

Autoimmun KALEIDOSZKÓP



A DE OEC III. sz. Belgyógyászati Klinika Autoimmun Beteggyesületének kiadványa

2011. 2. szám



Miért éppen az immunológia? – Beszélgetés Szegedi Gyula Professor Úrral

A lupus nephritis kezelésének néhány speciális szempontja

A gyógytorna jelentősége az autoimmun betegségek kezelésében

Autoimmun kórképek ápolói szemmel

Soha ne add fel! – Egy betegünk esetleírása

A Raynaud-szindróma felismerésének jelentősége az autoimmun betegségek korai diagnosztikájában

Felfedezők, akik megváltoztatták a világot: Leeuwenhoek – a mikroszkóp atyja

A debreceni Autoimmun Beteggyesület Pécsen



Elnök: Ardainé Busch Mária
Alelnök: Dr. Csízyné Lenkey Valéria
Telefon: +36 (30) 2693191
E-mail: levali@freemail.hu
Számlaszám: 60900061 – 11025942
Alföld Takarékszövetkezeti Hitelintézet

Adószám: 18994807-1-09

A hasonló betegség, sors, problémák közösséggé formálják az embereket, lehetőséget teremtve ezzel a tapasztalatcserére, barátságok kötésére, közös programok szervezésére.

1998 óta működik Klinikánkon az Autoimmun Beteggyesület. Negyedévenkénti összejöveteleinken orvosok, egészségügyi szakemberek, érdekképviselői szervek megbízottjai tartanak előadásokat klubtagjainknak. A Klinikai Immunológia Tanszékkal együtt minden évben szakmai fórumot szervezünk. Idén indult Autoimmun Kaleidoszkóp című kiadványunkat évente kétszer tervezzük kiadni.

Autoimmun Betegségek Kutatása, Gyógykezelése Alapítvány

Adószám: 18542895-1-09

Az Autoimmun Betegségek Kutatása és Gyógykezelése alapítvány 1993 óta működik a DE OEC III. sz. Belgyógyászati Klinikáján.

A Klinika Országos Immunológiai Centrum, az Észak-Alföld és Észak-kelet Magyarországi Régió immunológiai betegeit ellátó központ. Több mint 3500 immunológiai beteg folyamatos gyógyítása és gondozása folyik itt.

Az alapítvány fő célja a klinika autoimmun betegséggel kapcsolatos szakmai munkájának, gyógyító, megelőző, oktató és kutató tevékenységének javítása és hatékonyabbá tétele.

Köszönjük, hogy adója 1%-ával eddig is támogatta Beteggyesületünk és Alapítványunk működését.

TARTALOMJEGYZÉK

<i>Prof. Dr. Zeher Margit</i> Köszöntő	2
INTERJÚ <i>Hodosi Katalin</i> Miért éppen az immunológia? – Beszélgetés Szegedi Gyula Professor Úrral	3
SZAKMAI KÖZLEMÉNYEK <i>Dr. Brúgós Boglárka</i> A lupus nephritis kezelésének néhány speciális szempontja	7
<i>Kovácsné Szöllősi Gabriella</i> A gyógytorna jelentősége az autoimmun betegségek kezelésében	9
<i>Mozga Csabáné</i> Autoimmun kórképek ápolói szemmel	11
<i>Dr. Csiki Zoltán</i> A Raynaud-szindróma felismerésének jelentősége az autoimmun betegségek korai diagnosztikájában	13
BETEGEINK TÖRTÉNETE – ESETLEÍRÁS <i>Polgárné Lipták Edit</i> Soha ne add fel!	15
FELFEDEZŐK, AKIK MEGVÁLTOZTATTÁK A VILÁGOT <i>Dr. Papp Gábor</i> Leeuwenhoek – a mikroszkóp atyja	16
KLUBÉLET <i>Dr. Csízyné Lenkey Valéria</i> A debreceni Autoimmun Betegegyesület Pécsen	18

IMPRESSZUM

Autoimmun Kaleidoszkóp

A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum III. sz. Belgyógyászati Klinikájának és az Autoimmun Betegegyesületének a kiadványa.

2011/2. szám

Felelős kiadó: Prof. Dr. Zeher Margit

Felelős szerkesztő: Hodosi Katalin, Dr. Csízyné Lenkey Valéria

Szerkesztőségi cím: DEOEC III. Belklinika, 4032 Debrecen, Móricz Zs. krt. 22.

Tel/fax: 52 255-218, email: hodosi@dote.hu

A kiadvány a klinika weblapjáról letölthető: www.3belklinika.deoec.hu

Nyomdai kivitelezés: PHARMA PRINT kft. Debrecen

Kedves Olvasó!

Szeretettel ajánlom figyelmébe az Autoimmun Kaleidoszkóp második számát. Célkitűzésünknek megfelelően újságunk a szakmai tájékoztatás mellett közösségi magazinként is szolgál.

A második számban olvashatunk egy érdekes riportot Szegedi Gyula akadémikus úrral, akinek munkássága mérföldkőként épült be az immunológia tudományának magyarországi történetébe. Több évtizedes szakmai tevékenysége alatt számos kiváló tanítványt nevelt, akik ma már az autoimmun centrumok betegellátásában tevékenykednek.



Brúgós Boglárka doktornő a lupus nephritisről írta le azokat a legfontosabb ismereteket, melyeket a betegeknek és családjuknak is tudnia kell ahhoz, hogy felelősen tudjanak dönteni a vesebiopsziás mintavétel szükségességéről.

Kovácsné Szöllősi Gabriella gyógytornászunk írása felhívja a figyelmet arra, hogy a betegségek akut és krónikus szakaszában milyen típusú mozgásforma segíthet a jó állapot elérésében és fenntartásában.

Klinikánkon nagy hagyománya van az autoimmun betegségek kezelésének, így nem meglepő, ha az ápolásukat nagy gonddal végző munkatársak is jól tájékozottak a betegségekről, ahogy erről Mozga Csabáné osztályvezető ápoló írása is tanúskodik. Dr. Csiki Zoltán adjunktus Raynaud-szindrómáról írt cikkét ajánlom mindnyájuk figyelmébe a tünetek gyakori előfordulása és a korai felismerésben betöltött fontos szerepe miatt. Nagy örömünkre szolgál, hogy egy kedves betegünk, Polgárné Lipták Edit beszámolóját oszthatjuk meg Önökkel. Bizonyára sok olvasónknak ad majd erőt ez az írás, és bizalmat a hivatásukat becsületesen végző orvosok iránt. Érdekes olvasmányoknak ígérkezik Dr. Papp Gábor írása a mikroszkóp atyjáról, és alkalmas az ismeretszerzés mellett egy kis kikapcsolódásra is. Lapunk hasábjain köszönöm meg Dr. Csízyné Lenkey Valikának az Autoimmun Betegegyesület érdekében végzett munkáját. A pécsi kirándulásról szóló érdekes beszámoló is mutatja, hogy a közösségeknek milyen fontos szerepe van a krónikus betegségekkel élők gondjainak „orvoslásában”.

Végezetül kívánok hasznos időtöltést a cikkek olvasása során! Amennyiben szívesen olvasna valamilyen témáról, ötlete, javaslata van, kérem vegye fel a kapcsolatot a lapszerkesztővel, Hodosi Katalinnal (Elérhetősége: hodosi@dote.hu)

Valamennyi kedves Olvasónknak Békés, Boldog Karácsonyi Ünnepeket és Boldog Új Évet kívánok!

Prof. Dr. Zeher Margit
orvos-szakmai igazgató

Miért éppen az immunológia? Beszélgetés Szegedi Gyula Professzor Úrral



Dr. Szegedi Gyula 1960-ban végzett a Debreceni Orvostudományi Egyetemen. 1960 és 1973 között Dr. Petrányi Gyula irányítása mellett dolgozott. A systemas lupus erythematosus (SLE) kiváltó, provokáló külső tényezők közül részletesen a hydantoinok szerepével foglalkozott. 1975-ben egyetemi tanári kinevezést kapott. A Tüdőgyógyászati Klinika Általános Belgyógyászatának vezetését bízták rá, amiből 1982-ben létrejött az önálló III. sz. Belgyógyászati Klinika, amelynek kiemelt tudományos profilja a klinikai immunológia, ezen belül a poliszisztémás autoimmun betegségek patomechanizmusának kutatása. Megszervezte az autoimmun betegek speciális gondozását, ami nagyban hozzájárult ahhoz, hogy a magyarországi poliszisztémás autoimmun betegek életkilátásai elérjék a legfejlettebb államokban tapasztaltakat. Kutatócsoportja igen aktív hazai és nemzetközi együttműködést épített ki, eredményes munkájukat széles körben ismerik, és nagyra értékelik.

