékony árszabályozást képesek megvalósítani.

5.) Az egészségpénztárak egyedülálló szerepe az alkotmányos jogok biztosításában

Forrás bevonás	Az egészségpénztárak forrást vonnak be az egészségügyi ellátásban miközben a társadalombiztosításból nem vonnak el forrásokat és nem vonnak ki profitot.
Szükségletek kielégítése	Az egészségpénztárak kielégítik a társadalombiztosítás által kielégítetlenül hagyott szükségleteket.
Politikai feszültség csökkentése	Az egészségpénztárak állami felelősséget vállalnak át, így csökkentik az egészségüggyel kapcsolatos politikai feszültségeket. Az állam ezért adókedvezményekkel támogatja az egészségpénztárakat.

6.) BIZTOSÍTÁS - TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS

1. A vagyonbiztosításnál a fizetőképesség legtöbbször egyenesen arányos a kockázattal és a biztosítási díjjal.
2. Az egészségbiztosításnál a kockázat és ennek alapján megállapított díj fordítva arányos a fizetőképességgel. A kockázat alapú díjmeghatározás tömegek kirekesztését jelenti az ellátó rendszerekből.
3. Az egészségbiztosítás terén a kockázat alapú biztosítási díjmegállapítás helyett társadalombiztosítás céljából alkotott biztosításmatematikai eljárásokat és díjmeghatározást kell alkalmazni!
4. Az egészségpénztáraknál egyéni egészségvédő, kockázat kezelő programokkal kell az egészségi állapotot javítani - szinten tartani!

7.)

A bizalmi szint	nincs		Közepes		Magas
NYUGDÍJ					
társ.bizt.1995	18%	6%	12%	11%	53%
társ.bizt.2002	4%	3%	6%	15%	72%
önk.pénztár.1995	45%	12%	14%	14%	15%
önk.pénztár.2002	47%	8%	10%	18%	17%
EGÉSZSÉG					
társ.bizt.1995	17%	6%	10%	12%	55%
társ.biz.2002	4%	2%	6%	20%	68%
önk.pénztár.1995	39%	13%	16%	15%	17%
önk.pénztár.2002	56%	9%	12%	14%	9%

8.)

Egészségpénztárak

év	2001	2002	2003
Tagság ezer	108	151	210
Tőke millió Ft	6284	8984	13222
Szolgáltatás millió Ft	3324	5512	9217

Dr. Hegedűs Béla
Városi Önkormányzat Kórháza, Orosháza

Battonya az Alföld délkeleti részén helyezkedik el. A város 6762 lakost számlál. A városban 1991 óta napi 6 órában jól felszerelt fizikoterápia, 2001 óta heti 4 órában reumatológiai szakrendelés működik. A térségben a mozgásszervi megbetegedések fokozottan jelentkeznek, ellátásuk mind a táppénzes napok számának csökkenése, mind a rehabilitáció és az egészség megőrzése céljából elsőrendű fontosságú. A battonyai fürdő évtizedek óta kedvelt a környék lakossága körében. Az 1979-ben fűtött K-138 számú kút hőfoka és ásványanyag tartalma jelentékeny ezért gondoltuk, hogy a betegek komplex balneo-, fizioterápiás kezelését helyben megoldhatjuk, amennyiben a termálvíz gyógyhatását bizonyítani tudjuk. Ezen szempontok figyelembevételével vizsgáltuk a battonyai fürdő K-138 számú termálvizes kútjának gyógyhatását 60 degeneratív eredetű, deréktáji fájdalomban szenvedő betegnél.

A BATTONYAI K-138 SZÁMÚ KÚT VIZÉNEK JELLEMZŐI
A K-138 számú kút vize az OKI vizsgálata szerint igen nagy ásványanyag tartalmú nátrium-hidrogénkarbonátos termálvíz, mely kloridos típusú jelentős jodid tartalmú termális víz, amelynek bromid és metakovaszav tartalma is határértékhez közeli, amely a 74/1999 (XII. 25.) Eü. M. rendelet szerint fürdővízként (külsőleg) történő felhasználásra ásványvíznek minősül. A víz sárgás színű, kátrány szagú, hőmérséklete 46 °C.

Beteganyag és módszer

A vizsgálathoz középsúlyos degeneratív gerinc betegségben szenvedő betegeket választottunk ki. A részvétel kizáró okaként gyulladáso mozgásszervi betegségek, daganatos betegségek, cardialis elégtelenség, keringési elégtelenség, hypertonia szerepeltek. A betegeinket a fürdetés céljáról tájékoztattuk. A betegek belegegyezsüket adták a vizsgálat sorozatba, melyet aláírásukkal igazoltak. A fürdőkezelés idején egyéb fizioterápiát nem alkalmaztunk, tehát a kezelés monoterápiát jelentett. Betegeinknek a korábban szedett nem szteroid ntrirheumaticumok illetve az izomrelaxansok szedését megengedtük.
Ezen gyógyszerek elhagyása vagy továbbszedése a vizsgálat egyik objektív tényezőjét jelentette. Steroidot egyéb betegségre sem szedett egyik betegünk sem. Betegeink battonyai lakosok köréből kerültek ki, tehát klimatikus tényezőkkel nem kellett számolni. Ezek alapján a kísérlet céljaira 80 beteget választottunk ki.

A FÜRDŐKÚRA HELYSZÍNE
A fürdőkúra a battonyai fürdő területén lévő a kúttól 800 méterre lévő, a kísérlet céljára speciálisan kialakított két fülkében történt, melyeknek felszereltsége és külleme tökéletesen megegyező. A fülkék közös folyosóról nyílnak. A betegek számára pihenőhely lett kialakítva.

FÜRDETÉS LEBONYOLÍTÁSA
A betegek a hét minden napján szombat, vasárnap kivételével, egyenként 15 alkalommal 20-20 percet fürödtek, minden esetben, ugyanabban az időpontban, ugyanabban a kádban, 38 °C-s vízben, melynek hőmérsékletét minden esetben a fürdetést végző asszisztens vízhőmérővel ellenőrizte. A betegek beosztása, hogy termál vagy placebo vízben fürödjenek a fürdetést végző asszisztensnő feladata volt randomizált séma alapján. A betegek beosztását rajta kívül senki sem ismerte. Munkájáról naplót vezetett, melyet a vizsgálat-sorozat befejeztével adott át a vizsgálatot végző orvosnak.

PLACEBO VÍZ
Placebo vízként a Dél-Békési Vízművek által szolgáltatott csapvizet használtuk, melyet villanybojler melegített a kívánt hőmérsékletre, színe lényegesen nem tért el a termálvíz színétől. Mivel a termálvíz illata kifejezett, ezért mindkét fürdőhelyiségben a radiátorokon párologtató edényeket helyeztünk el, melybe termálvizet tettünk. A helyiségeket minden beteg után termálvízzel mosták fel, ezért a placebo vizes kád helyiségének illata a termálvizes kád helyiségének illatától lényegesen nem tért el.

BETEGSZÁM
A fürdőkúrát 80 beteg kezdte el, 20-an familiáris okokból, egyéb fertőzőes megbetegedés, tartós tensio emelkedés miatt lemorzsolódtak. A fürdőkúrát 60 beteg fejezte be, ebből 30 a termál, 30 a placebo csoportba tartozott.

ORVOSI VIZSGÁLAT
A fürdőkúra előtt, annak befejeztekor, illetve 3 hónappal a fürdetést követően történt szakorvosi vizsgálat. Vizsgálatunk során az alábbi paramétereket követtük nyomon:

Objektív értékek	Szubjektív értékek
V.A.S. Schober Föld-ujj táv Flexio-extensio Lateral-flexio jobbra Lateral-flexio balra Hyperextensio Rotáció jobbra Rotáció balra	nyugalmi fájdalom reggeli fájdalom mozgási fájdalom terhelési fájdalom nyomásérzékenység kénysztartás gyógyszerfogyasztás beteg véleménye orvos véleménye



Egy alföldi termálkút vizének gyógyvízzé nyilvánításáról

LABORATÓRIUMI VIZSGÁLATOK
We; GGT; Hbg; Htc; Thrombocita; Vércukor;

A gerinc mozgásának vizsgálatát a Domján-Bálint-Bozsoky-féle Mobimet arthrospirométerrel végeztük a következőképpen: az egyik mérőműszert a 7. nyakcsigolya magasságában, a másikat a sacrum fölért rögzítettük. Megfelelő síkú nullázás után a beteg mozgáspályáinak végpontján leolvastuk a fokokat, majd a két érték különbségéből megkaptuk a tényleges elmozdulást. A föld-ujj távolság mérése a következőképpen történt: a beteg párhuzamos, összezárt, kinyújtott térdrel áll. Felszólításra előre hajlik. Nyújtott térdrel, maximális előrehajlásnál az ujj és a talaj közötti távolság adja centiméterben a föld-ujj távot.
Schober jel mérése a következőképpen történt: közép vonalban kitapintottuk a lumbosacralis átmenetet. Mérőszalaggal innen 10 cm-t mértünk fel. A mérőszalagot a kezünk mutatóujjával lazán rögzítve, felszólítjuk a beteget az előrehajlásra. Előrehajolva a gerinc természet szerűen megnyúlik, ezért a mérőszalag distalis vége, melyet ujjunkkal csak lazán rögzítettünk, ujjunk alatt szalad. A változás mértéke cm-ben mérve a Schober jel. Ezen mérések eredményeit, a laboratóriumi eredményeket illetve a beteg szubjektív véleményét mindhárom alkalommal adatlapra rögzítettük.

