

## Tisztelt Olvasóink!

Előző számunk az előrettekintés szándékával jelent meg. Alapítványunk számára az alapító Egyesület új elnökének és főtítkárának abban bemutatott programja biztató a jövőbeli együttműködésre nézve. A Kuratórium november 5-én megtartotta első ülését az új és régi kuratóriumi tagok és a Felügyelő Bizottság tagjainak részvételével. A megismerkedésen túlmenően áttekintettük az MRA helyzetét és feladatait. A jelenlévők kinyomtatva megkapták az előző ciklus elnöki beszámolóját és az anyagi helyzetet mutató táblázatokat, és bemutattuk az Alapítvány korai dokumentumait és jegyzőkönyveit. Minthogy a jelen tisztújításkor az elnök és a titkár személye és a Felügyelő Bizottság összetétele nem változott, formális átadás-átvételre nem volt szükség. Elhatároztuk az MRA Szervezeti és Működési Szabályzatának megújítását, mert a civil törvénnyel való összehangolás miatt újrafogalmazásuk szükségessé vált. Megerősítettük azt a kuratóriumi határozatunkat, amely szerint a speciális feltételhez nem kötött adományokból álló kutatási keretet az MRA által meghatározott olyan betegközpontú kutatásra kell fordítani, mint a reumatológiai betegellátás minősége és szakmai feltételei. Ennek megfelelően a jogszabályban rögzített önkéntes segítők, tanácsadók testületét az MRA megújítja. Dr. Ortutay Juditot és dr. Rojkovich Bernadette volt kurátorokat az Alapítvány felkérte ezirányú szakértői feladatuk ellátására. Az eredményesebb kommunikáció és az interaktivitás lehetőségének

megteremtése érdekében az MRA a nyomtatott folyóiratot a jövő évtől kezdődően online formával egészíti ki, és a Magyar Reumabetegek Egyesületével együttműködve megújítja. A Magyar Reumatológusok Egyesületének új Vezetősége is megtartotta első ülését. Az MRE továbbra is biztosítja az Alapítvány támogatását, és az MRA által delegált összekötő továbbra is részt vesz – tanácskozási joggal – az MRE Vezetősége ülésein. A COVID továbbra is meghatározza mindennapjainkat, a járvány pusztításán túl megnehezíti a szükséges reumatológiai betegellátást, és a betegklubok személyes találkozóit. Ezért e számunkban a COVID okozta ellátási és kommunikációs nehézségeket mutatjuk be, amelyek új, az elképzeléseinknek megfelelő kezdeményezés során, közös videokonferenciánkon hangzottak el. A hazai reumatológia jelenét meghatározó, de múltjának kiemelkedő eseményéről, az első magyar egyetemi reumatológiai tanszék 50 évvel ezelőtti megalakulásáról számol be Gömör Béla professzor, a tanszék második vezetője.

Valamennyi kedves olvasónknak nyugalmas karácsonyt, és reményteljes új évet kívánunk.

Dr. Hodinka László  
szerkesztő



## Tartalom

<b>50 éve jött létre a reumatológiai tanszék Budapesten</b>	
<i>Gömör Béla dr.</i>	3
<b>Hogyan formálta át a COVID-19-járvány világszerte a reumatológiai betegellátást – szakirodalmi kitekintés?</b>	5
<b>Koronavírus-fertőzött hajléktalan betegek szociális ellátásának lehetőségei fekvőbeteg-ellátó egészségügyi intézményben</b>	9
<b>Az Európai Reumatológiai Egyesületek Szövetsége – EULAR – megújított COVID-ajánlása, 2021. július</b>	11
<b>COVID-dal kapcsolatos tapasztalatok</b>	
<i>Rojkovich Bernadette dr.</i>	12
<b>Az álhírek veszélyei – ne higgy el mindent!</b>	
<i>Rozán Eszter</i>	15

### REUMATOLÓGIA MINDENKINEK

Betegújság reumatológiai betegeknek • XVII. évfolyam, 3. szám, 2021. december • ISSN 2064-2326

Laptulajdonos: A Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány, Magyar Reumabetegek Egyesülete

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

Szerkesztőségi munkatárs: Dózsa Klára • A szerkesztőség címe, hirdetésfelvétel:

1023 Budapest, Ürömi u. 56., Tel.: +36-1-326-3396, Fax: +36-1-335-0876, E-mail: mra@reumatologia.hu

Szerkesztőségi fogadóórák: szerdánként 10–14 óráig.

Kiadja a Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány (1023 Budapest, Ürömi u. 56.)

A kiadásért felel: Dr. Hodinka László

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

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

Olvasható a [www.reumatologia.hu](http://www.reumatologia.hu) honlapon. Csoportos megrendelés a betegklubokon keresztül.