1990-ben MTA doktora tudományos fokozatot szerzett, doktori disszertációja címe: „A systemas lupus erythematosusos betegek klinikai megfigyelésével és immunológiai vizsgálataival szerzett tapasztalatok”. 1995-ben a Magyar Tudományos Akadémia levelező tagjának, 2001-ben rendes tagjának választotta. 2001-ig volt a klinika igazgatója. Jelenleg is aktív, kiterjedt kutatómunkát végez, cikkeket ír, előadásokat tart. A klinikai immunológia művelése, oktatása területén végzett iskolateremtő tevékenységéért, nemzetközileg is elismert tudományos, gyógyítói és oktatói munkásságáért 2006-ban Széchenyi-díjjal tüntették ki.

Ez év áprilisában, a III. Belklinika fennállásának 35. évfordulóján egy ünnepi, tudományos ülés keretében köszöntöttük az idén 75 éves Szegedi Gyula professzort. Sok dolgot megtudtunk a barátok, kollégák elbeszéléseiből életéről, tudományos pályafutásáról, az újszászi gyermekkortól, a szolnoki gimnáziumi éveken át a Debreceni Orvostudományi Egyetemig.

Tudjuk, hogy az első nagy szerelme a foci volt, amiben egészen NB II-es válogatottságig jutott. Tehetsége alapján valószínűleg sok minden mást is jól csinált volna, de ő az immunológiát választotta.

Munkássága kihagyhatatlan mérföldkőként épült be az immunológia tudományának magyarországi történetébe.

Egyszer végighallgattam egy egyórás előadását, amire csupán öt diát készített. Ennyi idő alatt akár több mint 50 dia is levetíthető. Elég volt neki az öt dia, ahogyan most is, akár egy kérdés is bőven elegendő lett volna, hogy órákig tudjon róla beszélni.



Miért éppen az immunológiát választotta szakterületéül?

Fel sem merült más választás, Petrányi Gyula professzor és felesége Bobory Júlia adjunktusnő hatására, akikkel tíz évig dolgoztam együtt a Debreceni Orvostudományi Egyetem II. Belklinikáján, a poliszisztémás autoimmun betegségekkel, azon belül is a Szisztémás Lupus Erythematosussal (SLE) kezdtem el foglalkozni. Ez egy „ragyogó” lehetőség, jó választás egy kezdő orvosnak, hiszen akkoriban Magyarországon ezt a betegséget alig ismerték, s fiatal tudományágnak számított.

Mi lett volna a második választás?

Nem volt második választás. Esetleg a bőrgyógyászat érdekelt volna, amiben megtalálható a belgyógyászat és az immunológia is.

Mióta foglalkoznak Magyarországon ezzel a betegségcsoporttal?

A tüneteket már régen ismerték. Kaposi Mór bőrgyógyász és munkatársai az 1800-as években leírták a pillangó erythemát, ami az SLE egyik jellegzetes tünete, amiről a betegség a nevét is kapta. (A farkas alakú elváltozás miatt lett lupus.)

Az immunológia, mint tudományág a XX. században indult hatalmas fejlődésnek. De addig is léteztek tünetek. Pl. régen a tbc-nek is megvoltak a bőrtünetei, de a lupus már akkor is elkülöníthető volt.

Komolyabban az immunológiával két ember kezdett el hazánkban foglalkozni. A már említett Petrányi professzor úr Debrecenben, és Bencze György tanár úr Szegeden az I. sz. Belklinikán, aki főleg a betegség laboratóriumi vonatkozásait, az LE sejt (roncsolódott fehérvérsejtek) keletkezésének mechanizmusát kutatta.

Az első SLE-s beteget Petrányi professzor mutatta be Budapesten. Ezek után a debreceni II. Belklinikán egyre több SLE-s beteget kezdtek el gondozni. Petrányi professzor után én, majd a III. Belklinikán Sonkoly Ildikó, Kiss Emese, és most Tarr Tünde.

Budapesten, Debrecenben, Szegeden, Pécsen alakult ki immunológiai centrum. S miután ezekben a centrumokban gyűltek össze a betegek, adott volt a lehetőség a kutatásra, és megfelelő gondozásra.

Az SLE volt az első leírt, meghatározott autoimmun betegség?

Először azt gondolták, hogy az SLE magába foglal 6-7 szisztémás autoimmun betegséget, de rájöttek, hogy ezek különböző kórképek, attól függően, hogy melyik szervet (bőr, izom, ízület, stb.) érintik.

Az egyik betegség jelenléte nem zárja ki a másikat, sőt hajlamosít rá (bizonyos genetikai tényezők miatt). Kevés ilyen eset van, de van. Pl. ilyen az SLE, myositis társulása, mert érintett az ízület, az izomzat, csak más formában, mint a dermato/polymyositisises betegeknel.

A betegség pathogenetikája két összetevőből áll, a környezeti faktorokból (ilyen a vírus infekció) és genetikai tényezőkből, az utóbbiak hajlamosítanak a betegségek társulására.

Hány autoimmun kórképet ismerünk, és mekkora az előfordulási gyakorisága?

Nagyjából 90 autoimmun kórképet tudunk megkülönböztetni egymástól. De még ma is meghatározásra kerülnek újak.

Magyarországon 4-5 ezer SLE-s van. A lakosság kb. 5%-a találkozik valamilyen autoimmun jellegű folyamattal.

Az Amerikai Egyesült Államokban - ahol lényegesen pontosabb a statisztika – kimutatták, hogy az autoimmun kórképek alkotják a harmadik leggyakoribb betegségcsoportot a kardiovaszkuláris és a daganatos megbetegedések után.

Ahogy gyarapodik az ismeretünk, úgy növekszik az autoimmun betegek száma, hiszen egyre többen kerülnek felismerésre. Ahol idült gyulladás van a szervezeten belül, ott az immunrendszer részvétele adott. Az immunológiai folyamatok nem csak a szervezet védekezését szolgálják, de védelmet nyújtanak a gyulladás által előidézett sejten belüli károsodás ellen is. Fennáll az a paradoxon, hogy a gyulladás védi a szervezetet a gyulladással szemben.

Régebben hogyan kezelték az immunbetegeket, s hogyan változott a terápia az évek során?

Régen is a tüneteket, illetve a gyulladást kezelték. Az 50-es évek előtt még nem voltak szteroidok. Kezdetben szalicillel kezelték a betegeket, utána jött egy antimaláriás készítmény a delagil, majd a colchicin.

A 40-es évek végén jelent meg a szteroid, ami a legnagyobb lépést jelentette a terápiában. Komoly és szerteágazó mellékhatásai vannak, nem eredményez mélyebb beavatkozást az immunológiai diszfunkcióba, de kihagyhatatlan a terápiából. Olyan készítményekre is szükség volt, amelyek a gyulladásban résztvevő sejtek elpusztításában vettek részt. Ilyenek az immunszuppresszív szerek (pl. Leflunomid, Imurán, Methotrexát, stb.). Később jöttek a biológiai terápiás szerek, amelyek már célzottabban fejtik ki hatásukat.

Egyre több dolgot tudunk a betegségekről és az azokat provokáló tényezőkről. Az ártalmas külső tényezők, hatások kiiktatását kell megoldani. Ilyenek lehetnek pl. a napozás, gyógyszerek, terhesség.

Hol állunk nemzetközi viszonylatban a betegség gyógyítása terén?

Jól. Sőt, pl. Debrecenben az 50-es évek végétől a magyarországi SLE-s betegek túlélése kedvezőbb volt, a nemzetközi adatoknál. Erre több külföldi kongresszuson felgyeltek. A centralizált betegellátás és gondozás elősegítette a betegek követését. Nagyszámú beteganyagról tudunk beszámolni. Ennek eredményeként a 10, illetve 20 éves túlélés nemzetközi viszonylatban is kiemelkedő volt, megközelítette a 80-90 %-ot.

Volt-e a betegségek kezelésében terápiás zsákutca?

Nem volt, mert az új terápiák mindig a régiekre épültek. Pl. a lupus nephritis kezelésében a szteroid nem volt elegendő, mellé kellett hozni a cyclophosphamidot. Voltak, s vannak mellékhatások, az új gyógyszerek valami pluszt nyújtanak, beépülnek a terápiába, de bizonyos szerek nem hagyhatóak el. Vannak terápiák, amik az egyik betegségnél beválnak, a másiknál nem igazán. Pl. a biológiai terápiák nem tudnak akkora hatást elérni az SLE-nél, mint a rheumatoid arthritisnél.

Az SLE kezelését az is megnehezíti, hogy bonyolult, összetett betegség. Nehéz gyógyszeres vizsgálatot végezni, mert a gyártók arra kíváncsiak, hogy a szer hogyan hat egy-egy tünetre, de a betegségnek sok tünete van, s minden betegnél más-más jelentkezik. Nehéz homogén betegcsoportot összeválogatni.

Miben van előrelépés a kezelés terén?

A különböző szervi tünetek kezelésében nagy változást értünk el.