	Termálvizes csoport	Placebo vizes csoport
Átlag életkor	50.96	51.9
Nemek szerinti megoszlás:		
Férfi	7	13
Nő	23	17
Összes betegek száma	30	30

Matematikai analízisre a következő adatok kerültek:
• V.A.S.; • Schober; • Föld-ujj távolság; • Mozgáspálya (flexio-extensio, hyperextensio, lateral flexio jobbra, lateral flexio balra, rotacio jobbra, rotacio balra); • Laboratóriumi paraméterek; • We; • Vércukor; • Vvt; • Hbg; • Htc; • Fvs; • GGT; • Trombocyta; • Nyugalmi fájdalom; • Reggeli fájdalom; • Mozgási fájdalom; • Terhelési fájdalom; • Nyomásérzékenység; • Kénysztartás; • Gyógyszerfogyasztás; • Manifeszt reakció; • Beteg vélemény; • Orvos vélemény

A tünetek pontozása a következőképpen történt:
1.) V.A.S.: a beteg által megadott számérték, 0-10-ig terjedő skálán;
2.) Schober: mért számérték;
3.) Föld-ujj távolság: mért számérték;
4.) Mozgáspálya: mért számérték;
5.) Laboratóriumi értékek: a méréseket a mezőkovács-házi vsi Medica Kft. laboratóriumában végezték.
6.) Fájdalom:

	nincs	enyhe	közepes	erős
Nyugalmi	0	1	2	3
Reggeli	0	1	2	3
Mozgási	0	1	2	3
Terhelési	0	1	2	3

7.) Nyomásérzékenység:

nincs	enyhe	közepes	erős
0	1	2	3

8.) Kénysztartás:
van: 1; nincs: 0

9.) Gyógyszerfogyasztás:
Első vizsgálatnál szedett: 4; nem szedett: 0
Controll vizsgálatnál
változatlan dózis: 4; csökkentett dózis: 2; elhagyta: 0

10.) Manifeszt reakció:

nincs	enyhe	közepes	erős
0	1	2	3

11.) Beteg véleménye az állapotáról:
Első vizsgálatnál
jó: 1; közepes: 2; nagyon rossz: 4

Controll vizsgálatnál
lényegesen javult: 1; javult: 2; változatlan: 4

12.) Orvos véleménye a beteg állapotáról:
Első vizsgálatnál
jó: 1; közepes: 2; nagyon rossz: 4
Controll vizsgálatnál
lényegesen javult: 1; javult: 2; változatlan: 4

Feldolgozás folyamata

A SZÁMÍTÁS CÉLJA ÉS MÓDSZEREI
A számítás célja, hogy a két betegcsoporton végzett kezelések eredményei alapján megvizsgáljuk a termálvíz hatékonyságát. A kettős vak-próba feltételeinek megfelelően az egyik csoport betegeit termálvízzel, a másik csoport betegeit csapvízzel kezelték.

A két csoport:
1.) INDEX-csoport (termálvízzel kezelt betegek) 30 fő
2.) KONTROLL-csoport (csapvízzel kezelt betegek) 30 fő

Vizsgált paraméterek és vizsgálati módszereik:
• Életkor (csak a két csoport homogenitása szempontjából)

Szemiobjektív és objektív értékek:
• V.A.S. (vizuál-analóg skála); • Schober; • Föld-ujj távolság; • Mozgáspálya (Flexio-extensio, Hyperextensio, Lateral flexio jobb, Lateral flexio bal – itt számoltunk a jobb-bal átlagával is, Rotatio jobb, Rotatio bal – itt számoltunk a jobb-bal átlagával is); • Laboreredmények (We – Westergreen, Hgb, Htk, Gamma GT, vércukor, Fvs, Thr, Vvt)

A biometriai vizsgálatot ill. számításokat az 1-mintás ill. 2-mintás T-próbával végeztük el.

Szubjektív értékek:
• Fájdalom (nyugalmi fájdalom, reggeli fájdalom, mozgási fájdalom, terhelési fájdalom, nyomásérzékenység, kénysztartás, gyógyszerf., manifeszt reakció); • Beteg véleménye; • Orvos véleménye

A biometriai vizsgálatot ill. számításokat Wilcoxon ill. Mann-Whitney próbával végeztük el. A matematikai számításokat az SPSS/PC (The Statistical Package for IBM/PC) programrendszer segítségével készítettük el.

A felsorolt paraméterek mérési időpontjai:
• kezelés előtt (rövidítve: K.E.)
• kezelés után II. (rövidítve: K.U.II.)
• kezelés után III. (rövidítve: K.U.III.)

Eredmények

I. A KEZELÉS ELŐTTI ADATOK VIZSGÁLATA
Szemiobjektív és objektív értékek:
A vizsgálat egyetlen paraméter vonatkozásában sem mutatott ki szignifikáns különbséget a két csoport adatai között, tehát a két csoport homogenitása megfelelő.

Szubjektív értékek:
A vizsgálat egyetlen paraméter – nyugalmi fájdalom – esetében mutatott ki szignifikáns különbséget a két csoport adatai között, tehát ennél a paraméternél a két csoport kezelés utáni adatainál nincs értelme az összehasonlításnak, mivel a kiinduló adatok nem felelnek meg a biometriai számítások alapkövetelményeinek. A többi paraméter vonatkozásában a két csoport homogenitása megfelelő.

Az index-csoport adatainak vizsgálata
Szemiobjektív és objektív értékek:
A laboradatok kivételével mindenütt szignifikáns az eltérés mind a K.U.II., mind a K.U.III. adatoknak a K.E. adatokhoz való hasonlításánál.
A laboradatok nem szignifikánsan változtak, kivétel ez alól a htk és a vvt paraméternél a K.U.II. adatai, azonban – mivel a K.U.III. adatoknál már nincs szignifikáns eltérés – ez a hatás nem tartós. A többi esetben a hatás tartósságát bizonyítja a K.U.III. adatoknál talált szignifikancia.

Szubjektív értékek:
A kénysztartás kivételével mindenütt szignifikáns az eltérés mindkét K.U. adatoknak a K.E. adatokhoz való hasonlításánál. A hatás tartósságát bizonyítja a K.U.III. adatoknál talált szignifikancia. A beteg véleménye egyértelműen szignifikanciát jelez.

A kontroll-csoport adatainak vizsgálata
Szemiobjektív és objektív értékek:
A következő paramétereknél egyértelmű szignifikanciát mutat az elemzés: V.A.S., Schober, ujj-föld távolság, flexio-extensio, hyperextensio. A lateral flexiók és rotációk adatainál az eredmény bizonytalan. A K.U.II. mérésénél még szignifikáns, a K.U.III. mérésnél azonban már nem szignifikáns a különbség a K.E. adatokhoz viszonyítva. A laboreredmények kivétel nélkül sehol sem mutatnak szignifikanciát, ill. a K.U.III. mérésnél a Thr paraméternél igen, de mivel ezen paraméternél a K.U.II. mérésnél nincs szignifikancia, a változás nem igazolja a kezelés hatását.

Szubjektív értékek:
A kénysztartás és a gyógyszerf. kivételével az adatok a különböző mérési időkben szignifikánsan változtak. A beteg véleménye a második mérésnél jelez szignifikanciát, míg a harmadik mérésnél nem. Az orvos véleménye ezzel ellentétes, a második mérésnél nem jelez, míg a harmadik mérésnél jelez szignifikáns eltérést.

II. A KEZELÉS UTÁNI ADATOK VIZSGÁLATA
A két csoport csoporton belüli vizsgálata után érdeemes a K.U.-i adatokat is összehasonlítani, hiszen lehet, hogy mindkét csoport adatai szignifikánsan változtak a kezelés hatására, de lehet, hogy ez a változás eltérő az INDEX ill. a KONTROLL csoportban. Amennyiben a K.U.-i adatok között szignifikanciát találunk, úgy a változás szignifikánsan eltérő hatású a két csoportban.

Szemiobjektív és objektív értékek:
A hyperextensio kivételével szignifikánsak az adatok, így a változás eltérő hatású a két csoportban. A laboreredmények vonatkozásában – bár csoporton belül sem mutattak szignifikáns eltérést – K.U. adatoknál sem találtunk szignifikáns különbséget.

Szubjektív értékek:
A vizsgált 8 paraméterből 6-nál találtunk, 2-nél nem találtunk szignifikáns eltérést. Hogy melyik paraméternél, az változó a K.U.II. ill. a K.U.III. adatok tekintetében.