Nyomdai kivitelezés: IPRINT Kft. [www.iprint.hu](http://www.iprint.hu)

# Ünnepre készülve

## Pethő Gáborné kuratóriumi elnök karácsonyi köszöntője



Advent, ha kimondom e szót, már látom is a gyertya táncoló lángját, mely belengi a szobát, és érzem a mézeskalács édes fűszeres illatát!

Közeleg az év egyik legcsodásabb ünnepe, nagyon várjuk hiszen nehéz időszak van mögöttünk, és végre együtt lehetünk a családdunkkal! A legkisebb unokám, Bibike a vágyott ajándékát lerajzolta, testvére, az elsős Bakica már rá is írta a neveket, nehogy a Jézuska eltévessze azt az áhított játékot, majd kirakták az ablakba minden nap figyelvén, elvitte-e már a Jézuska segítőtje. Az idei adventi szezonban nem megyünk közösen forralt bort kóstolni, az utcai lacikonyhákat felfedezni, de díszítjük a lakást, a házat, kertet, vagy az erkélyt, listát írunk, tervezünk, közben megtelik szívünk boldogsággal és az ünnep várásával!

Októberben még személyes találkozót tervezünk, de a vírushelyzet óvatosságra intett minket is, ezért idén meglepetéssel készültünk! Összefogtunk a

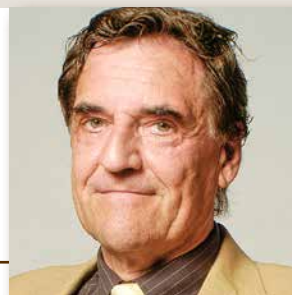
Magyar Reumabetegek Egyesületével, és annak vezetőjével, Rozán Eszterrel, bekopogunk otthonotokba egy e-mailhez csatolt videóval, hogy elvigyük rövidke műsorunkat és a köszöntönket önökhöz, hozzátok, hogy kicsit úgy érezhessük, együtt vagyunk! Betegtársaink az egyesület Facebook-oldalán láthatják ezt az ünnepi felvételt!

Kedves Vendégeink és Betegtársaink, Aranyosi Ervin kiragadott soraival kívánok Áldott Karácsonyt!

„...Ajándékozd mosolyodat,  
legyen ez egy égi jel,  
amitől a szív felderül,  
s arcunk ünneplőt visel!  
Mosolyoddal hadd terjedjen  
másra is a szeretet!  
Hadd kívánjak szeretettel  
mosoly-gazdag ünnepet!”



# 50 éve jött létre a reumatológiai tanszék Budapesten



**Dr. Gömör Béla**  
professor emeritus

Semmelweis Egyetem, ÁOK,  
Reumatológiai és Klinikai  
Immunológiai Tanszék

Mivel történeti visszaemlékezést tartunk, kezdjük az előzményekkel! Nyilvánvaló, hogy a mozgásszervi panaszosok ellátása és így kezelése is mindenkor a konzervatív orvoslás körébe esett. Azonban kitüntetetten a Kárpát-medencében, ahol már a spontán föltörő termálvizek is nagy számban fordultak elő, majd a célzatos mélyfúrások után hihetetlen mennyiségű gyógyvízkincs áll a terápia szolgálatában – a reumatológiai esetek ellátásának tapasztalatai a fürdőhelyekre koncentráálódtak. Az ott praktizáló orvosok szerezhettek évtizedes tapasztalatot az odaözönlő mozgásszervi panaszosok vizsgálatával. És ezek messze nem mind reumatológiai esetek voltak! Tehát a differenciáldiagnózisra is jó lehetőségük nyílt. Ezértérthető a ma kissé disszonáns hangzó elnevezés, hogy „Természetes gyógymódok szakorvosa”, ami Magyarországon a szakképzés bevezetésekor, 1923-ban a hivatalos elnevezés volt, egészen 1948-ig. Akkor került forgalomba B. Pártos Alice javaslatára a „Reumatológia és fizioterápia” (később fizioterápiára) meghatározás. A szakképzést megfelelő munkahelyeken letöltött idővel lehetett teljesíteni. A szakvizsga bevezetése a 2. világháború után kezdődött. Az 1951-ben létrejött ORFI lett a helyszíne a több hónapon át tartó tanfolyamoknak, melyeket a képzésben részt venni akaróknak előírtak. Ez volt az elvi és gyakorlati alapja annak, hogy egyetemi oktatási egység jöjjön létre az országos intézetben.