Az SLE leggyakoribb halál oka a veseelégtelenség, de ma már ott a művese és a vesetranszplantáció. A szív és érrendszeri elváltozásokat is tudjuk kezelni. Az antihypertóniás szerek terén hatalmas az előrelépés. A fertőzések ellen is egyre korszerűbb antibiotikumokat használunk. Ezért van az, hogy közvetlenül SLE-ben nagyon kevesen halnak meg (pl. hematológiai elváltozás, fehérvérsejt pusztulás következtében).

Ma hamarabb ismerjük fel a betegséget, ezáltal jobb prognózisra számíthatunk. A betegek szoros követésével beavatkozhatunk a negatív változásokba, tudjuk pl. hogy mikor lehet egy terhességbe belemenni. A betegek helyes életmóddal nagyon sokat tudnak segíteni.

Ha épp a „fegyver” hibásodik meg, amivel a betegségek általában leküzdhetők, van-e realitása, hogy valaha is gyógyíthatók lesznek az autoimmun betegségek?

A legfontosabb a genetikai háttér ismerete lenne, de még nem ismerjük teljesen, nem tudjuk, az immunrendszer szabályossága mitől bomlik meg. Ha ismernénk a genetikai tényezőket, a génterápia lehetne a megoldás, ami még szintén kezdeti stádiumban van.

A gyógyítás ma a gyulladással elváltozások megszüntetésére szorítkozik, illetve a megelőzésre vagy a károsodott szervek pótlására (pl. veseátültetés).

Mikortól lehet pontosan diagnosztizálni a betegséget?

Az adott betegség nem akkor kezdődik, amikor már klinikailag is fel lehet ismerni. A laboratóriumi vizsgálat során nyert kóros immunológiai paraméterek megelőzik a tüneteket. A szerencsés az lenne, ha ebben a periódusban felismerésre kerülne a betegség. Lehetne szűrést végezni, aminek egyelőre az alacsony előfordulás miatt nincs realitása. A genetikai faktor miatt azoknál, akiknek a családjukban már előfordult a betegség, érdemes több figyelmet szentelni a megelőzésre, az ún. exogén tényezők kizárására pl. a napozás elkerülésével, gyógyszerek átgondoltabb szedésével.

Legtöbbször akkor kerül a beteg hozzánk, amikor már a betegség is meghatározható. Szerencsére ma már korábban ismerjük fel az autoimmun betegségeket, mint régebben, ezért is növekszik a betegek száma.

Van-e az autoimmun betegségek előfordulásában területi, illetve faji különbségek?

Mivel nem elhanyagolható a genetikai vonatkozás, vannak különbségek, de a pontos regisztráció hiányában bizonytalanok az adatok. A betegségek természetében is észrevehető különbségek. Pl. Afrikában és Ázsiában gyakoribb és súlyosabb az SLE, s így az USA-ban élő afrikai bevándorlók körében is elterjedtebb.

Magyarországon is vannak olyan zártabb települések, ahol családi halmozódás miatt gyakoribb az autoimmun betegség előfordulása.

Miért a nők körében gyakoribbak az autoimmun betegségek?

A kromoszomális jelleg mellett ebben a hormonális tényezők játszanak nagy szerepet.

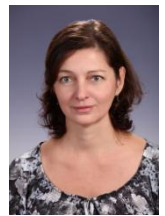
Nem véletlen, hogy az SLE pubertás korban, és terhesség alatt progrediálódik.

Milyen kérdések foglalkoztatják mostanában?

Változatlanul a poliszisztémás autoimmun betegségek és az immunológiai szabályozás foglalkoztat, és a munkatársak munkájának figyelemmel kísérése, segítése köt le.

Fontos, hogy a betegek eljussanak az immunológiai centrumokba, ahol egy orvos sokkal több hasonló beteget lát, így komolyabb tudással és tapasztalattal segítheti a gyógyulást.

A mostani helyzet jó, de még nem optimális. Sokat jelent a betegek hozzáállása, nélkülözhetetlen a segítségük az érdekképviselés terén. Nem engedhető meg, hogy a helyi gazdasági, politikai érdekek felülírják a betegek érdekeit.



Hodosi Katalin

A lupus nephritis kezelésének néhány speciális szempontja

A szisztémás lupus erythematosus (SLE) több szervet érintő krónikus autoimmun betegség, változatos klinikai tünetekkel. Többnyire fiatal, reprodukív korban lévő nőket érint. A betegség kezdeti tünetei nem specifikusak: gyengeség, láz, fogyás, rossz közérzet. Jellegzetes pillangószárny erythema, szimmetrikus nem erozív arthritis, savós hártályok gyulladása jellemzi. A betegség két legsúlyosabb, a prognózist jelentősen befolyásoló manifesztációja a neuropszichiátriai tünetek sora (fejfájás, epilepszia, neuropathia), valamint a vese immunológiai gyulladása, a lupus nephritis (LN).

A betegség kezdetekor 25-50%-ban fordulnak elő vesét érintő tünetek, de a betegség előrehaladásával ez 60-80%-ra is növekedhet. A betegség hátterében az áll, hogy az SLE-re jellemző jellegzetes ellenanyagok (antinukleoszóma, kettősszálú DNS-elleni antitest) a keringésben kapcsolódnak az antigénnel és a képződő úgynevezett immunkomplexek lerakódnak a vese glomerulus falában. Ez a folyamat krónikus gyulladáshoz vezet és „lukacsossá”, átjárhatóvá teszi különböző fehérjék számára a membránt.

Tünetek

A fenti molekuláris eltérések vezetnek a veseérintettség leggyakoribb tünetéhez, a proteinúriához, azaz fehérjevizeléshez.

A proteinúria akkor kóros, ha mértéke a 0,5 g/nap mennyiséget meghaladja, de a súlyosabb esetekben jelentős, 3,5 g/napi mértéket is túllépheti. Gyakori tünet a hematuria, vér megjelenése a vizeletben, ez általában csak mikroszkóp alatt látható, de makroszkópos is lehet. Az akut veseelégtelenség nem gyakori, de előfordulhat, akárcsak a magas vérnyomás.

Figyelemfelkeltő jel a fáradékonyság, hőemelkedés, fejfájás, csökkenő vizeletmennyiség. Fizikális vizsgálattal szemhéjkörüli, száj-, arc- és alsó végtagi vagy generalizált oedema/duzzanat, sápadt bőr, esetleg magas vérnyomás a jellegzetes tünet. Ha a betegnek a 24 órás gyűjtött vizeletből mérve 3,5 g-ot meghaladja a napi fehérjeürítése, és testszerte jelentkezik oedema, *nephrosis szindrómáról* beszélünk.

Laboratóriumi jellemzők és vizsgálatok

Az SLE-s betegek esetében rutinszerűen indokolt a veseérintettség vizsgálata, követése. A legáltalánosabb laboratóriumi tesztek a szérum urea-, kreatinin és a glomeruláris filtráció ráta (GFR) meghatározása, bár a kóros vizelet lelet ellenére a vese kiválasztó funkciója sokáig nem károsodik. Az esetek 10-15%-ban azonban akut veseelégtelenség alakul ki már a kezdetekkor.

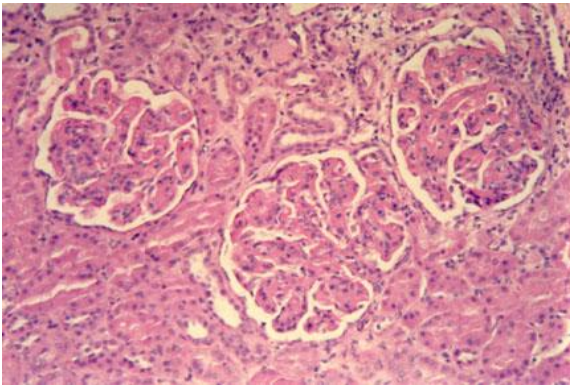
A fehérjeürítés meghatározását különféleképpen végezhetik. A reggeli első vizeletből mért protein/vizelet kreatinin meghatározás, a 12-, 24 órás gyűjtött vizeletből mért protein koncentráció, a 24 órás vizeletből mért protein/kreatinin arány formájában egyaránt történhet. A vizelet üledék mikroszkópos vizsgálata is elengedhetetlen. A sejtes elemek vizsgálata, vörösvértestek és cilinderek kimutatása a gyulladás súlyosságára utal.

A betegség aktivitását jellemző komplement szintek, a kettősszálú DNS-elleni antitest, vérsüllyedés, C-reaktív protein (CRP) meghatározása az aktivitás kimutatásában jelentős, és fontos a kezelés hatékonyságának nyomon követésére is.