Összefoglalás

A kiinduló adatok a 30 paraméterből csak 1 paraméternél mutattak szignifikáns eltérést, így megállapíthatjuk, hogy a két csoport összetétele megfelel a biometriai számítások alapkövetelményeinek.
Az INDEX-csoport adatai – a laboreredmények és a kénysztartás kivételével – a legtöbb paraméternél szignifikánsan változtak. A szignifikáns változás tartós (mivel a K.U.III. mérés esetében is fennáll), tehát a kezelés tartósan szignifikánsan hatott a mért paraméterek eredményeire.
A KONTROLL-csoport adatai is sok paraméter változásánál szignifikanciát mutatnak, azonban – ha a K.U.III. mérési adatokat nézzük – ez jóval kevesebb, mint az INDEX-csoportnál.
A két csoport K.U. adatainak összehasonlításánál a szemiobjektív és objektív paraméterek vonatkozásában szinte mindenütt (laboradatok figyelmén kívül hagyva), a szubjektív paraméterek vonatkozásában túlnyomórészt szignifikáns különbséget mutatnak a számítások.

Következtetés: Kísérletünkkel bizonyítottuk, hogy a battonyai K-138 számú kút termálvize fürdőreakció ki váltására alkalmas. Az előzőekben leírtak alapján megállapíthatjuk, hogy mindkét csoport betegeire hatott a kezelés, de eltérően. Míg az INDEX-csoportnál ez a hatás erős szignifikanciát mutat, a KONTROLL-csoportnál ez a hatás sokkal bizonytalanabb, esetlegesebb, kevesebb paraméter vonatkozásában áll fenn és nem olyan tartós. Kedvező tapasztalataink alapján a battonyai K-138 számú kút vizét 2004-ben gyógyvízzé nyilvánították.

Gyermekbőrgyógyászat: nemzetközi elismerés hazánknak

A közelmúltban Magyarországon tartották az Európai Gyermekbőrgyógyászati Társaság (ESPD) 8. kongresszusát, illetve ezzel együtt sor került a Magyar Dermatológiai Társaság Gyermekbőrgyógyász Munkacsoportjának idei tudományos ülésére is. A rangos nemzetközi konferenciára a világ 44 országából érkeztek a résztvevők.

A Magyar Dermatológiai Társaság Gyermekbőrgyógyász Munkacsoportja hazánkban rendezte meg az Európai Gyermekbőrgyógyászati Társaság (ESPD) 8. kongresszusát a budapesti Hilton Hotelben. A rendezvényre a világ 44 országából összesen 119 előadó érkezett. Az esemény során 30 szekcióban, összesen 19 különféle témakörrel foglalkoztak a szakemberek, és emellett 154 tudományos munkát mutattak be poszter formában a több mint 800 résztvevőnek. A nemzetközi előadások mellett az első napon tartotta éves rendezvényét a Magyar Dermatológiai Társaság Gyermekbőrgyógyász Munkacsoportja is gyermek-gyógyászok, bőrgyógyászok, valamint gyermekbőrgyógyászok részére. A kongresszus szervezésében oroszlánrészt vállaltak a Heim Pál Gyermekkórház Bőrgyógyászati Osztályának dolgozói. A kórház névadójának munkásságához híven az orvosi szekcióval párhuzamosan külön gyermekápolói szekció is megrendezésre került.

A nemzetközi esemény több mint 800 résztvevője kiemelten foglalkozott az atópiás ekcéma (atópiás dermatitisz), a különféle fertőzések (infekciók), a gyermek plasztikai sebészet és a bőrápolás aktuális kérdéseivel. Az atópiás dermatitisz előfordulásáról eltérő irodalmi adatok állnak rendelkezésre, egészen pontos hazai adatok azonban jelenleg nincsenek. Mindazonáltal a meglévő ismeretek azt sugallják, hogy az előfordulási gyakoriság nő, különösen a fejlett, civilizált országokban. Ennek okait keresve több szerző is felveti annak lehetőségét, hogy a különbségek oka az iparosodottabb városok miatti fokozottabb környezetszennyezés, valamint a szintén civilizációs „ártalomnak” tekinthető különböző detergensek,

illat- és színezőanyagok túlzott használata. A száraz bőr gyakori a csecsemőknél és a gyerekeknél, aminek számos oka lehet. Okozhatják megváltozott környezeti feltételek – pl.: légszennyezés, új fűtési technológiák, a légkondicionálás vagy a kemény víz –, az életkörülmények vagy a mosási szokások megváltozása, de belgyógyászati betegségek is. A száraz bőr azonban nem csak esztétikai probléma, mivel a dermatológiai védővonal szárazsága különféle allergiák kialakulási alapja is lehet. Több klinikai vizsgálat is rámutatott arra, hogy a használt bőrápoló készítmények nagymértékben befolyásolják a bőr hidratációját, zsírosságát, és felületi pH értékét. Az egyszerű szappan nem pusztán károsítja a bőrt védő fiziológiai savas burkot, de kifejezett dehidratációt és zsírvesztést okoz a gyerekek bőrében a sima vízzel és a szappanmentes bőrtisztító készítményekkel összehasonlítva. Nemzetközi előadók is rámutattak arra, hogy a modern szappanmentes és bősémleges pH-jú tisztító készítmények, valamint a megfelelő bőrápoló termékek hosszú távú használata fenntartja a bőr fiziológiai, kémiai egyensúlyát.

WM.KOMMUNIKÁCIÓS IRODA

Gyermekbőrgyógyászat Magyarországon

Heim Pál Professzor az anya- és csecsemővédelem országos kiépítésében úttörő szerepet játszott, illetve súlyt helyezett a csecsemőápolók továbbképzésére. A Gyermekkórház 1954-ben vette fel Heim Pál nevét. Ebben az évben a gyermekbőrgyógyászati részleg 50 ágyas önálló betegellátó osztállyá alakult. Az osztály orvosai mindig aktívan részt vettek a hazai és nemzetközi tudományos életben, és a nemzetközi gyógyszervizsgálatokban is. Fejlődött a beteggondozás, 2003-ban atópia iskola is indult a különböző speciális szakrendelések mellett. Az aktív tudományos élet és az osztály magas színvonalú tevékenységének elismerését jelzi, hogy a Magyar Gyermekbőrgyógyász Munkacsoport kapta meg a 8. ESPD kongresszus szervezési jogát.

Akik a jövőbe tekintenek

Egészségügyünk számtalan problémával küzd. A legtöbb híradásban gondokról, rossz egészségügyi helyzetről, elkeserítő megbetegedési és halálzási arányokról kapunk képet. Gyakran kerül szóba a prevenció, ami hosszú távon jelentős előnyökkel járhat, de az éppen aktuális „anyagi lehetőségek szűkös volta” miatt újra és újra háttérbe szorul. Eppen ezért örömmel számolunk be Dr. Koscsó Márta gyermeknephrológus kezdeményezéséről. Rá, és segítőire, akik lehetővé tették egy város, Debrecen 3-17 éves lakosságának a vesebetegségek korai felismerésére irányuló szűrővizsgálatát, igazán illik a meghatározás: akik a jövőbe tekintenek.

Régi tervem vált valóra, – kezdte a beszélgetést Dr. Koscsó Márta – hisz nephrológus gyakornokként az akkori DOTE I. Belklinikán gyakran találkoztam olyan felnőtt betegekkel, akikről az anamnézis felvételekor kiderült, hogy problémájuk, betegségük már gyermekkorban felfedezhető, nagyobb sikerrel kezelhető lett volna. Sajnos még ma is sok beteg kerül elhanyagolt állapotú, vagy már végstádiumú vesebetegséggel orvoshoz, ahogyan mondani szokták, „az utcáról esve be a dialízisre”, holott jó részük a korai felismeréssel, gondozásba vétellel gyógyítható, de legalább is betegsége progressiójában lényegesen lassítható lett volna. Ma már egyértelműen bizonyított az összefüggés a beteg gondozásba vételének ideje, várható élettartama és életminősége között. A helyzet valódi javulása – úgy gondolom – csak egy rendszeres, folyamatos, nyomonkövető szűrőprogram keretében valósítható meg igazán.

Egy ilyen nagy horderejű feladat

természetesen nem oldható meg megfelelő anyagi és személyi feltételek híján. Erre a reprezentatív, egy nagyváros teljes 3-17 év közötti populációjának a felismerésére nyílik most lehetőségem. Itt szeretnék köszönetet mondani a Városi Egészségügyi Szolgálat KHT orvos igazgatójának, Dr.

Bedő Zoltánnak, az anyagi eszközök jó részének biztosításáért, és a védőnőknek, a Védőnői Hálózat vezetőjének Dr. Kissné Ary Szilviának, akik munkájukkal lelkesen segítették a program megvalósítását. A védőnők az iskolákban, asszisztensnőim pedig az óvodákban a már mintegy 5 hónapja tartó felmérés során kb. 42 000 kérdőívet juttattak el a szülőkhöz. Ebben a legfontosabb rizikófaktorokra kérdezzünk rá, illetve tájékoztatjuk őket azokról a tünetekről is, melyek (különösen együtt) felkelthetik a szülő gyanúját. Ugyanígy felhívjuk a figyelmüket az éjszakai ágybavizelésre, mint az asztma után a második leggyakoribb, de jól kezelhető gyermekkori betegségre is.

A kiosztott kérdőívek csaknem kb. 50%-a került vissza kitöltve hozzánk. Célunk az, hogy minél többen éljenek ezzel a lehetőséggel, és kapják meg ugyan azt az esélyt, mint az a, most még csak kb. 10%, akik a 2000 kiszűrt kisgyerekből megjelentek, vagy előjegyzés alapján később fognak megjelenni a szakorvosi vizsgálaton is.