Bár hazánkban már 1883-tól rendeztek az orvosok számára „gyakorlati jellegű ismétlő kurzusokat”, az intézményesített formát, az Orvostovábbképző Intézetet 1956. január 1-jén hozták létre a Szabolcs utcai kórházban. A miniszter 1961-ben rendelte el 21 egyetemi tanszék fölállítását, de a név csak 1986-ban változott Orvostovábbképző Egyetemre. Húzó erejét az úgynevezett külső intézetek adták, melyek közül 1971-ben már, az országos intézetek bázisán több klinikai szakmának (például hematológia, onkológia, pszichiátria, stomatológia, traumatológia, tüdőgyógyászat) működött Tanszéke. Ezek számát gyarapította a működését 1971 július 1-jén, tehát 50 éve megkezdő Reumatológiai és Fizioterápiás Tanszék. A felsorolt oktatási egységek túlnyomó többsége az orvos-kari oktatásban szervezett formában nem volt képviselve.

sége az orvos-kari oktatásban szervezett formában nem volt képviselve.

A tanszék elnevezése nem lehetett kérdéses. A bázis intézetnek, az Országos Reuma és Fizioterápiás Intézet nevének megfelelően, ugyanazt a tartalmat felvállalva kapta meg az új tanszék a nevét. Azért az leszögezhető, hogy ebben az elnevezésben kis ellentmondás húzódik meg, hiszen a reumatológia, vagyis a mozgásszervek belgyógyászata klinikai szakma, míg a fizioterápia minden gyógyító szakma kezelésében hivatott segítséget nyújtani.

A tanszék az ORFI Lukács épületében, azon a C Reumatológiai Osztályon kezdte el működését, amelyet Bozsóky Sándor már két éve vezetett. Ugyanis a tanszékvezetésre kiírt pályázatot Bozsóky Sándor, az orvostudományok doktora nyerte el. Ő 1955 óta volt az ORFI immunológiai laboratóriumának főorvosa, az immunszerológia nagy szakértője, aki Farkas Károly főigazgató bölcs sugallatára állt át a reumatológiai klinikai munkára. A Tanszék 1980-ban került mai helyére, az Árpád fejedelem útja 7. szám alá, az akkor megnyitott 300 ágyas új épületbe. 1984-től e sorok írója volt a Tanszék kinevezett vezetője, ezért is bátorodik az emlékezéssel jelentkezni.

Három évtizeddel később vidéken is sorra létrejöttek az egyetemi reumatológiai tanszékek, így Szegeden 2000-ben, Debrecenben 2001-ben és Pécsen 2002-ben. Ezáltal a reumatológia tekintetében hazánkban megszűnt a centrális szakorvosképzés.

Az orvostovábbképzés egyeteme, mely 1993-tól Haynal Imre nevét viselte (HIETE), 44 évi működés után megszűnt, és 2000. január 1-jétől beolvadt a Semmelweis Egyetembe. Az oktatási egységünk kari képviselője 2003-ban megszűnt, mivel a III. Belgyógyászati Klinika Reumatológiai és Fizioterápiás Tanszéki Csoportja lettünk. Sőt hamarosan a csoportnakkét részlege lett, az egyik a mindenkori fizikális helyen, mely 2000-től a BIK-ben találta magát, a másik az ORFI-ban.

A Semmelweis Egyetem 2020-ban visszaállította az önálló reumatológiai oktatási egységet. Vezető szerveinek határozata alapján a Budai Irgalmasrendi Kórházban működő részleg helyett október 1-jétől a Reumatológiai és Klinikai Immunológiai Tanszék

kezdte meg a működését. Az Általános Orvosi Kar dékánja mint munkáltató ötévi időtartamra dr. Nagy Györgyöt bízta meg a tanszékvezetői feladatok ellátásával. Ő 1972-ben született, 2015-ben védte meg MTA doktori értekezését, és 2016 februárjától a Budai Irgalmasrendi Kórház osztályvezető főorvosa. 2018-ban nevezték ki az oktatási egység egyetemi tanárának. Az ORFI-ban működött részlegből Reumatológiai és Mozgásszervi Prevenációs Tanszéki Csoportjött létre, mely a továbbiakban a Belgyógyászati és Hematológiai Klinika kötelékében tevékenykedhet. A fél évszázada megalakult budapesti tanszék nevében tehát a reumatológia mellett „Fizioterápia” szerepelt, ma pedig a „Klinikai Immunológia”. Kétségtelen, hogy az utóbbi évtizedekben, az új gyógyszerek és műtéti eljárások miatt a fizioterápiák jelentősége kissé háttérbe szorult, de az oktatásban ez nem mutatkozhat(na) meg. Ugyanakkor az immunológiai kórképek diagnosztikája és kezelése hallatlan fejlődésen ment át, így a névváltozás a fejlődést tükrözi. Egyébiránt a biológiai terápia elterjedése révén a klinikai immunológia fontossága felerősödött a reumatológiában.