Vesebiopszia

A vesegyulladás pontos szövettani ismerete a kezelési terv felállításában fontos. Általában a 2 g feletti napi fehérjevizelés esetében indokolt a vesebiopszia, ha ellenjavallat nem áll fenn (pl. vérzékenység, alacsony vérlemezke szám). A veseszövet nyérése helyi érzéstelenítésben, ultrahang ellenőrzés mellett történik, egy hosszú tű segítségével egy vékony szövethengert nyerünk. A szövettani feldolgozás során a vesekárosodás jellege, mértéke alapján történik a besorolás súlyossági fokoknak megfelelően.

A lupus nephritist hat szövettani csoportba soroljuk a 2003-ban a Nemzetközi Nefrológus és Pathológus Társaság által megalkotott kritériumrendszer alapján. A hat szövettani csoport a következő: minimális mezangiális LN (I) és mezangiális LN (II) esetén a gyógyhajlam jó.



1. ábra. Fokális LN fénymikroszkópos képe

A fokális LN (III) (1. ábra), diffúz LN (IV) és membranózus LN (V) formákban kombinált kezelésre van szükség, míg a szklerotizáló LN-ben (VI) már gyógyszeresen nem befolyásolható hegesedések vannak, ilyenkor már a krónikus veseelégtelenségre, esetleg a vesetranszplantációra kell felkészülni.

A lupus nephritises betegek kezelése

A LN kezelésének fő célja a vesefunkciók megőrzése illetve normalizálása. A tüneteken túl a kezelést a szövettani beosztás illetve a szövettileg észlelt aktivitás/kronicitás határozza meg. Első lépésként fontos a fehérje diétás megszorítása a beteg étrendjében (maximálisan 0,6 g/tskg/nap). A proteinúria mérséklésére angiotenzin-konvertáló enzim gátlók (perindopril, enalapril), angiotenzin-receptor blokkolók (losartan, valsartan) adása szükséges, ezek a gyógyszerek hatékony vérnyomáscsökkentők is. A vérsírszinteket szintén ellenőrizni és kezelni szükséges, elsősorban sztatinok alkalmazásával (simvastatin, atorvastatin). Nephrosz szindróma esetén alvadásgátló kezelésre is szükség lehet. Elsődleges megelőzés céljából szalicilat alkalmazása szükséges.

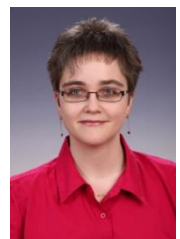
A minimális mezangiális és mezangiális proliferatív LN esetében kisdózisú (napi 20-40 mg) methylprednisolon kezelés szükséges. A III-IV szövettani típusban nagyobb a végstádiumú veseelégtelenség kialakulásának veszélye, ezért erőteljesebb immunszuppresszív kezelésre van szükség; nagyobb 1 mg/kg dózisú methylprednisolon csökkenő dózisban akár 2 évig is, emellett havonta bólusban alkalmazott cyclophosphamid, majd ezt követően azathioprin. Hatástalanság esetén mycophenolat mophetil is alkalmazható. Nagyon súlyos akut esetekben

nagy dózisú, ún. pulzusszteroid kezelésre is szükség lehet, ritkábban életveszélyes esetekben plazmaferezis kezelés is megpróbálható. Intravénás immunglobulin kezelés is jól csökkenti a proteinúriát. Bár a hydroxychloroquine, mint antimaláriás szer elsősorban a bőr- és ízületi tünetek esetén jó, de pozitív hatását leírták a lupus nephritis kezelésében is. Biológiai kezelés a terápia refrakter, súlyos esetekben hatásos (rituximab, belimumab).

Az V. szövettani típus kezelése a diffúz LN-hez hasonló, ebben az esetben mycophenolat mophetil is alkalmazható indukciós kezelésként a szteroid mellett. A szklerotizáló LN esetében szupportív kezelés, valamint végstádiumú veseelégtelenség esetén vesepótló, hemodialízis kezelés szükséges.

A vesekárosodás esetén figyelmet kell fordítani a vese-toxikus gyógyszerek elkerülésére. Olyan gyógyszerekről van elsősorban szó, amelyek a vesén keresztül ürülnek ki, ezért a vesefunkciók beszűkülésekor csökkentett dózisban kell őket alkalmazni (egyes antibiotikumok, digitális). Vannak azonban olyan gyógyszerek, amelyeket nem célszerű adni, ezek között több vény nélkül is kapható gyógyszer szerepel, erre mindenképpen fel kell hívni a betegek figyelmét (nem-szteroid típusú gyulladáscsökkentők: Diclofenac, Naprosyn; fenacetin tartalmú fájdalomcsillapítók: Panadol, Saridon).

Tekintettel a súlyos szövődményekre az SLE-s betegek vizeletvizsgálata, a vesefunkciók rendszeres meghatározása elengedhetetlen. Ha kóros vizelet leletet, illetve GFR csökkenést észlelünk, gyűjtött vizeletből meg kell határozni a proteinúria mennyiségét, lehetőség szerint el kell végezni a vesebiopsziát, és időben el kell kezdeni az immunszuppresszív kezelést a szövettani eredménynek megfelelően, a súlyos veseelégtelenség kialakulásának megelőzése céljából.



Dr. Brúgós Boglárka
tanársegéd

A gyógytorna jelentősége az autoimmun betegségek kezelésében

Az autoimmun kórképek olyan betegségek, melyek során a szervezet saját alkotóelemeit testidegennek érzelve, saját szövetei ellen indít immunválaszt. Az immunreakció következtében gyulladás alakul ki az érintett szövetben, ennek hatására károsodnak, végső esetben el is pusztulhatnak a sejtek. Ezek a kórképek lehetnek szervspecifikusak, ha csak egy szerv az érintett, illetve szisztémásak, ha több szervre is kiterjed a betegség. Okuk nem ismert, de kialakulásukban különböző immunológiai, genetikai, infektológiai és környezeti faktorok játszanak szerepet, valamint a nemek közötti különbség is megfigyelhető. Kezelésük sajnos ma még csak tüneti, mely egyrészt az immunrendszer működését gátló, másrészt gyulladáscsökkentő terápiákat foglal magába.

Az autoimmun betegségeknél a mozgásrendszer sok esetben érintett, megtámadhatja a folyamat az ízületeket és az izmokat is közvetlenül vagy közvetett módon, és jellegzetes deformitások, degeneratív ízületi elváltozások, kontraktúrák (zsugorodott izmok) is kialakulhatnak. Éppen ezért ennél a betegcsoportnál a rehabilitáció egyik legfontosabb eszköze a gyógytorna, mely fontos hogy rendszeres, egyénre szabott, és a beteg általános állapotának, korának megfelelő legyen.

A diagnózis felállítása után lényeges minél előbb megkezdni a kombinált terápiát. A szakszerű, célirányos és időben elkezdett gyógytorna a gyógyszeres kezelés mellett segítséget nyújthat a mozgásszervi tünetek súlyosságának csökkentésében, a tünetek romlásának megakadályozásában, és a betegség lefolyásának lassításában.

Az autoimmun betegségekre sok esetben jellemző, hogy váltják egymást az aktív időszakok, mikor a betegség fellángol, illetve a nyugalmi időszakok, mikor a tünetek csökkennek. Azonban a két szakasz teendői lényegesen eltérnek egymástól.

Teendők az aktív szakban:

Ilyenkor sok esetben akut gyulladás, folyadékgyülem alakul ki az ízületekben, ezért elsődleges az ízületek pihentetése, nyugalomba helyezése. Lényeges, hogy az ízületek laza, kinyújtott helyzetben legyenek, azonban a tartós pihenés csak rövid időre ajánlott. A térd-, és a könyökízületek alápárnázását lehetőleg kerüljük,

mert ez könnyen az izmok zsugorodásához és a teljes mozgáspálya elvesztéséhez vezethet. Ebben az időszakban a gyógytornász által végzett passzív ízületi bemozgatás jótékony hatású lehet, de súlyos ízületi-, illetve izomkárosodás esetén ez is fokozhatja a gyulladás mértékét.

Teendők a nyugalmi szakban:

- Az ízületek mozgásterjedelmének megőrzése, növelése

Az ízületek mozgásterjedelmét javító gyakorlatokat már a betegség lefolyásának korai időszakában el kell kezdeni, hogy ezzel megakadályozzuk, illetve lassítsuk az ízületek mozgásbeszűkülését. Minden ízületet teljes mozgásterjedelmében mozgassunk át, főként a beszűkült mozgástartományú ízületekre koncentráljunk. A mozgáspálya végpontján a nyújtási pozíciót érdemes néhány másodpercig megtartanunk.



1. ábra. Csípőízület mozgásterjedelmének növelése

- Izomerősítés

Az izomgyengeség és izomtömeg csökkenés az ízületi gyulladás, az ízületek túlzott kímélete, vagy a kortikoszteroid terápia mellékhatásaként alakul ki. Az izomerősítő gyakorlatok az izomerő, a kondíció helyreállításában, megtartásában, növelésében játszanak szerepet. Legtöbb esetben a medence és a vállöv törzsközei izmai az érintettek. Ha nagymértékű az ízületi fájdalom vagy a kontraktúra, akkor legfőképp az izmok megfeszítésével, majd ellazításával járó gyakorlatok javasoltak. Ezek a gyakorlatok egyben a keringést is fokozzák az adott izomcsoportokban. Ellenállásként használhatunk gumilabdát is. Ellenkező esetben ízületi mozgással

járó izomerősítő gyakorlatokat is végezhetünk akár gumiszalag segítségével.