Különösen fontos ez a miatt is, mert a gyermekeknél nem lehet pusztán a panaszokra hagyatkozni egy-egy betegség felismerésénél. A szülő gyakran nem igazán tud mit kezdeni gyermekével, amikor néha hasfájásra, fejfájásra panaszodik. Esetenként duzzadt a gyerek szeme, csíp, vagy sötét, más színű a vizelete. A legtöbbször mire orvoshoz fordulna vele, már meg is szűnnek a tünetek. Előfordul, hogy az egyik pillanatban fájdalomtól síró gyerek a másik percben már önfeledten futkározik, gondatlanul játszik.

Doktornő elmesélt néhány érdekes esetet is,

amellyel felmérésük során találkozott. Egy 7 éves kislány különösebb fájdalom, panaszok nélkül került a kiszűrték közé. Vizeletében csupán néhány vörösvértest volt. A hasi ultrahang vizsgálat során derült ki, hogy az egyik veséjében csaknem a teljes vesemedencét kitöltő kő lapul. A vér jelenléte a vizeletben más esetben lisztérzékenység felismeréséhez vezetett el. A legmeg-

döbbentőbb esetek közé tartozott, amikor a szűrővizsgálaton észlelt fehérje miatt szakvizsgálatra, vérvétellel küldött gyereknél sLE betegséget diagnosztizáltak. Ez az alattomos kór pedig kezelés nélkül akár néhány hónap vagy év alatt is tönkretelheti a vesét. Különösen fontos tehát (például) ebben az esetben (is) rendszeresen ellenőrizni a vizeletet, a vesék működését.

A szűrőprogram

ugyanakkor nagyon sok esetben segítséget jelentett a szülők – rossz beidegződésből fakadó – szégyenérzetének leküzdésében is, gondoljunk csak az említett ágybavizelésre. Minden hatodik hat éves gyermek érintett ebben a problémában. Sok értelmetlen szenvedéstől óvható meg a gyermek is és a szülő is ilyenkor a korai kezelésbe, gondozásba vétellel. Erre egy extrém példa annak az anyukának az esete, aki 11 éves fiát még mindig, állandó jelleggel (nem csak éjszakára!) pelenkázta. Sokat jelent tehát, ha az orvosnak sikerül meggyőzni a szülőt, hogy gondjával nincs egyedül, és hogy van segítség. Ez a gyerek szempontjából is már szinte fél gyógyulás.

Megtudtuk Dr. Koscsó Mártától azt is, hogy jelenleg az eddig begyűjtött adathalmaz feldolgozása folyik a megszokott napi szakrendelés mellett, szeptemberben pedig folytatódik a program. A tervek szerint két-évente szűrük majd újra a gyerekeket, mérk egyéb, a vesebetegségeket is érintő paramétereiket (testtömegindex, vérnyomás, stb) így követve nyomon egészségi állapotuk alakulását. A munka folytatásával természetesen bekerülnek a rendszerbe az újonnan felnövekvő korcsoportok tagjai is.

Végezetül doktornő annak a reménynek adott hangot, hogy az eredmények feldolgozásával standardokat tudnak alkotni, mely közvetve a teljes populáció tekintetében nagy haszonnal bír, illetve más szakterületek orvosait is bevonva a szűrővizsgálatokba, sikerül komplex egészségi állapot felmérésre bővíteni a megkezdett programot.

» Pigniczki Ágnes, Debrecen «

Dr. Hegedűs Béla, Dr. Kis Sándor, Dr. Garaczi Éva (Városi Önkormányzat Kórháza, Fiziko- és Mozgásterápia, Orosháza-Gyopáros) | Dr. Muhi Zsuzsanna (Városi Önkormányzat Kórháza, Ifjúsági Rendelés, Orosháza)

Ismeretes, hogy a statikai okból létrejövő mozgásszervi elváltozások, egyes fejlődési rendellenességek nemcsak helyi, hanem a „kinetikus lánc” megváltoztatása révén távolhatást is okozhatnak, a későbbiekben secunder osteoarthritisok kialakulásához vezethetnek.

Igen fontos, hogy minél korábban rögzüljön és automatizálódjon az ízületek biomechanikailag helyes használata, kezdődjön meg a helyes testtartás begyakorlása, továbbá kellő időben történjék meg a szükséges korrekció.

Célkitűzés

Azt a célt tűztük magunk elé, hogy az ifjúsági rendelés szakorvosa rendszeres szűrőmunkájához csatlakozva az érintett fiatalok minél nagyobb számát vonhassuk be az általunk biztosított gyopárosi ifjúsági gyógytorna programba.

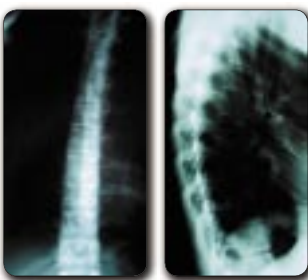
Módszer

- felmérőlapokat dolgoztunk ki a minél hatékonyabb munka érdekében.
- a kezelést igénylő illetve más szakterületre beutalandó tanulókat külön időpontban a reumatológiai szakrendelésre irányítottuk, részletes anamnézist és fizikális statust vettünk fel (1. kép).



1. kép: Fokozott háti kyphosis és scoliosis mellkas deformitással

- szükség esetén RTG felvételekkel pontosítottuk a felvetett diagnózist, rögzítettük az aktuális állapotot. (2. kép)



2. kép: Kb. 10 Cobb° -os D gerinc scoliosis

- ezt követően a beteg gyermekek testnevelés alóli felmentését javasoltuk és bevontuk őket a gyógytorna programba.

A mozgásterápia célja a görbületek korrekciója, a megbomlott izomegyensúly – az izmok húzási irányának, a hossz és erő egyensúlyának – helyreállítása. Ezt a megrövidült izmok nyújtásával és erősítésével, a megnyúlt izmok erősítésével, a gerinc mobilitásának növelésével lehet elérni. A gerinc három irányban korrigált helyzetében – frontális, horizontális, saggitális síkban – szimmetrikusan kell végezni az izmok erősítését.

- a.) egyik legfontosabb feladat a hátizmok erősítése, melyek a gerinc stabilitásáért is felelősek (3. kép).



3. kép

- b.) A rotációs mozgástartomány növelését a hátizmok erősítésével egybekötve kell végezni (4. kép). A scoliosisos beteg minden irányú mozgást végezhet. A torna során egyszerre két-három irányt kombinálva végzik a gyakorlatokat.



4. kép

- c.) A törzsizmok és leginkább a concav oldali izmok nyújtásának is nagy szerepet tulajdonítunk a korrekció során, erre leghatékonyabb a függeszkezés ill. a végtagokkal való nyújtózás (5. kép).



5. kép

- d.) A hasizmok is fontos szerepet játszanak a gerinc stabilitásában, melyek erősítése caudalis és cranialis vagy egyszerre mindkét irányból történhet (6. kép). A nyújtásnak is fontos szerepe van.



6. kép

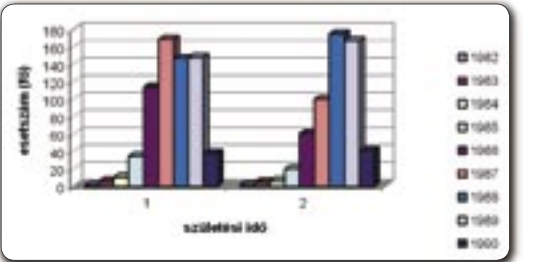
- e.) Terheléses program összeállítására van szükség, mellyel a keringési és légzési rendszer terhelhetősége, állóképessége javítható. Felül kell terhelni a beteget, hogy edzés hatása legyen a programnak. Mindezt az ismétlésszám, intenzitás, ellenállás növelésével, statikus megtartásokkal lehet elérni. A légző-, szív-, és érrendszer terhelhetőségét a frekvencia fokozásával kell javítani. A mellkas deformitásának következtében megváltozik a légzés mechanikája, csökken a vitálkapacitás, emiatt sok légzőgyakorlatot kell beiktatni a programba (7. kép).



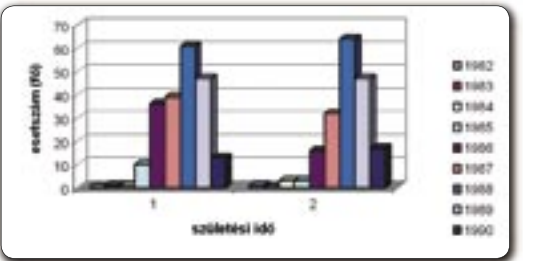
7. kép

- segédeszközt illetve ortopediai szakvizsgálatok elvégzését is indikáltuk.
- életmódbeli, életviteli, étkezési szokások helyes irányba történő megváltoztatására adtunk tanácsot.
- terveink között szerepel még a gyógyulás biztosítása és a rendszeres iskolai felvilágosító előadások bevezetése.