Ugyanakkor tényszerű, hogy a kiképzett szakorvosok a járó- és fekvőbeteg ellátás mindennapjaiban túlnyomórészt nem az immunológiai jellegű kórképekkel kénytelenek foglalkozni, hanem az ízületek és a gerinc kopásos elváltozásai miatti panaszosok tömegével.

Hogyan kapcsolódik a vázolt 50 év a háziiorvosi munkához és a háziiorvos képzéshez? Már sokan megállapították, hogy hazánkban a háziiorvoshoz fordulók majd egyharmada mozgásszervi panasszal jelentkezik. Ezek persze messze nem mind reumatológiai betegek! Mivel a háziiorvosoknak nincs lehetőségük a mozgásszervi tünetek ellátásában gyakorlatot szerezni, érthető módon nem is vállalkoznak arra, és a betegtömeg a szakrendelésekre zúdul. Ebben azért az is benne van, hogy köztudat nem tudja elképzelni a mozgásszervi panaszok ellátását fizioterápiák nélkül, arrapedig csak a szakrendeléseken kerülhet sor.

Noha a fentiekben említettek szerint mind a négy hazai orvoskaron van reumatológiai oktatási egység, a graduális képzésben igen kevés, és főleg csak elméleti képzésre jut idő. Ismereteink szerint Európa más országaiban jóval magasabb reumatológiai képzettségű orvosok hagyják el az egyetem padjait. Ez így valamennyi orvosra vonatkozik, de a mozgásszervi betegellátásban fontos (alap)lépcsőt jelentő háziiorvosok szakképzése során kellő reumatológiai gyakorlat megszerzésére lenne lehetőség, akkor a helyzet javítható lenne.

Ténykérdés, hogy a szakképzési kurikulumok '90-es években történt kialakítása során, mint tanszékvezetőnek sikerült elérnem, hogy a háziiorvosi képzésnek kötelező része volt a háromhetes reumatológiai osztályos gyakorlat. Örömteli visszaemlékeznie kollégák lelkes hozzáállására, az elsajátított gyakorlati tudás miatti örömeikre. Sajnos ez a rendszer néhány év után megszüntetésre került.

Jelenleg a háziiorvosi szakképzésben a belgyógyászati, gyermekgyógyászati, sebészeti, neurológiai, pszichiátriai, sürgősségi ellátásra vonatkozó kötelező gyakorlatok mellett – a szülészeti-nőgyógyászat is szerepel. Vajon ez utóbbit tudja manapság a háziiorvos valamennyire is hasznosítani? Hiszen kötve hiszem, hogy ezen szakma kérdéseivel foglalkoznak a háziiorvosi rendelőben. Felvethető, hogy talán ehelyett többet profitálnának a leendő háziiorvosok, ha ismét a reumatológiai esetek gyakorlati megítélését és kezelését tanulmányozhatnák. Mindennek megfelelően, hogy az MTA „A hazai orvosi szakmák helyzete és perspektívái a 21. században” kiadványa így határozza meg az idevágó helyes célt: „A háziiorvosok szakképzésében a mozgásszervi ismeretek és készségek erősítése, mely alkalmassá teszi őket a leggyakoribb mozgásszervi kórképek definitív ellátására, valamint a gyulladásszerű betegségek felismerésére ésszakcentrumba történő gyors beutalására.”

A fél évszázados múltira visszatekintő fővárosi reumatológiai tanszék és a vidéki oktatási egységeknek egyaránt fontos kötelessége az alapvető graduális és reumatológiai szakorvosképzési feladataik mellett megpróbálni aktívan részt venni a háziiorvosok reumatológiai képzésében is.

# Hogyan formálta át a COVID-19-járvány világszerte a reumatológiai betegellátást – szakirodalmi kitekintés?

Az alábbiakban néhány közleményt ismertetünk a járvány kezdetéről és kibontakozásáról a reumatológiai betegellátás szereplőinek szemszögéből

**Öt világhírű egyetemi reumatológiai klinika vezetőinek (São Paulo, Párizs-Salpêtrière, Harvard/Brigham, Peking Univ. Hosp., London Univ.) összefoglalói a járvány kitöréséről, személyes interjúk alapján**

- A betegek féltek elmenni a vizitekre, virtuális viziteket vezettek be, de az új esetek első vizsgálatai és a személyes beavatkozások elmaradtak, a betegek szorongtak emiatt, állapotuk sokszor romlott.
- telefonos és video-tanácsadásokat tartottak, mobilos önértékelő applikációkat javasoltak, de a távol lakó betegek lakóhelyén elvégzett vizsgálatok eredményeit elektronikus kórlapokon láthatták, s igyekeztek a virtuális viziteken önvizsgálatra és önálló döntésekre, önkezelésre oktatni a betegeket,
- a maszkviselés és távolságtartás mindenkit frusztrált, elmaradtak a munkaértekezletek, betegbemutatók, a gyakorlati oktatás leállt.