2. ábra. Vállkörüli izmok erősítése gumiszalaggal



3. ábra. Csípőkörüli izmok erősítése labdával

- Légzőtorna

Mivel egyes autoimmun betegségek tüdő-, illetve légzőizom érintettséggel is járhatnak, ilyenkor érdemes a mellkasi mozgások fenntartására irányuló gyakorlatokat és légzőgyakorlatokat is végezni. A rekeszlégzés és a szegmentlélegzés megtanulása is fontos. A rekeszlégzésnél a hasfal és a derekat körbeölelő izmok emelkedésével indítjuk a légvételt, a szegmentlélegzésnél pedig a mellkas adott területére helyezük a kezünket, arra koncentrálni, hogy tenyerünk alá szívjuk a levegőt, ezzel a különböző tüdőterületek átlélegeztetését végezhetjük el.



4. ábra. Légzőtorna

- A deformitások kialakulásának megakadályozása

Az ízületi deformitások elsősorban gyulladásos folyamatok eredményeként jöhetnek létre, de az izomgyengeség is hozzájárulhat a kialakulásukhoz. Lényeges, hogy a gyakorlatok ez esetben a deformitás ellen irányuljanak a teljes funkció elérése érdekében. (Pl. az ujjak karomszerű deformitása esetén az ujjak középső ízületi sorának a nyújtása.)

- Zsugorodott izmok, izomcsoportok nyújtása

A nyújtás az ízületek mozgásterjedelmének fenntartásában segít. Mindig óvatosan alkalmazzuk a mozgáspálya végpontján legalább 6-8 másodpercig kitarva. A kellemes feszülés határán még apró húzásokat is adhatunk.



5. ábra. Trapézizom nyújtása

Néhány fontos tanács

Mind a gyógytorna, mind a pihenés és a munka során törekedjünk az ízületvédelem szabályainak a betartására! Keressük azokat a helyzeteket melyek az ízületek számára a legkisebb külső és belső terhelést jelentik, valamint kerüljük azokat az erőbehatásokat melyek az ízületek

számára károsak, a deformitás irányába hatnak! Csak fájdalomhatárig dolgozzunk, kerüljük a hirtelen mozdulatokat, és ne túzzunk ki magunk elé túl nagy feladatokat, nehogy túlerőltessük izmainkat, ízületeinket a gyulladást fokozva ezzel! Valószínű, hogy ezen betegségcsoport esetében az egész életet végigkísérő mozgásterápiára lesz szükség, hiszen az orvostudomány mai állása szerint teljes mértékben egyik autoimmun betegség sem gyógyítható. A jelenlegi és várható tünetektől nem szabad megijedni, és nem szabad elzárkózni a mozgástól!

Érdeemes olyan gyakorlatsort összeállítani, mely a mindennapok során rendszeresen és önállóan végezhető. Legyünk kitartóak, vegyük fel a harcot a betegséggel, hiszen saját magunkon is múlik állapotunk javulása!



Kovácsné Szöllösi Gabriella
gyógytornász

Autoimmun kórképek ápolói szemmel



Az autoimmun betegségek előfordulása Magyarországon kb. 4-6%-ra tehető. Hazánkban több ezer autoimmun beteg van. A társadalom és a betegek is jóval kevesebbet hallanak és tudnak erről a (sokszor igen változatos klinikai képet mutató) nehezen kezelhető betegségcsoportról.

Az immunrendszer elsődleges feladata a szervezet védelme a külső idegen anyagokkal és a megváltozott saját sejtekkel szemben. A normális védekező funkció mellett mindenkiben zajlik autoimmun folyamat is. Megfelelő működés esetén ez nem jelent betegséget, mert különböző szabályozó tényezők korlátozzák. Ha az immunrendszer, vagy a szabályozó rendszer működése megváltozik és az immunrendszer az addig sajátként ismert elemeket idegennek tekintve immunválaszt indít ellenük, akkor autoimmun betegségek jönnek létre.

Nem tudjuk, hogyan alakulnak ki ezek a betegségek, melyek a tényleges kiváltó okok.

A betegség kialakulásához szükséges bizonyos genetikai, öröklött háttér, mint hajlasztító tényező, ezt befolyásolják még hormonális, ill. különféle külső tényezők (pl. vírusok), amelyek együttesen a betegség megjelenéséhez vezethetnek.

Az autoimmun betegségeknek két típusa van. Azok a betegségek, amelyeknél csak egy szervet, szövetet vagy sejtet érint az autoimmun folyamat szervspecifikus autoimmun betegségek. Kezelésük, gondozásuk a szervnek megfelelő speciális szakterülethez tartozik, mint pl. bőrgyógyászat (psoriasis), endokrinológia (Hashimoto-féle pajzsmirigygyulladás). Az autoimmun kórképek másik típusánál több szerv is károsodik. Ezek az ún. szisztémás autoimmun betegségek. Kezelésük és gondozásuk autoimmun betegségekkel foglalkozó kiemelt immunológiai centrumok, szakrendelések feladata. Fontos, hogy a betegek időben jussanak el a speciális ellátást nyújtó intézetekbe, sokszor a megfelelő kezelés életet menthet.

Leggyakrabban előforduló szisztémás autoimmun betegségek: szisztémás lupus erythematosus (SLE), kevert kötőszöveti betegség (Mixed Connective Tissue Disease - MCTD), reumatoid arthritis (RA), scleroderma (Sztisztémás Sclerosis - SSc), polymyositis-dermatomyositis (PM-DM), vasculitisek, Sjögren-szindróma. A nem differenciált autoimmun betegség (NDC) az autoimmun betegségek fellépését megelőző olyan kóros állapotot jelent, amikor az immunológiai okok miatt már klinikai tünetek is vannak, de nem olyan mértékben, ami alapját jelenthetné egy konkrét autoimmun betegség diagnózisának, a klinikai

tünetek és szerológiai eltérések legalább egy éven át fennállnak, és más betegséggel nem magyarázhatóak. Fő tünetek: sok ízületi gyulladás, Raynaud jelenség (kezek, lábak hidegre jelentkező elfehéredése, elékülése), szem-, ill. szájszárazság. Ha ezek mellé társul az autoimmun betegségekre jellemző tünetek bármelyike, az jelezheti, hogy autoimmun betegségről lehet szó. Ezek a tünetek a következők: hőemelkedés vagy láz, fogyás, fáradékonyság, hajhullás, savóshártya gyulladás, váratlan idegrendszeri tünetek, visszatérő thrombosisok, vetélések. A betegség felismerése nem mindig könnyű, különösen a fokozatosan kezdődő esetekben. A panaszok és tünetek mellett szükség van bizonyos laboratóriumi és egyéb vizsgálatok elvégzésére is. Minden autoimmun betegségre diagnosztikusan jellemző valamilyen autoantitest megjelenése.

A tünetek közül természetesen egy konkrét betegen nem mindegyik jelentkezik, és nem egyszerre. Sajnos az autoimmun betegek egy részét lehet gyógyítani, az esetek többi részében csak tüneti kezelés lehetséges. Ez azt jelenti, hogy csökkennek a panaszok, igaz, gyakran csak évekig tartó ún. fenntartó kezelés árán. Az autoimmun betegségekre jellemző, hogy idült lefolyásúak.

A betegség kiújulásának lehetősége bármikor adott. A sikeres kezelést követően visszatérhet (aktiválódhat) akár évekkel később is. Így tünetmentes (remisszió) és aktív periódusok válthatják egymást. A betegség aktiválódásakor új tünetek is jelentkezhetnek. A tünetek súlyossága az egyes periódusokban eltérő lehet és szükségessé válhat intézeti felvétel. A súlyos belső szervi és izomérzékenységgel járó betegségeknél 3-4 hetes klinikai bennfekvésre is szükség lehet.



1. ábra. Bőrtünet dermatomyositises beteg kezén

A kivizsgálást és a kezelés beállítását követően rendszeres gondozásra kell járni. A kezeléstől és az állapottól függően kéthetente, havonta, a későbbiekben a gyógyulás előrehaladtával egyre ritkábban.