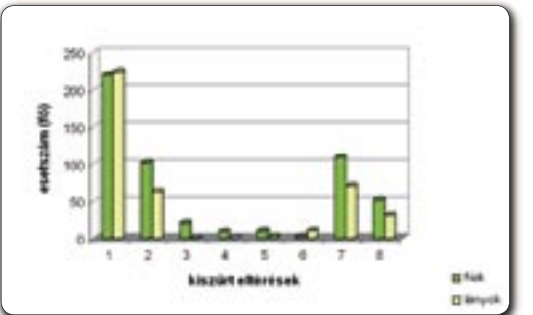
Eredmények



1. grafikon: A szűrésen résztvevő tanulók életkor és nem szerinti megoszlása



2. grafikon: A kiszűrt tanulók nem és életkor szerinti megoszlása



3. grafikon: A kiszűrt eltérések megoszlása
1=scoliosis 2=kyphosis 3=pect. excav. 4=pect. carin.
5=bordapúp 6=genu valg. 7=pes planus 8=obesitas

Pikkelysömör

Bőrgyógyászat ABC



A pikkelysömörbetegek, bőrgyógyászok és a betegséggel foglalkozó szervezetek kezdeményezésére létrejött Nemzetközi Pikkelysömör Nap véget kíván vetni a betegek társadalmi kirekesztettségének, és sürgős lépéseket követel életminőségük lényeges javítása érdekében.

A világban található 125 millió ilyen beteg számára az élet különösen nehéz, és a bőrük elváltozása miatt még mindig hátrányos megkülönböztetésben van részüik. Egy öt országra kiterjedő felmérés kimutatta, hogy az emberek körülbelül fele nem csókolná meg vagy ölelné át pikkelysömörben szenvedő embertársát, és nem úszna vagy étkezne vele együtt, annak ellenére, hogy tudja, a betegség nem fertőző.

A pikkelysömör /psoriasis/ olyan gyakran előforduló, krónikus és nem gyógyítható betegség, amely akkor alakul ki, amikor az immunrendszer hibás jelzéseinek következtében a bőrsejtek (a keratinociták) túl gyorsan, a szokásos 2830 napos ciklus helyett 34 naponként regenerálódnak. Ezek a főlöszleges bőrsejtek a bőr felszínén vörös, pikkelyszerű, hámlós és gyulladt kiütéseket hoznak létre, amelyek viszkethetnek, felszakadhatnak, vérezhetnek, és nagyon fájdalmasak lehetnek. Ezek a kiütések a bőrfelületen súlyos elváltozást okozhatnak. A betegség általában az ízületeket, a végtagokat, a nemi szerveket és a fejbőrt támadja meg, de bármely testrészben előfordulhat, sőt, az egész testre is kiterjedhet.

Biológiai terápiák alapja psoriasisban

A psoriasis prevalenciája 2% körüli, közép Európában a lakosság 1,55%-át érinti, fekete bőrűekben ritkábban fordul elő. A betegség öröklődése nem teljesen ismert. Egyetjűi ikrekben a konkordancia 70%, kétetjűiekben 20%. A gyermekkori esetek 71%-ában pozitív a családi anamnesis. A 6-os kromoszómán kódolt MHC locust az utóbbi években részletes vizsgálatoknak vetették alá. A psoriasis szempontjából legfontosabb szakasznak a PSORS1-nek nevezett régiót találták. Ezen belül pontosan meghatároztak olyan allélokat, amelyek hordozása fogékonysággal jár együtt (HLA-

Cw6, HCRWWCC, HLA asszociált s gén). Psoriasisban a bőr jellemző szövettani változásokon esik át. Részletes molekuláris vizsgálatok során az epidermisben hyperproliferatiót eredményező aberráns antigén expressziót találtak. Fokozottan expresszálódnak az MHC II és az intercelluláris adhéziós molekulák. Számos CD3+ T lymphocyta jelenik meg a dermisben és az epidermisben. A CD4+ sejtek random módon helyezkednek el, a CD8+ sejtek pedig az epidermisben. A neutrophil sejtek a dermisbe tömörülnek, majd az epidermisbe migrálnak, Munro-féle microabscessusokat formálnak. A bőrben ilyenkor több dendritikus sejt és mastocyta található.

Már 1979 óta ismert, hogy a T sejtekre ható cyclosporin hatékony a psoriasis kezelésére. Újabb T sejtet célzó anyagokat sikerült előállítani. Ilyenek a diphtheria toxint és interleukin-2-t fúzionáló DAB(389)IL-2, vagy a CD2, a CD11a illetve a CD4 ellenes ellenanyag. Megfigyelték, hogy csontvelő átültetés után egészséges donor esetén nem lángol fel újra a kórkép, míg újonnan kialakulhat psoriasis a donor érintettség esetén az addig egészséges recipiensben.

Számos tanulmány leírta, a TNF alfa szerepét a gyulladásos kaskádban. Psoriasisban fokozódik az angiogenesis, a gyulladást fokozó citokinek szintje emelkedik, ezzel együtt csökken az antiinflammatorikus citokinek szintje. Az endothel sejteken fokozódik a neutrophil granulocyták kitapadását segítő molekulák expressziója is. Az eddig alkalmazott lokális és systemás gyógyszerek mellé újabb biológiai immunmoduláló szerek kerültek kifejlesztésre. Három anyagot az FDA már törzskönyvezt (alefacept, efalizumab és az etanercept). Az elsőként alkalmazott alefacept egy fúziós fehérje, amely az aktivált T sejtek CD2 molekulájához kötődik és apoptosist indukál a keringő memória T sejtekben. Az efalizumab egy humanizált monoklonális ellenanyag és az LFA-1 alfa láncához kötődik. Az infliximab TNF alfa ellenes kimerá ellenanyag. Az említettekén kívül több biológiai anyag áll fejlesztés alatt újabb utat nyitva a psoriasis kezelésében.

A bibliai idők óta ismert kór

A fizikai tüneteken kívül a betegség súlyosan romboló hatással lehet a beteg életminőségére is. Az Amerikai Pikkelysömör Alapítvány felmérése szerint az érintett betegek úgy nyilatkoztak, hogy a betegséggel való együttélés rosszabb lehet, mint például a szív- koszorúér-megbetegedés, vagy a krónikus obstruktív tüdőbetegség. Az egyetlen betegség, amelynek hatását még a pikkelysömörnél is rosszabbnak ítélték, az a depresszió volt. Bár a betegség leírása a bibliai idők óta ismert, még mindig nem tudjuk pontosan, mi okozza. A legtöbben úgy vélik, hogy kialakulásában genetikus okok is szerepet játszanak. A stressz, a bőr sérülései, anyagcserezavarok, de bizonyos gyógyszerek és fertőzések is kiválthatják vagy súlyosbíthatják a pikkelysömört.

FORRÁS: OTS CÉGVONAL, MEDICAL PROGRESS: PSORIASIS SCHÖN, MICHAEL P.; BOEHNCKE, W.-HENNING

Gombásodás

Bőrgyógyászat ABC



A bőr – és az emberi szervezet – gombás megbetegedéseit nagyon sokféle faj okozza. Az eddig ismert több százezer gombafaj közül mintegy 200-ról bizonyosodott be, hogy humán kórfolyamatok oka lehet. A kórokozók előidézhetnek bőr (dermato)-mycosisokat és systemás mycosisokat.

A dermatomycosisokat a gombák két nagy csoportja, a dermatophytonok és a sarjadzógombák adják. Előzőek a bőrt és a bőrfüggelékeket (hajszálakat, szőrzetet, körmöket) betegítik meg. Keratinbontó képességük igen nagy, ezért könnyen hatolnak a bőr vagy épp a köröm mélyebb szöveteibe. Állatról emberre terjedés is előfordul.

A sarjadzógombák típusos opportunisták kórokozók, az emberi szervezet gyakori, lappangó lakói: egészséges emberek nyálkahártyáin, béltraktusában is kimutathatók. Pathogenné válásukhoz rendszerint

hajlamosító tényezők jelenléte szükséges. Leggyakrabban a cukorbetegség, a krónikus vashiány, a vérszegénység, hormonális eltérések, fogamzásgátlók szedése, elhúzódó antibiotikus vagy hormonkezelés, immundeficiens állapotok, műtétek, invazív terápia beavatkozások, lokális hormonkezelések hosszan tartó alkalmazása, valamint a terhesség. Uralkodó képviselőjük a Candida albicans, azonban a fajspecifikum némi eltérése látszik egyéb fajok irányába.

A penészek rendkívül heterogén csoport, amely a fonalakat képző, nem obligát patogén gombákat tartalmazza. Mivel környezetünk állandó lakói, kóroki szerepük bizonyítása a laboratórium diagnosztika egyik fontos feladata. Elvben bármely penészgomba okozhat bõrgombásodást, mégis viszonylag jól körülhatárolható azon gombák köre, amelyek kóroki szerepe bizonyított.

A szervezet bizonyos természetes ellenállóképeséggel rendelkezik a kórokozó gombákkal szemben. A hámszövet maga is rendelkezik gombaölő tulajdonsággal („candida killing activity”), emellett fontos a bőrfelszín savi pH-ja és a bőr normál baktériumflórájának antagonistá hatása. Mindemellett a humorális (ellenanyag termelő) és főleg a celluláris (sejtes) immunitás hivatott a belszeri terjedés megakadályozásában.