Bonfá E., Gossec L., Isenberg D. A., et al.: How COVID-19 is changing rheumatology clinical practice. *Nature Rev Immunol* 2021;17:11-15.

**Milyen kihívások elé állította a COVID-19 a reumatológiai betegellátó rendszert, és hogyan szervezték át az Egyesült Királyságban?**

- A NICE állami minőségbiztosítási intézet azonnal ajánlásokat adott ki a legsürgősebb tennivalókról:
- COVID-specifikus kockázatértékelés,
  - a betegkommunikáció átalakítása kockázatkezelésre,
  - a járóbeteg-ellátás átalakítása a kockázatok minimalizálására, a kezelési tervek eszerinti módosítása, a gyógyszerelés ellenőrzésének átalakítása.

Az NHS, az állami egészségügyi szolgálat elrendelte az alábbiak végrehajtását:

- az egészségügyi kommunikáció postai útra terelése,
- egyéni COVID-19-kockázatbesorolás és tanácsadás,
- betegtámogatás segélyvonalon keresztül,
- COVID-19-szűrés és kockázatértékelés,
- konzultánsok átállítása online kapcsolattartásra,
- a beteglisták átszervezése csak az alapvető vizsgálatokra, kevesebb személyes találkozóval,
- távkonferenciák bevezetése (pl. telefonos és videokonzultáció),
- nappali ellátó egységek a 24 órás helyett, intravénás helyett szubkután gyógyszerek,
- ízületi injekciók és vérvételek megfontolása, tájékoztatás.

Nune A., Iyenga K., Ahmed A., et al.: Challenges in delivering rheumatology care during COVID-19 pandemic. *Clin Rheumatol* 2020;39:2817-2821.

**A COVID-19 hatása a török reumatológiai járóbeteg-ellátásra**

Sok reumatológiai beteg nem tudott részt venni a kontroll vizsgálatokon, ami a kezelés abbahagyásához vagy a nem kontrollált önkezeléshez vezetett. Csak a betegek 27,2%-a jelent meg a rutinellenőrzésre az egyeztetett időben; 11,9%-uk változtatta meg kezelését anélkül, hogy kezelőorvosával megbeszélte volna. A betegek 57%-a folytatta a biológiai kezelést, 33,3% orvosi tanácsra, 9,6% saját elhatározásából szakította meg. Visszaesés miatt kétharmaduknál kellett újra kezdeni a biológiai kezelést.

Batıbay S., Ulucaköy R. K., Özdemir B., et al.: Clinical outcomes of Covid-19 in patients with rheumatic dis-

\* A Magyar Reumabetegek Egyesülete, a Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány és a Magyar Reumatológusok Egyesülete november 23-án tartott első közös online betegfórumán elhangzott előadás.

eases and the effects of the pandemic on rheumatology outpatient care: A single-centre experience from Turkey. *Int J Clin Pract.* 2021;75:e14442.



### **A COVID-19 hatása a reumatológiai ellátásra Latin-Amerika országokban**

Felmérésükben 19 latin-amerikai ország 1097 reumatológusa vett részt. A legtöbb reumatológus magánorvosként dolgozott (81,8%), 55%-uk járóbeteg-ellátó központokban 49%-uk fekvőbeteg-gyógyintézetben.

A világvárvány előtt a személyes rendelés heti óraszámának mediánja 27 (15-40) óra volt, ez a világvárvány alatt 10 (5-20) órára csökkent. A táv-egészségügyet 866 orvos (78,9%) használta a világvárvány alatt. A leggyakoribb kommunikációs módszer a videohívás volt (555; 50,6%), telefonhívások (499; 45,5%) és WhatsApp hanghívások (423; 38,6%). Bevételeik csökkenéséről 946 (86,2%) válaszadó számolt be. A konzultációs díjak is csökkentek, 88 (8%) reumatológus nyilatkozott úgy, hogy elvesztette az állását. A betegek közel fele a beállított gyógyszeres kezeléshez való ragaszkodásának csökkenéséről számolt be a felmérésre válaszoló orvosoknak.

*Fernández-Ávila D. G., Barahona-Correa J., Romero-Alvernia D., et al.: Impact of COVID-19 pandemic on rheumatology practice in Latin America. J Rheumatol 2021;48:1616-1622.*



### **A COVID-19 hatása a reumatológiai ellátásra az arab világban, köztük az Öböl-menti országokban**

Az Arab Reumaellenes Liga (ARLAR) e-mailes körkérőíve 858 reumatológusoz a következő kérdéseket tartalmazta:

- adjon adatokat a világvárványnak a reumatológiai tevékenységre gyakorolt hatásáról, beleértve a járóbeteg-ellátást és a kórházi kezeléseket (százalékban kifejezve),
- mondjon véleményt a kielégítetlen szükségletekre vonatkozóan.