Nagyon fontos, hogy a kezelésben alkalmazott gyógyszerek adagolása csak a kezelőorvos utasításainak megfelelően történhet. Alkalmazásukra hosszú ideig szükség lehet, és szedésük mellett rendszeres laboratóriumi ellenőrzést igényelnek. Mivel ezek a gyógyszerek igen erős hatású szerek jelentős mellékhatásokkal, az előírásoknak megfelelően mindig szükségesek kontroll vizsgálatok. Fontos tudni, hogy mindenkiben, aki szteroid vagy más immunszuppresszív kezelésben részesül, csökken az immunrendszer működése. A különböző fertőzésekkel, kórokozókval szemben csökken a szervezet védekezése, és fokozódik a fertőzésekre való hajlam. Amennyiben fennáll a gyanú, hogy fertőző betegség támadta meg, ne várja meg a következő kontroll időpontját, jelentkezzen azonnal kezelőorvosánál.

Fontos, hogy a betegek megtanulják, hogyan lehet ezekkel a betegségekkel együtt élni, megértsék a rendszeres konzultáció jelentőségét. Gondos ellenőrzéssel és megfelelően beállított gyógyszerekkel a betegségekben hosszú, tünetmentes időszakok érhetőek el, és a legtöbb beteg a természetes életkor megélésére számíthat. A kezelés akkor lesz igazán hatásos, ha a beteg is együttműködik, aktívan részt vesz a gyógyító folyamatban. Ezt a munkát segíti a klinikánkon működő Autoimmun Beteggyógyászati Társaság, amely nemcsak kapcsolattartási lehetőséget biztosít szakmai, civil és egyéb szervezetekkel, hanem szakmai fórumokat, szabadidős programokat, találkozókat is szervez.



Mozga Csabáné
osztályvezető ápoló

A Raynaud-szindróma felismerésének jelentősége az autoimmun betegségek korai diagnosztikájában



A.G. Maurice Raynaud-hoz (1834–1881), egy francia orvoshoz kötődik egy viszonylag gyakori jelenség leírása, mely a téli hónapokra való tekintettel különösen aktuális.

Közel háromszázezer honfitársunk kénytelen ugyanis megvívni harcát a hideggel szemben, mely jellegzetes

elszíneződésekhez vezethet az érintettek ujjain.

Raynaud-szindróma esetén ugyanis az ujjakban a hideg környezet (illetve nem ritkán a stressz) hatására érgörcs és következményes elszíneződés jön létre. A teljes tünetcsoport az ujjak három egymást követő színváltozásából áll: első a fehér elszíneződési fázis (érzéketlen, hideg, zibbadt, dermedt ujjakkal), második a fájdalmas kék fázis, mely legalább öt perces keringésmegállást, lassulást követően jelentkezik (1. ábra), végül a felmelegedés következményeként kialakuló nagyon fájdalmas vörös fázis, mely utóbbi erős zibbadással és érzészavarral társul.

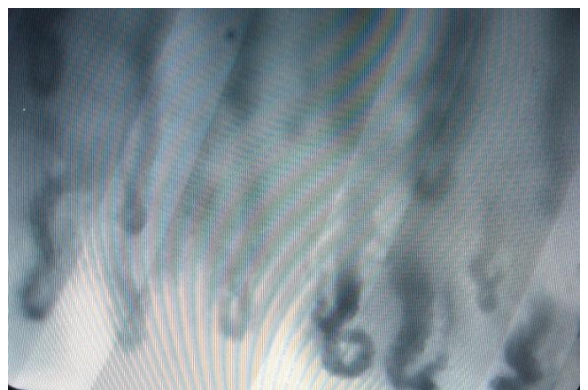


1. ábra. Kéz hideg általi elszíneződése

Az esetek egy részében a színváltozás csak kétfázisú (fehér és piros), ugyanis a kék elszíneződés inkább a súlyosabb betegségformákban jelentkezik. Kezdetben, a tünetek jelentkezésekor általában csupán néhány ujj, de később az összes ujj panaszos, egyéb bőrterületek (pl. lábujjak, orr, fülcimpa) szintén érintettek lehetnek.

Különbséget kell tenni a jelenség *elsődleges* - *primer* illetve *másodlagos* - *szekunder* formája között. Primer esetben a Raynaud-szindróma háttérben nem áll kimutatható betegség, és a tünetek megjelenése általában a pubertás korra esik. A háttérben genetikai hajlam, hormonális változások, illetve különböző környezeti hatások állhatnak. Szekunder Raynaud-szindrómáról abban az esetben beszélünk, mikor a jelenség különböző alapbetegségekhez, leginkább autoimmun kórállapotokhoz pl. szisztémás sclerosishoz (SSc), vagy szisztémás lupus erythematosushoz (SLE) köthető. Az esetek zömében mintegy előhírnökként jelzi a háttérben megbúvó, kifejlődés alatt álló komolyabb betegség veszélyét. Az ujjak bőrváltozásainak kifejlődése másodlagos esetben, az alapbetegségtől függően bármely életkorban előfordulhat, bár gyakoribb az idősebb kori kezdet.

A körömrédő kapillárisainak mikroszkópos vizsgálata fontos szerepet játszik a Raynaud-szindróma diagnosztikájában. Primer Raynaud-szindrómában a kapillárisok száma és mérete nem különbözik az egészségesek által mutatott képtől. Szekunder formában viszont már bekövetkezik az érfalak szerkezeti károsodása, a kapillárisok eltűnnek, elfajulnak, illetve számos helyen bevézések keletkeznek (2. ábra). Sok esetben a kezdetben primernek tekintett Raynaud-szindrómás betegek kapillárisainak elváltozásai hívják fel elsőként a figyelmet egy kezdődő autoimmun betegség lehetőségére.



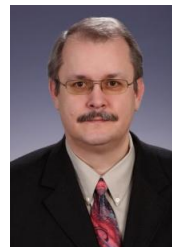
2. ábra. A kapillármikroszkópos képen szabálytalan alakú kiserek és óriáskapillárisok (➡) láthatóak.

A Raynaud-szindróma tüneteinek enyhítésében az elsődleges szempont az életmód megváltoztatása. Az érintetteknek meg kell tanulniuk felismerni és elkerülni a kiváltó tényezőket, mint például a hirtelen hőmérsékletingadozást (hidegtől való védelem biztosítása pl. kesztyű, réteges ruházat, stb.), az ujjak sérülését és a néhány provokáló szer (pl. bizonyos kemoterápiás szerek, ösztrogén, koffein stb.) alkalmazását. Fontos továbbá az egyik leggyakoribb súlyosbító tényező, a dohányzás elhagyása is, mivel az, a nikotin tartalom miatt érszűkítő, érgörcs fokozó hatású. A szekunder forma ellátásának legfontosabb eleme a jelenség hátterében meghúzódó alapbetegség kezelése. A súlyosabb rohamok esetében nem ritkán szükségessé válhat gyógyszeres terápia is, melyek különféle értágító, keringésjavító szereket ölel fel. Amennyiben fekélyképződés is jelentkezik, mely nem reagál a gyógyszeres kezelésekre, végső esetben szükségessé válhat sebészi beavatkozás is, ami célozhatja az érszűkítésben résztvevő idegszálakat, illetve magát a degenerált érszakaszt is.

Figyeljünk hát jobban oda fázó kezeinkre, és feltétlenül forduljunk szakorvoshoz, ha ujjaink bőrének tipikus színváltozását tapasztaljuk. A tünetek alapos kivizsgálása a szövődmények megelőzésének alapja.

A gyógyszeres és életmódbeli kezelések mellett a diétára is figyelmet kell fordítani. A funkcionális élelmiszerek közül például a gabonákra jellemző funkcionális komponensekben - például élelmi rost és egyes komponenseinek (arabinoxilán, béta-glükán), valamint egyes fenolos komponensekben (tokoferol, tokotrienol) - gazdag termékek fogyasztása javasolt.

Dr. Csiki Zoltán
egyetemi adjunktus



Soha ne add fel!

Huszonkét évesen, az arcomon pillangószárnyalakú, májfoltra emlékeztető szolid bőrelváltozással kerültem a Bőrklínikára, s onnan a III. Belklínikára. Az akkori vizsgálatok még semmiféle szervi eltérést nem igazoltak, csupán az enyhe bőrtünet volt adott. Így amikor férjemmel összeházasodtunk, teljesen természetesen nagy örömmel fogadtuk a gyermekáldást.

Az áldott állapot féldíőig zavartalan volt, ezután jelentkezett ízületi fájdalom és nagyfokú ödéma. Akkoriban éreztem először szívritmuszavart. Az utolsó harmadban már a Női Klínikán feküdtem. Akkori belklínikai kezelőorvosomnak, Dr. Surányi Péternek és Dr. Schmidt István nőgyógyász tanár úrnak is köszönhetően sikerült a 36. hétig kihordani elsőszülött, makkegészséges, 2850 grammos születési súlyú tündéri leányomat, aki azóta már végzős egyetemista.