A bőr- és nyálkahártyagombásodás létrejöttében a egyéni hajlamlannak döntő jelentősége van. A bõrgombásodásra hajlamosító tényezők egy része a szervezet védekezőképességét általánosan gyengíti, egyes faktorok azonban kifejezetten a gombás fertőzések kialakulásában játszanak szerepet.

Külső tényezőként jelentkeznek a nedvesség, magas hőmérséklet, kemikáliák gyakori alkalmazása (túlzott higiénia!), mechanikai behatás (pl. cipő szorító hatása), bőrsérülés, égés, trauma. A belső tényezők közül elsősorban a humorális és celluláris védekezőképesség zavarát, a hormonális betegségeket, keringési zavarokat és a hőreguláció zavarát kell kiemelni.

» Dr. Kohán József «

Melanoma malignum

Bőrgyógyászat ABC



A bőrrákok hatékonyabb megelőzése érdekében a melanoma malignum gyakorisága az ipari államokban az elmúlt 20 évben 50%-kal emelkedett. Igaz ugyanakkor az is, hogy – főként a nők és fiatal férfiak körében – a növekvő incidencia ellenére nagyjából változatlan maradt a halálozás, mely a betegség egyre gyakoribb korai felismerésére utal. Ezzel szemben a fényvédő szerek haszna – legalábbis szigorúan tudományos szempontból – nem tisztázott. A Clinical Evidence megfelelő fejezeteinek szerzői nem találtak – és vélhetően a jövőben sem lelnek majd – olyan randomizált intervenció vizsgálatot (RCT), mely a fényvédő szerek megelőzésben játszott hatékonyságát igazolná.

Ennél meglepőbbek az esetkontroll vizsgálatokból kirajzolódó ellentmondásos bizonyítékok. Az analízis alapján nem tudott egyértelmű következtetéseket levonni egy aktuális áttekintő közlemény sem. Az egyetlen, e témához kapcsolódó RCT sem ad okot optimizmusrá, mivel azt mutatta ki, hogy a magasabb faktorszámú fényvédő szerek használatával a napon

tartózkodás ideje megnő. Mi a helyzet ugyanakkor a kifejezetten agresszív daganatfésülés kezelésével? Nos az EBM-szakértők értékelései két kategória között oszlanak meg – az egyik a haszna tisztázatlan, a másik a valószínűleg nem hasznos.

Valószínűleg nem hasznos

- Alfa-interferon (kisdózisú) – egy aktuális szisztematikus áttekintő közlemény rossz véleményrel van az adjuváns kisdózisú kezeléséről.
- Nagy biztonsági szegéllyel történő kimetszés – egy szisztematikus áttekintés és ezt követő RCT-k a 2mm-es Breslow szerinti tumorvastagságnál vékonyabb melanomák esetén a négy- illetve tízéves túlélés szempontjából nem találtak különbséget a nagy biztonsági szegéllyel illetve anélkül végzett eltávolítás között.
- Elektív nyirokcsomó-dissectio – egy szisztematikus áttekintő közlemény nyirokcsomó-áttétben nem szenvedő betegek körében, az öt éves túlélést tekintve, nem talált szignifikáns különbséget a nyirokcsomók elektív eltávolítása és dissectio nélküli állapot között.

Haszna ismeretlen

- Lefolyáskövetés nyirokcsomó-biopsziával – az áttekintést végzők nem találtak RCT-t.
- Adjuváns vakcina – négy RCT nem észlelt a túlélést tekintve szignifikáns különbséget a sebész eltávolítás plusz adjuváns vakcina illetve a sebész eltávolítás plusz placebo között.
- Alfa-interferon (nagy dózisú) – e beavatkozás kapcsán, már ami az adjuváns kezelés okozta túlélési előnyt illeti, az RCT-k ellentmondásos eredményeket mutattak, így az EBM-szakértők nem tudtak egyértelmű ítéletet alkotni.
- A recidívák korai felismerésére végzett gondozás – a hiányos bizonyítékok miatt az értékelés itt is kérdéses.

FORRÁS: SAVAGE P ET AL: MALIGNANT MELANOMA. IN: CLINICAL EVIDENCE, BMJ PUBLISHING GROUP LTD., 2005. JÚNIUS

Gyulladásos bőrbetegségek

Bőrgyógyászat ABC



műtéttel kell feltárni a gennyes elváltozást.

A fertőzőes eredetű bőrgyulladások ritkább, de szomorú aktualitást kapott formái a bőr gümőkórja és a lépfene. Előbbi az AIDS terjedésével, és a társadalmi megvárakoztatások áldozataivá váló esetekkel, hajléktalanok rossz higiénés körülményei miatt ismét sokkal gyakoribban fordul elő, ezért megfelelő szűrésekkel, terápiával fel kell készülni terjedésük ellen. A lépfene esetében sajnos a biológiai fegyverként felhasználható, spórájával könnyen terjeszthető volta miatt szükséges a szakemberek felkészítése leküzdésére. A néha banális bőrtüneteket okozó kórkép ugyanis könnyen terjed belelegzéssel is, és a tüdőt megtámadó formája végzetes kórkép.

Az autoimmun bőrgyulladások közül legjellegzetesebb a bőrfarkas (lupus erythematoses), mely típusos pillangószerű bőrpírral jelenik meg az arcon, de hasonló színű, enyhén hámló, hegesedéssel járó diszkoid kiütések testszerte megjelenhetnek, a hajas fejbőrön foltos kopaszodást okozva. Sajnos a betegség nem mindig marad a bőrre lokalizálódva, ha a szívet, vesét, májat egyéb szerveket is érinti, szisztémás formáról (SLE) beszélhetünk. Ez már súlyos betegség, ezért a korai felismerés, a korrekt diagnózis a beteg sorsán képes változtatni, mert a megfelelő (általában szteroiddal történő) belső kezelés javíthatja a tüneteket, panaszokon, s meghosszabbítja a túlélést. A bőr keményedésével járó gyulladás, a scleroderma vagy morphea esetében a kiütés egy tömött tapintatú, hegesedő, barnás-lilás-vörös, néha gyűrűszerű folt a végtagokon vagy a törzsen. Ha csak a bőr tünete ez a „keményedés” a betegség hosszú és enyhe lefolyású, ám belső szervekre terjedő formájánál nem ritka pl. a nyelési képtelenség a nyelőcső érintettsége miatt A bőr keményedésével járó gyulladás, a scleroderma vagy morphea esetében a kiütés egy tömött tapintatú, hegesedő, barnás-lilás-vörös, néha gyűrűszerű folt a végtagokon vagy a törzsen. Ha csak a bőr tünete ez a „keményedés” a betegség hosszú és enyhe lefolyású, ám belső szervekre terjedő formájánál nem ritka pl. a nyelési képtelenség a nyelőcső érintettsége miatt. Rokon betegségeknek számít a dermatomyositis, bőr és az izmok egyidejű, mozgáskorlátozottsággal, elcsúszással, néha lázzal járó súlyos gyulladása. A beteg arcán ilyenkor is jellegzetes bőrpír látható, mely siró arcra emlékeztet. A betegség előre haladtával az izmok bénulása miatt kritikusi állapot is bekövetkezik. Ennél a betegségnél is nagyon fontos az autoimmun kórképekre jellemző vérképi, immunológiai eltérések kimutatása illetve a bőrből, izomból végzett szövettani vizsgálat A mélyebb szövetek gyulladása lehet a kevert kötőszöveti gyulladás vagy a zsírszövet gyulladása, a panniculitis. A szisztematizáció ezen esetekben is előfordulhat, s az előbbi betegségek mindegyike kombinálódhat SLE-vel. Ez a terápiában is hasonlóságot jelent, mind a bőr tüneteinek külső enyhítésére, mind a belső szervek elváltozásainak megelőzésére, kezelésére leginkább a mellékvesekéreg hormonkivonatait, az ún. szteroidokat alkalmazzuk, szükség esetén akár citosztatikus szerek adásával is kiegészítve.

» Dr. Kohán József «

A színek gyógyhatásai

Vörös

Az elektromágneses spektrumban a vörös az infra-vörös mellett helyezkedik el, ezért ezt a szint a melegséggel kapcsoljuk össze. Ez a szín izgalomba hoz, és stimuláló hatású, ezért használják szívesen éttermekben, hogy fokozzák az étvágyat, és élénkítsék a beszélgetést. A vörös fény hatására gyorsul a szívverés, erősödik a vérkeringés, amely meleg érzetet idéz elő, és serkenti az adrenalin-termelést. A vörös vörsejtek elnyelik a vasat, a só pedig a vese és bőr révén távozik a szervezetből. Ennek következtében a vörös ideális szín a vashiány és a vérszegénység kezelésére. Mivel a vörös serkenti a keringést, alkalmas a vírusos vagy bakteriális fertőzések gyógyítására is. Ha vörös fényt sugárunk egy elfertőződött sebre, azzal gyorsítjuk a terület vérellátását, lehetővé téve ezzel, hogy a test fehér vörsejtjei gyorsabban megküzdjenek a baktériummal. Mivel a vörös keringésnövelő hatású, aktiválja a mellékvesét és serkenti a vérkeringést, ezért nem alkalmas olyan emberek kezelésére, akiknek magas a vérnyomása, hipertóniában szenvednek, szívproblémájuk van, asztmások vagy epilepsziások. A vörös fényt alkalmazzhatjuk a nem elég aktív testműködések – renyhe bélműködés, legyengült izomzat, lassú vérkeringés – élénkítésére. Használható: vésses vérszegénység, impotencia, fágyás, izomgörcs, lábujjak vérellátási zavara, energia vagy hőhiány, fájdalmas menstruáció, terméketlenség, székrekedés betegségekben.