A válaszok:

A COVID-19-világvárvány jelentős negatív hatással volt a reumatológiai praxisra, 69%-os csökkenés a kórházi kezeléseknél, 65%-kal a járóbeteg-ellátásban, 56%-kal az infúziós központokban, hiány az alapgyógyszerekben és a telemedicinális platformokban.

A reumatológiai ellátáshoz való korlátozott hozzáférés veszélyeztetheti a krónikus reumatikus betegségek kontrollját és a hosszú távú prognózist.

Erősen ajánlott a gyógyszerekhez való jobb hozzáférés és a telemedicinális platformok technikai és finansziális biztosítása.

*Ziadé N., Hmamouchi I., el Kibbi L., et al.: The impact of COVID-19 pandemic on rheumatology practice: a cross-sectional multinational study. Clin Rheumatol 2020;39:3205-3213.*

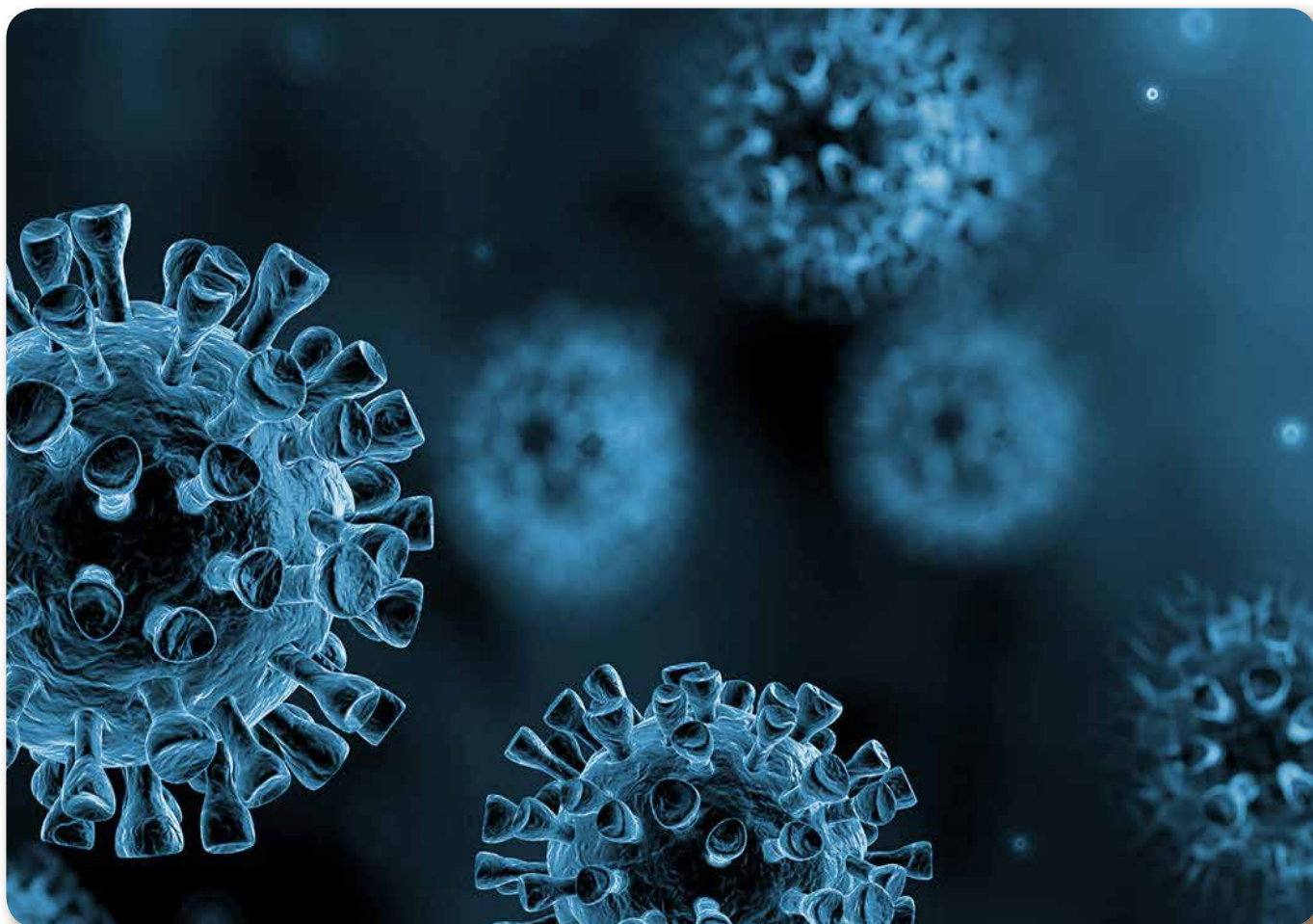


### **A COVID-19 reumatológus-adatbázis felmérése – Global Rheumatology Alliance Patient Experience Survey**

A nemzetközi reumatológus csoport rendszeresen közli betegeik önkéntesen megadott COVID-adatait. Felméréseik kiterjednek a demográfiai adatok, reumás betegség diagnózisa, COVID-19-diagnózis, a védőmagatartásformák elfogadása, gyógyszeres kezeléshez való hozzáférés, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés és a reumatológusokkal való kommunikáció, valamint a foglalkoztatásban vagy az iskolai tanulmányokban bekövetkezett változások gyűjtésére. Ebben a tanulmányban a járvány korai szakaszát vizsgálták (2020. április–május). Azt állapították meg, hogy a reumás betegségben szenvedő emberek betartották a kockázatcsökkentő viselkedési formákat, mint például a fizikai távolságtartást és a maszkviselést, valamint elkerülték a magas kockázatú mozgásokat, így a COVID-19-fertőzések száma alacsony volt. A 9300 résztvevő közül 510 (5,5%) volt COVID-19-beteg.

A legfontosabb körülménynek a foglalkoztatottság csökkenését tartják. A válaszadók negyedének változott a foglalkoztatási státusza, a teljes munkaidőben foglalkoztatottak számának csökkenésével, míg a munkanélküliek száma nőtt. Eredményeik összhangban vannak más kutatók által orvosi nyilvántartásokból, kárigény-adatbázisokból gyűjtött adatokkal. A reumabetegek ezen adatai a világvárvány korai szakaszában alapvető fontosságúak az ellátáshoz való hozzáférésük, a klinikai döntéshozatal és az egészségügyi ellátórendszeren belül szükséges strukturális változtatások szempontjából.