A tudomány akkori állása szerint kislányomat nem táplálhattam anyatejjel, mert a császármetszést megelőzően és azután is, rövid ideig kis adagban szteroidot kaptam. Egy éves volt a gyermekem, amikor lupus anticoaguláns jelenlétét állapították meg. Ekkortájt szereztem diplomát az Államigazgatási Főiskolán és a rendszerváltást követően kineveztek körjegyzőnek három település élére. A szteroidos kezelést mindig rosszul éltem meg, lelkiileg nagyon megviselt az eltorzulás. Dr. Kiss Emese tanárnő a kezdetektől fogva ismert engem, megpróbálta megtalálni a számomra leginkább megfelelő immunszuppresszív terápiát.

Időközben több műtéten átestem: két pajzsmirigy-, epe-, térdműtét. A műtétek alátatásban történtek, kivéve a térdműtétet, azt gerincérvéstelenítéssel végezték. Ezt követte egy egyensúly-idegközpont gyulladás, ami után volt egy agyérgörcsöm. Spontán oldódott, külső látható jele nem maradt. Az ezredforduló évében az extrém magas antitestek miatt megtörtént az első plasmapheresis, ezután egészen jól voltam. Persze folyamatosan dolgoztam a felelősségteljes munkakörömben, de állandó fejfájással küzdöttem. Két év múlva újabb plasmapheresis történt az ijesztően magas antitestek miatt.

39 évesen eldöntöttem, hogy megajándékozom családomat második gyermekünkkel, annak ellenére, hogy az orvosaim óva intettek. Dr. Kiss Emese tanárnő végig együttműködött érdekünkben Dr. Kristóf Éva kardiológus adjunktusnővel és Dr. Török Olga genetikus, szülész tanárnővel. Az égiek is velünk voltak, valóban áldott állapot volt, amiből a 39. terhességi héten a Kos jegyében, 3150 grammal megszületett makkegészségesen az édes

kisfiam. Őt már táplálhattam anyatejjel. (A számolgotástól megkímélem a kedves olvasót, elárulom, hogy a két gyermekünk születése között 15 és fél év van.) A Szülészeti Klínikán elmondták, hogy az a kívánatos, hogy az édesanya, - főként az autoimmun beteg anya - minél tovább táplálja így gyermekét. Nekünk sikerült egészen 30 hónapig!

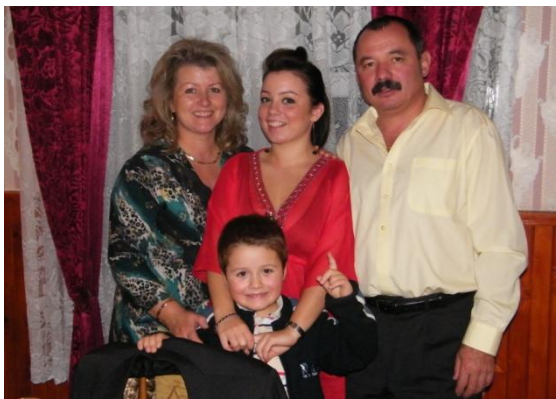
Mindeközben a szívem állapota tovább romlott, ezért mivel a szívűtét már nem volt tovább halasztható, 2006. májusában Dr. Vasziy Miklós tanár úr és csapata nyitott szívűtéttel mitrális pozícióba mechanikus műbillentyűt ültetett be sikeresen. Azóta eltelt öt és fél év. Időközben búcsút intettem a körjegyzőségnek. Rájöttem, hogy semmi sem fontosabb, mint a családom és a saját egészségem megőrzése.

Ezúton is megköszönöm a már előzőekben említett orvosokon kívül Dr. Hegedűs Ida kardiológus tanárnőnek, Dr. Tarr Tünde immunológus tanársegédnőnek és csaláadorvosunknak, Boriszné Dr. Janoczkó Erzsébetnek a hatékony segítséget, és azt, hogy tudásuk legjavát adva minden birtokukban lévő eszközzel azon vannak, hogy még sokáig lehessek családom javára.

Nagy tisztelettel tartozom Dr. Zeher Margit Professzornőnek azért is, mert lehetőséget ad arra, hogy az általa rendkívül magas színvonalon vezetett intézményben a számomra leghatékonyabb kezelésben részesüljek.

Az évenkénti betegfórumon mindig szívesen vagyok jelen, és sajnálom, hogy a Dr. Csizyné Lenkey Valéria által vezetett beteggyesület összejövetelein a nagy távolság és egyéb kisgyermekes teendőim miatt ritkán tudtam részt venni.

Mindenkinek jó egészséget és sok sikert kívánok!



Polgárné Lipták Edit

Leeuwenhoek – a mikroszkóp atyja



Már csak a pusztá felsorolása is meghaladná a cikk kereteit (és valószínűleg az olvasó türelmét is), mennyi tudományterület köszönheti rohamos fejlődését, vagy akár létrejöttét a mikroszkóp használatának.

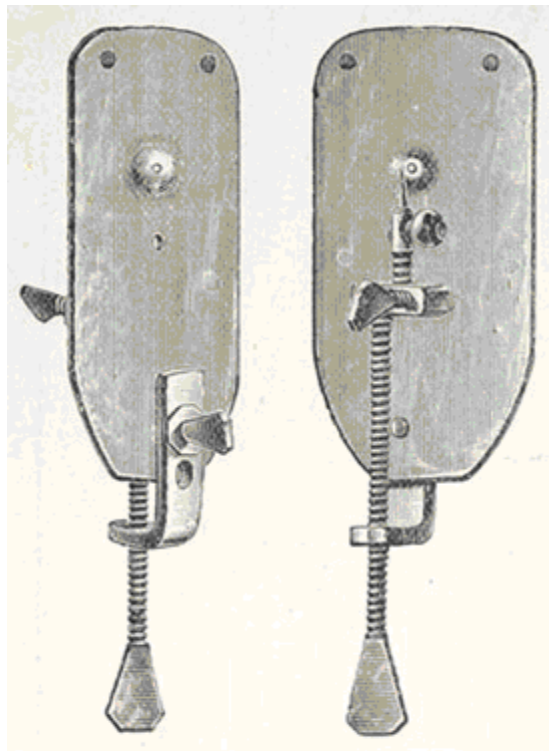
A mindennapi diagnosztikában és orvoslásban is fontos szerepet kapó készülék neve a görög mikron (kicsi) és szkopein (nézni) szóból származik.

De honnan is ered tulajdonképpen maga ez az ördögös kis szerkezet, mely szemünk elé tárja a parányi sejtek titokzatos világát? Induljunk el azokból a korokból, mikor még nem ismerték a kórokozókat, a betegségeket az ördög művének tekintették, és hittel s imával gyógyították azokat. Ebben a közegben született meg Antony van Leeuwenhoek egy tekintélyes polgári család sarjaként. Apja sörfőző volt, s mint ilyen, természetesen nagy megbecsülésnek örvendett otthonukban, a németalföldi Delftben.

A kis Antonyt szülei köztisztviselői pályára szánták, azonban ő tizenhat évesen otthagya az iskolát, s beállt inasnak egy amszterdami szatócshoz. Huszonegy évesen visszatért szülővárosába, megnősült, s megnyitotta saját rövidárukereskedését. Közösségi szolgálatot is vállalt, sikerült elnyernie a delfti városháza megtisztelő portási állását. Sok munkája dacára legtöbb idejét mégis szenvedélyének szánta, az üveglencsék metszését és csiszolását minden addiginál magasabb szintre tökéletesítette. Azonban számára mindez nem csupán kedvtelés volt: komoly távlati célok vezérelték őt, mégpedig a természet szemmel nem látható titkainak megismerése.

Metszeteket készített szinte minden tárgyról, élőlényről, amiről csak tudott. Optikai eszközeivel megvizsgálta többek között a házilégy idegrendszerét, a cethal izomrostjait és saját bőrének szerkezetét is.

Az ebihalak farkának tanulmányozásakor láthatta hogyan áramlik a vér a hajszálerekben, s megállapította, hogy a vérben gördülő gömböcskék, vértestek vannak. Tapasztalatait több százszor leellenőrizte mielőtt leírta volna azokat. Nem sürgette semmi sem, nem volt, ki versenytársa lehetett volna a felfedezések terén, hiszen neki volt a világon a legjobb mikroszkópja. Nem akart hibázni, mert jól tudta, olyan területen jár, melyen ember korábban még nem járt: a mikróbák világában. Ily módon húsz évig dolgozott magába zárkózva anélkül, hogy tapasztalatait bárkivel is megosztotta volna.



Leeuwenhoek mikroszkópja

Kíváncsiságától hajtva megvizsgálta az összegyűjtött esővizet is, s meglepve tapasztalta, hogy szinte nyüzsögnek benne a kis „állatkák”. Újból és újból megismételte kísérletét, de mindig megtalálta a kis lényeket az esővízben.