Narancssárga

A narancssárga a vörös mellett található a színspektrumban. Meleg szín, de hiányzik belőle a vörösre jellemző vibráló hő. A vöröshöz hasonlóan, ehhez a színhez is kapcsolódik a szexualitás és a termékenység. Szexualitással való kapcsolata abból a tényből eredhet, hogy a narancssárga szín sugárzik a második, keresztcsonti

csakrából, amely a női szaporítószervek és a női energia központja. A narancssárga az öröm színe, és megvan az ereje ahhoz, hogy szabadságra és mozgásra serkentsen létezésünk minden szintjén. Vitalitása révén képes arra, hogy olyan változást idézzon elő biokémiai felépítésünkben, amely elűzi a depressziót. Ez a szín enyhülést hozhat a komoly reumában szenvedőknek azáltal, hogy segít felszakítani a csontrendszerre le rakódott rétegeket. Általános frissítőként működik; görcsoldó hatású, sikeresen enyhíti az izom feszültségeit és görcseit; és ha a lépet kezeljük vele, fokozza az életerőt. A narancssárga szint alkalmazhatjuk műtét előtti és utáni állapotokban, pajzsmirigy- és egyéb hormonzavarokban, izommerevedési zavarokban, bőrbetegségekben, kozmetikában, emésztési zavarokban.

Sárga

Ez a szín áll a legközelebb a napfényhez, és napjelle-gű természete révén meleget és lelkesedést sugároz. A sárga stimulálja az idegeket. Ha a homlok-csakrába, a feje vagy a gerincbe sugározzák, megtisztítja az idegrendszert a megrekedett energiáktól. Pozitív mágneses áramlása egyszerre stimuláló és inspiráló, ezáltal jótékony hatást vált ki bőrproblémák esetén, valamint a reumára és az ízületi gyulladásra. Elősegíti a test kalcium-feldolgozását is, ennek folytán alkalmas a csonttritkulásban vagy kalcium-elégtelenségben szenvedők kezelésére. A sárga szín serkenti az agyi és mentális funkciókat ezért eredményesen használható gyomor, máj, epehólyag, hasnyálmirigy, lép betegségeiben. Emésztési zavarok, puffadás, rekeszizomsér, hányinger, gyomornyálkahártya gyulladás, cukor-baj, klímamaxos folyás, idült reuma, ízületi gyulladások, étvágytalanság, idegrendszeri betegségek (fóbiák) gyógyításában.

► folytatás a 12. oldalon

Lakossági vélemények az egészségügy reformjáról Növekszik a magyar lakosság felelősségvállalása a saját egészségét illetően?

A magyar lakosság majdnem 40%-a hajlik arra, hogy elõtakarékoskodjon – derül ki egy tavaly készített lakossági felmérésbõl. A kutatás szerint az emberek majdnem fele egyetért, hogy az egészségügy akkor mûködik jól, ha a hálapénz helyett elõtakarékosko-dik az ember.

A Szonda Ipsos 2004 áprilisában-májusában szemé-lyes megkérdezésen alapuló kérdõíves vizsgálatot végzett. A kutatás célja az volt, hogy feltérképezze az egészségügy állapotával és az esetleges reformtér-kezdésekkel kapcsolatos aktuális közvéleményt. A ku-tatás során az intézet 1000 személyt keresett fel, akik a legfontosabb társadalmi-demográfiai jellemzõk – élet-kor, nem, lakóhely típusa – szerint reprezentálják a 18 éves és annál idõsebb magyarországi lakosságot.

A felmérés szerint Magyarországon a felnõtt lakos-ság fele elégedetlen azokkal a változásokkal, amelyek az egészségügy területén az elmúlt 6-8 évben tör-téntek, s csak 16% elégedett az egészségügyi ellátás színvonalának alakulásával. Az emberek szerint az egészségügy legnagyobb problémái a pénzhiány, az egyenlõtlen ellátás és a szervezési problémák.

A megkérdezettek 48%-a szerint – spontán válaszok alapján – a magyar egészségügy legnagyobb problé-mája a pénz- és tõkehiány. Ezt követik a gyenge felsze-relttség, tárgyi eszközök hiánya és az elavult épületek (17%). Az orvosok és nõvérek alulfizettségét és az orvoshiányt 15% említette.

A mûködési költségek növekedésének okát legin-kább az idõs emberek társadalmon belüli arányának növekedésében látják (válaszok 36%-a). Ezt követõen említik a növekvõ gyógyszerárakat (31%) és a kór-házak költségeinek növekedését (29%). A mûködé-si költségek növekedésének sokféle okát feltételezik, azonban ezek közül az orvosok, és általában az egész-ségügyi dolgozók fizetésének növekedésében csak a lakosság 7%-a látta a probléma okát. A lehetséges megoldások egyik fő pillére a megfelelõ finansziro-zás lenne. A lakosság nagy része (72%) szerint már most sem ingyenes az ellátás, illetve 53%-uk véle-ménye, hogy az ingyenesség nem fenntartható. A köz-vélemény elutasítja a TB járulék megerõsítését, ugyanakkor azt sem fogadja el, hogy romoljon az egészségügyi ellátás színvonala; fontosnak tartja a tõkebevonást és az ésszerûbb gazdálkodást – nem szûkítõ, elvonó, hanem bővítõ, tartalékkeresõ megoldást vár.

Egy társadalombiztosítási reform lehetséges lé-péseivel kapcsolatosan az emberek nagy része (67%) egyetértett azzal, hogy a magasabb fizetéssel rendel-kezők a jelenleginél nagyobb összeggel járuljanak hozzá az egészségügyi ellátás költségeihez. Abban azonban már erõsen megosztott a vélemény, hogy az egészségtelenebb életmódot folytatók (pl. dohányo-

sok, valamilyen szenvedélybetegség rabjai) többet fi-zessenek, mint akik megpróbálnak egészségesen élni. A lakosság szerint az államnak szigorítani kellene a TB-járulék beszedését, ellenõrzését. Pontos kiemelni, hogy a finanszírozásban – az állam fő szerepe mellett – a többség a magántõke bevonását sem utasítja el; az-al azonban általában tisztában vannak az emberek, hogy a magántõke bevonása, ha javítaná is az ellátás színvonalát, nem csökkentené az egyenlõtlenségeket. A hálapénz a lakosság 78%-a szerint megszüntetendõ gyakorlat. Az emberek 43%-a egyetértett azzal, hogy az egészségügy akkor mûködik jól, ha a hálapénz he-lyett elõtakarékoskodik az ember. 37%-uk szerint ez az állítás nem igaz, míg 20%-uk nem tudja eldönteni.

Talán az emberek növekvõ felelõsségvállalását tü-körözi az a mutató, hogy majdnem 40%-uk hajlik arra, hogy – szerény összeggel – elõtakarékoskodjon. A 18-29, illetve a 30-39 év közöttiek 52-52% százaléka nyit-na elõtakarékossági számlát. A 40-49 évesek körében 41%, az 50-59 év közöttieknél 38% ez az arány, míg a 60 év felettiek csupán 23%-a választott igennel. Az iskolázottság tekintetében elmondható, hogy minél magasabb a végzettség, annál nagyobb az elõtakaré-kossági hajlandóság is.

További adatok az ellátás színvonalával kapcsolatban

Spontán válaszokból kiderült, hogy az embereket leg-inkább a hosszú várakozás (10%), a nem megfelelõ bánásmód és hozzáállás (10%) és a korszerûtlen kór-házak, rendelõk (9%) bosszantják, azonban az em-berek 28%-ának nincs semmi problémája, vagy azt nem tudja pontosan megfogalmazni. A lakosság leg-inkább a háziorvosi szolgálattal elégedett. Ezt követi a szakorvosi és a gyógyszerellátás, míg a legnagyobb elégedetlenséget a kórházi ellátást óvezi.

Az egészségügy globális színvonalának megítélésében a kórházi ellátásra vonatkozó vélekedés játsz-sza a meghatározó szerepet. Érdekes, hogy minél gyakrabban jár valaki orvoshoz, annál elégedettebb az egészségügyi ellátással, illetve azokkal az ellátá-si formákkal elégedettebbek az emberek, amelyeket gyakrabban látogatnak. Az átlagoslán is rosszabban ítélik meg az egészségügyi szolgáltatást a 40 év alát-tiak, a magas iskolai végzettségûek, illetve a magas társadalmi státuszban lévõ személyek.

A lakosság 74%-a szerint a magyar egészségügyi rendszerben nem minden állampolgár kap azonos színvonalú ellátást. A legrosszabb helyzetben a szegé-nyek vannak, de ide tartoznak a roma származású ál-lampolgárok, a hajléktalanok, az idõsek és azok, akik nem tudnak vagy nem akarnak hálapénzt adni. Ennek ellenére a lakosság 67%-a vallotta, hogy megkap min-den számára szükséges egészségügyi ellátást.