A reumatológiai betegeknek a reumatológussal való kommunikációja alapbetegségüket illetően a leggyakrabban telefonon történt (9270-ből 2252 [24,3%]), ezt követte az e-mail vagy internetes betegportál (1611 [17,4%]), rendelői látogatás (azaz személyes találkozó; 919 [9,9%]), és telemedicina (552 [6%]). Egyéb kommunikációs módszereket, beleértve a közösségi médiát és az SMS-t 8,3% (773 beteg) használt. Több mint egyharmaduk (3291 [35,5%]) nyilatkozott úgy, hogy nem volt oka kapcsolatba lépni reumatológusával, 1043 (11,3%) azonban egyáltalán nem tudott kommunikálni kezelőorvosával.



Az egészségügyi ellátórendszerek gyorsan alkalmazkodtak a COVID-19-hez a világiárványnak még a korai szakaszában. Az, hogy a válaszadók egy része azt jelezte, hogy semmilyen módon nem tudott kommunikálni reumatológusával, számos klinika bezárása és az új típusú egészségügyi ellátáshoz való alkalmazkodás késedelmei miatt fordulhatott elő. Tisztázni kell, hogy a technológiához való hozzáférés és a reumatológiai ellátással kapcsolatos telemedicina használatának helyi lehetőségei hogyan növelheti ez a reumatológiában meglévő egyenlőtlenségeket?

*Hausmann J. S., Kennedy K., Simard J. F., et al.: Immediate effect of the COVID-19 pandemic on patient health, health-care use, and behaviours: results from an international survey of people with rheumatic diseases Lancet Rheumatol 2021;3:e707–14.*

#### **A telefonos konzultáció hasznosságának utólagos értékelése Ausztráliában**

A legtöbb beteget 2020-ban „telereumatológián” keresztül látták el, ez kizárólag telefonos megbeszélést jelentett. A járvány alatt több távkonzultáció zajlott, mint 2019-ben. A többlet ízületi gyulladások autoimmun betegségek problémáiból adódtak (35 vs. 31%). A sűr-

gősségi kórházi felvételek száma ezzel együtt csökkent. A betegek jobban betartották az előjegyzett konzultációs időpontokat, alkalmazták az önértékelő applikációkat. Biztonsági okokból a kontroll időpontokat előbbre kérték. Az újonnan megállapított betegségek száma és új terápiák indítása viszont alacsonyabb volt.

Össességében a kontrollok iránti igény nőtt, de az új betegségek felismerése, kezelése, a régieknél az esetleg szükséges változtatások késedelmet szenvedhetnek. Ezek a következmények a COVID hatásai, de ha a telereumatológia általánossá válik, ez negatív hatással lehet arra, hogy a reumatológiai betegek szükséges vizsgálata és kezelése a kellő időben megtörténjen.