Mivel a leírás során az abszolút méreteket nem tudta megadni, ezért az újabb állatkákat mindig a korábban megismert lényekkel hasonlította össze. Például egyszer így írta a jellemzést: „Ez a fajta ezerszer kisebb, mint egy nagy tetű szeme”. Azonban az nem hagyta nyugodni, vajon miképp kerülnek bele a kis nyüzsgő jószágok a vízbe. Az Isten teremti őket a semmiből? Végül egy teljesen tisztára mosott porcelántálal fogta föl az esőcseppeket, s láss csodát, ebben a mintában egyetlen élőlényt sem fedezett fel! Szóval a kis élőlények a csészék szennyeződéséből származtak, s nem az égből hullottak alá.

Már Pasteur előtt felfedezte, hogy a baktériumok hővel elpusztíthatók. Minderre véletlenül jött rá, midőn a foglepedékben élő állatkákat vizsgálta. Egyszer kávézás után vett mintát szájából kísérleteihez, s meglepve tapasztalta, hogy ezekben egyetlen állatka sem volt található. Megijedve, hogy addigi tanulmányai tévesek voltak, tüstént újabb lepedéket nyert ki szájából, ezúttal azonban a zápfogai környékéről. Nagy megkönnyebbülésére ebben már ismét számtalan élőlény nyüzsgött, s megállapíthatta, hogy a kávé forróságának hatására tűntek el metszőfogairól a kis bestiák. Kifinomult eszközeivel végzett megfigyeléseiről az Angol Királyi Tudós Társasághoz írt leveleiben számolt be.

Találmányait, melyekkel végül már 300-szoros nagyítást is képes volt létrehozni, rendkívül féltékenyen őrizte. Nem engedte senkinek sem, hogy a kezébe vegye őket, s a legjobban sikerültek még csak meg sem pillanthatta rajta kívül senki sem. Még az angol királynőnek és Nagy Péter orosz cárnak is külön el kellett utaznia Delftbe hogy megtekinthesse a mikroszkóp alatti csodás lényeket, mivel Antony a világ minden kincséért sem vált volna meg a több mint 400 eszközének egyikétől sem.

Felfedezésekben gazdag élete 1723-ban, 91 éves korában ért véget. Több mint százötven évnyi fejlődés kellett ahhoz, hogy az összetett mikroszkópok minőségben képesek legyenek meghaladni az általa otthon készített nagyító eszközöket, melyekből tíz példány szerencsére még napjainkban is fennmaradt. Mikor vért, vagy vizeletet adunk a vizsgálatokhoz, jusson eszünkbe a delfti szatócsboltos Leeuwenhoek, aki felfedezéseivel új távlatokat nyitott az emberiség előtt.



Dr. Papp Gábor
PhD hallgató

A debreceni Autoimmun Betegegyesület Pécsen

2011. június 29-től július 1-ig az Autoimmun Betegegyesület felejthetetlen három napot töltött Pécsen. A csoport meghívást kapott az Országos Scleroderma Egyesület rendezvényére, amelyet minden évben a Sclerodermával Élők Világnapja alkalmából szerveznek meg.

Debrecenből kb. hét óra buszozás után érkeztünk meg Pécsre, ahol igazi felüdülést jelentett számunkra az első nap tartalmas programja. Idegenvezetőnk először a Zsolnay Múzeumot mutatta meg, majd a Csontváry Múzeumba kalauzolt el bennünket. A szállás elfoglalása után, rövid utazást követően nagyon finom kemencés süttekkel csillapítottuk éhségünket a villányi Szende étteremben.

A szakmai program másnap a Laterum Hotelben került megrendezésre. A kedves fogadtatás után Dr. Czirják László nyitotta meg a rendezvényt, és hasznos életmód tanácsokkal látott el bennünket. A második előadás a mozgásszervi tünetekről és kezelésükről szólt. A következő előadó a szív és tüdőpanaszokról, azok kezeléséről beszélt, majd „Az immunrendszer működése egészséges szervezetben, illetve az immunrendszer betegségeiben” címmel hallhattunk előadást. Végül a betegséggel való mindennapi együttéléshez kaptunk tanácsokat egy gyógytornásztól.

A finom ebéd elfogyasztása után az Oriental Fusionett lepett meg bennünket egy fergeteges táncbemutatóval.

A remek programsorozat ezzel még nem ért véget: a csoporttal ellátogattunk a Siklói várba, ahol az időjárás ugyan nem volt kegyes hozzánk, de az esőt hamar feledtették velünk a vár gyönyörűen felújított belső termei, amelyeket az ottani idegenvezető segítségével sikerült megtekinteni.

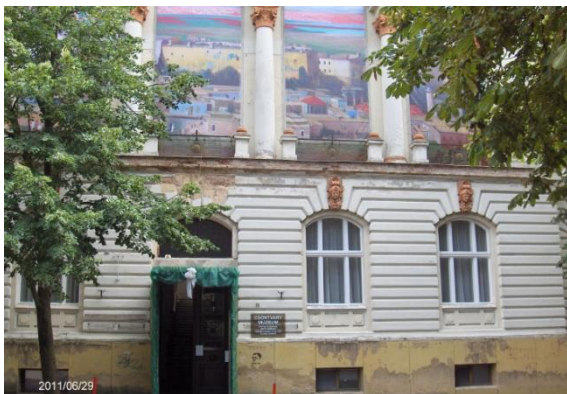
A harmadik napon nem hagyhattuk ki a programból a Katedrálist és a Dzsámit, amelyekben idegenvezetőnk, Tillai Gábor vezetett végig bennünket. A szakember tudása, embersége, egyszerű, közvetlen stílusa nagyon szimpatikus volt mindannyiunk számára. Egy rövid pihenő után úgy döntöttünk, hogy indulásig a városban teszünk egy felfedező túrát: hangulatos kávézók, kiülős teraszok és illatos pékségek csábítottak minket maradásra, de sajnos haza kellett térnünk.

Az a lehetőség, hogy az emberek megoszthatják betegségükkel kapcsolatos tapasztalataikat és nehézségeiket sorstársaikkal, nagy segítség mind a fizikai problémák megoldása, mind pedig a pszichológiai támogatás szempontjából. Ezek a rendezvények lehetővé teszik a betegség tágabb összefüggésben való értelmezését, így az érintettek szélesebb körű támogatásban és segítségben is részesülhetnek. Reméljük a soron következő debreceni összejövetel után a Scleroderma Egyesület tagjai is pozitív tapasztalatokkal és jó benyomással fognak hazatérni.



Csontváry Múzeum

A századfordulón emelt reneszánsz épületben 1973-ban nyílt meg a magyar festészet legkülönösebb egyéniségének Csontváry Kosztká Tivadarnak (1853-1919) kiállítása. A világ legnagyobb napút festménye is itt található a Baalbek. A Magányos Cédrus című festménye önarcképnek is tekinthető.



Zsolnay Múzeum

A kiállítás a világhírű Zsolnay kerámiaák történetét és jellegzetes darabjait mutatja be. Megismertet a család történetével és áttekintést ad a gyár tervezőművészeinek munkásságáról.



Siklósi Vár

A Vár a 13. században épült. 1401-ben öt hónapig itt őrizték Zsigmond Királyt. A Garaiak építették gótikus várkastéllá a 15. században. Utána Mátyás királyra szállt, ő fiának Corvin Jánosnak adta. A 16. században a Perényi családé, emléküket reneszánsz faragványok őrzik a várban és a kápolnában. A törökök közel 150 évig birtokolták. A 18. században a Batthyány család a Várkastélyt egy emelettel bővítette barokk stílusban.



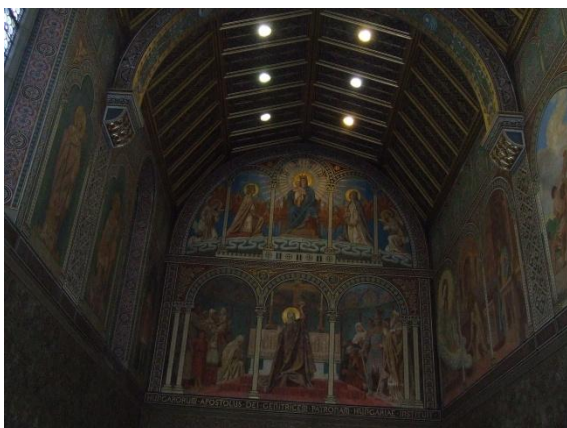
A pécsi székesegyház

Szepessy Ignác 19. századi pécsi püspök szobra mögött emelkedik a székesegyház. A 11. században épült fel az altemplom, majd a 12. században a dóm és a négy tornya. A mai formája a 19. század végén Schmidt Frigyes bécsi építész tervei szerint alakult ki.



Gázi Kászim pasa dzsámija

A magyarországi török-islám építészet legmonumentálisabb alkotása. A dzsámit Gázi Kászim 1543-1546 között építtette. Mérete hosszában és szélességében száz lépés. Ma katolikus templomként működik.



Dr. Csizyné Lenkey Valéria
Autoimmun Beteggyesület
alelnöke