MMD PUBLIC RELATIONS HUNGARY

Rehabilitáció Kerékpározás alsó-végtag bénultaknál az izmok mesterséges elektromos ingerlésével

A z emberi mozgást az idegrendszer szabályozza és vezérli. Az agyból kiinduló idegi impulzusok a gerincvelõi idegsejt-hálózaton keresztül jutnak el az izmokhoz, amelyek ennek hatására erõt fejthet-nek ki és forgathatják az ízületeket és ez eredményez végtag-mozgásokat (pl. járást). Gerinc sérülések kö-vetkeztében az idegrendszeri parancs nem mindig jut el az izmokhoz, hiszen hiába indul ki a parancs az agyból és hiába vannak meg az izmok, ha a kettõ között a kapcsolat (vezeték) megszakadt. Ezért ilyen esetekben az izmok ingerlését mesterségesen próbál-ják pótolni, pl. alsó végtag bénultaknál. Ezt funkció-nális elektro-stimulációnak, illetve mesterséges izom-ingerlésnek nevezik. Ennek segítségével megvalósított kerékpározást mutatunk be. A FES-kerékpározás lehetővé teheti az izmok mesterséges elektromos ingerlésével (a testfelszínre helyezett elektródák al-kalmazásával) a bénult betegek kerékpározását. Ez kitûnõ szabadidõs tevékenységgé is válhat, miközben a páciens egészségéért hasonlóan sokat tesz, mint a mesterséges izomingerléssel megvalósítható járás. A járás azonban fárasztóbb, mint a kerékpározás, mert a test súlyát is tartani kell.

Május végén Dr. Szécsi János müncheni orvos mu-tatta be ezt a forradalmian új módszert Budapesten a MÁV Kórház Mozgásszervi Rehabilitációs Osztá-lyán. Dr. Klauber András, osztályvezetõ fõorvos ez-

zel kapcsolatos közleménye:„...Jelenleg külföldön és Magyarországon is fejlesztéseket és alapkutatásokat folytatunk amelyek késõbb a mesterséges izomingerlés-sel megvalósítható végtagmozgásokhoz is vezethetnek. Ezek részben mérnöki és matematikai kutatásokat je-lentenek. A feladat az, hogy ha tudjuk, hogy milyen hajlásszögváltozásokat szeretnénk létrehozni a bénult végtag ízületeiben, akkor számítsuk ki, hogy ehhez mi-lyen frekvenciával lehet illetve kell elektromos impulzu-sokat küldeni az izmokhoz. Ha végtag- bénulás esetén ezeket az impulzusokat nem kapják meg az izmok az idegsejt-hálózattól, akkor az izmokra helyezett elekt-ródákon keresztül mesterségesen szeretnénk megfelelõ impulzusokkal ingerelni az izmokat. Számítógépes mo-dellt fejlesztünk a Semmelweis Egyetemen valamint az MTA Mûszaki Fizikai és Anyagtudományi Intézetében nemzetközi együttmûködésben. Ennek az úgynevezett „neuro-mechanikai” modellnek a célja, hogy matema-tikai kapcsolatot állapítsunk meg a mozgató idegsejtek aktivitása, az izom-összehúzódsók és az ízületek for-gása, tehát végsõ soron végtagmozgások között Távlati célunk ennek az elméleti kutatásnak számos gyakorlati alkalmazása az orvosi rehabilitációban, a diagnosztí-kában és a robotikában.”

TOVÁBBI INFORMÁCIÓ: DR. KLAUBER ANDRÁS, OSZTÁLY-VEZETÕ FÕORVOS, MÁV KÓRHÁZ REHABILITÁCIÓS OSZTÁLY, TEL: 383-68-88, 383-61-78



Azok az újszülöttek, akik életünk első hetében gyorsan gyarapodnak, nagyobb valószínűséggel lesznek túlsúlyos felnõttek. A kutatás szerint az élet első hete kritikus szakasz a testsúly élethosszig tartó mintájának kialakulásában.

Három amerikai egyetemen 653 (20-32 éves) fia-tal felnõttet vizsgáltak meg. A vizsgált személyek (valamennyien fehérek) újszülöttkorukban egy tápszer-fogyasztási felmérésben vettek részt. Kiderült, hogy azok, akiknek a súlya az első héten gyorsabban gyarapodott, évtizedekkel késõbb hajlamosabbak vol-tak az elhízásra.

A legfontosabb dolog, amire rájöttünk, az, hogy ezeknek az egészséges, európai-amerikai, tápszerrel etetett újszülötteknek az első héten tapasztalt gyors gyarapodása három évtizeddel késõbb összefüggésben állt a túlsúllyal – mondja a kutatás vezetõje, dr. Nicholas Stettler, gyermek-táplálkozástudományi szak-ember. – Úgy tûnik, az első héten programozódik be a szervezet fiziológiailag arra, hogy késõbb krónikus betegség alakuljon ki. Kutatási eredményeink egyben lehetőséget nyújtanak az elhízás megakadályozására új célok kialakításával, esetleg még az újszülött korban be lehet avatkozni ebbe a folyamatba. A szakember

A kistestvér megvédhet a szklerózis multiplextõl

Azoknál, akik gyermekkoruk első hat évében kisebb testvérrel élnek együtt, késõbb ritkábban alakul ki szklerózis multiplex – derült ki egy, a canberrai Auszt-rál Nemzeti Egyetemen végzett tanulmányból. Az ered-mény megerõsíti a higiéné-hipotézist, mely szerint a korai gyermekkorban való ismételt találkozás különbözõ kórokozók-kal elõsegíti az immunrendszer fejlõdését, így csökkenti az allergia és az autoimmun betegségek kialakulásának veszélyét.

A szklerózis multiplex (SM) olyan autoimmun be-tegség (pontosabban betegségcsoport), amelyben a saját immunrendszer megtámadja az idegros-tokat borító velõs- vagy myelinhüvelyt. A myelin-szi-getelés károsodása miatt lényegesen romlik az idegek ingerületvezetési sebessége (ép idegrostban az inge-rület ugrásszerűen terjed: a szigetelt szakaszok közti Ranvier-féle befûzõdési pontok egyikérõl a másikra „szaltatózik”).

A canberrai vizsgálat azt mutatta, hogy fiata-labb testvér 5 évnél hosszabb idejû jelenléte 88, 3-5 év együttélés 60, míg 1-3 évnvi testvércapcsolat 43 százalékkal csökkentheti a SM kialakulásának való-színûségét. Ez feltehetőleg a gyermekkori fertõzések

és immunválaszok megváltoztatásának köszönhetõ. Ha az eredmények megerõsítést nyernek, hozzásegít-hetnek a SM megelőzéséhez. (A reményeknek sajnos korlátokat szab, hogy a SM egy rendkívül összetett betegség, amelynek kiváltásában öröklött és környe-zeti tényezõk egyaránt szerepet játszanak.)

A kutatócsoport 136 SM-ben szenvedõ beteget és 272 kontrollszemélyt vizsgált meg Tasmaniában. Az ön-ként jelentkező vizsgálati alanyokat gyermekkori kör-nyezetükrõl kérdezték, majd vért vettek tõlük, hogy kimutathassák bizonyos vírusokkal – elsõsorban a mirigylázat okozó Epstein-Barr vírussal – szembeni ellenanyagok jelenlétét vagy hiányát. Az Epstein-Barr vírust felismerõ ellenanyagok magas szintje, illetve a korábbi mirigylázás megbetegedés ugyanis általá-ban összefügg a SM megnövekedett kockázatával, és megfordítva: a nem-SM-es emberek vérében általában kevesebb az Epstein-Barr vírust felismerõ ellenanyag. Az eredmények azt mutatták, hogy a kontrollcsoport-ban a kisgyermekkel való érintkezés csökkentette a fertõzõ mirigyláz kialakulásának veszélyét, illetve az Epstein-Barr vírus elleni antitestek mennyiségét, va-gyis segített kivédeni a SM-re hajlamosító tényezõket.

FORRÁS: ÉLET ÉS TUDOMÁNY



EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP
AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓ JOGUTÓDJA

Kiadó: HUNGA-COORD Kiadói Kft. Felelős kiadó: a Kft. tulajdonosa.
újságíró-főszerkesztő: **Balla M. Anna**, orvos-főszerkesztő: **dr. Kollár László**, orvos-szerkesztő: **dr. Salamon Sándor**,
tördelőszerkesztő: **Tick Ervin**, marketing igazgató: **Kéner Zoltán** (Tel.: 06-20/933-1652),
Kiadó és szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, Fiastyúk út 2., Pf.: 56.
Tel./fax: **06 (26) 316-659, 06 20 9785-662**, e-mail: **latlelet@dunakanyar.net**
A lap előfizetési díja: 3000 Ft./év. Darabonkénti ára: 425 Ft. ISSN 0865-7424
A Látlelet egymásutániségát a lapon található sorszámozás tükrözi.



Lapunkat rendszeresen szelmezi Magyarország legnagyobb médiagyűjstje az
«OBSERVER»
1084 Budapest, Aurora u. 11.
Tel.: 303-4736, Fax: 303-4744
E-mail: marketing@observer.hu
http://www.observer.hu