*Zhu W., De Silva T., Eades L., et al.: The impact of telerheumatology and COVID-19 on outcomes in a tertiary rheumatology service: a retrospective audit. Rheumatology 2021;60:3478–3480.*

#### **A telemedicina elterjedtsége az idősebb felnőttek körében a COVID-19 során**

A COVID-19-világiárvány során az újabb bizonyítékok azt sugallják, hogy a telemedicinához való hozzáférés, és a telemedicina használata terén igen nagy egyenlőtlenségek tapasztalhatók, különösen az idősebbek körében,

noha ők profitálhatnak leginkább a telemedicinából. A körükben gyakori súlyos betegségek és funkcionális károsodások miatt szükséges egészségügyi ellátásra való utazások számukra különösen terhelőek és költségesek. A csak telefonbeszélgetéseken alapuló vizitekhez képest a video-kapcsolatok ugyan jóval hasznosabbak a beteg és az orvos közötti kommunikáció és a fizikális állapot jobb megismerése szempontjából, azonban kevesebb információ áll rendelkezésre azokról az idősebbekről, akikkel ellátóik a világjárvány idején videós viziteket alkalmaztak.

Ezért a kutatók célkitűzése az idősek telemedicina-használatának felmérése volt az Egyesült Államokban az idősek állami egészségügyi ellátásában (Medicare) részesülők országosan reprezentatív betegmintájából származó adatok felhasználásával. A telemedicina elterjedtségének és igénybevételük feltételeinek vizsgálata az idősebb felnőttek körében rendszeresen végzett, a NHATS- (National Health and Aging Trends Study) felmérés keretében történt. Ebben a válaszadókat évente megkérdezik egészségi állapotukról, tevékenységeik ellátásának képességéről, és környezetük technikai lehetőségeiről. A 2020-as NHATSCOVID-felmérés részeként postai úton továbbították a telemedicina használatára vonatkozó kérdéseket 2020 júniusa és októbere között. A felkért 3961 személy közül 2350-en (60,5%) válaszolt a kérdésekre. A válaszadók többsége nő (53,4%), 81,8%-uk nagyvárosi lakos volt. A válaszadók 23,9%-a számolt be telemedicina használatáról, szemben a világjárvány előtti 5,4%-kal. Viszont 59,9% személyes viziteken vett részt a világjárvány alatt is. A nem nagyvárosi területen élők személyes jellemzői (többségükben középiskolai vagy annál alacsonyabb iskolai végzettség, egyedül élők, alapbetegség nélküliek) csak 16%-ban vettek igénybe telemedicinát, a 82 százalékos személyes vizsgálattal szemben. Az idősebbek körében a COVID-19-világjárvány első csúcspontján a videós vizitek a korábbi ötszörösére nőttek, nagy többségükben azonban nem használták a videós látogatásokat. A személyes vizitekkel való utazás terhei és magasabb súlyos COVID-19 kockázatának a védőoltáshoz való hozzáférés előtt kétszer annyi idősebb jelentkezett személyes, mint videós vizitre. A jövőbeni kutatásoknak meg kell vizsgálniuk a telemedicina igénybevételét a következő időszakban is, a járványhullámok és az egészségügyi válság után. Mivel a telemedicina a személyes látogatások újszerű kiegészítőjévé vált, eredményeik azt sugallják, hogy a telemedicina alacsony igénybevétele mögött az idősebbek számára fennálló akadályok állnak-e, vagy a személyes ellátáshoz való hozzáférés preferenciái, vagy ezek kombinációja. A telemedicina elterjedésének előmozdítása valószínűleg a következőket igényli majd a digitális szakadék kezelésének, a telemedicina-platformok használhatóságának javítá-

sát. Mindez közösségi alapú technikai támogatásra van szükség.

*Frydman G. L., Gelfman L. P., Li W., et al.: Telemedicine uptake among older adults during the COVID-19 pandemic. Ann Int Med 2021;174:9 November online. doi:10.7326/M21-2972*



### **Rheumatoid arthritises betegek gondolatai a COVID miatti öngondoskodásról**

A kutatók célzott kérdésekkel mélyinterjúkat készítettek 2020 márciusa és októbere között rheumatoid arthritisszel élő, életkor, nem és iskolai végzettség szerint kiegyensúlyozottan kiválasztott 26 kanadai résztvevővel. Három témát beszéltek meg részleteikben:

1. Hogyan alkalmazkodtak az öngondoskodás fenntartásához: a résztvevők hogyan gondoskodtak betegségükről úgy, hogy kerüljék a megfertőződést?
  - Több időt töltöttek otthon, megosztották a feladatokat a kockázatok szerint, maximális egyéni védekezéssel.
2. Hogyan kezelték érzelmileg az új helyzetet: milyen stratégiákat alakítottak ki, hogy megőrizzék képességüket a pozitívumok megtartására, a negatív gondolatok elkerülésére?
  - A járvány fenyegetésének tudatos elengedését, ugyanakkor a kockázatok szem előtt tartását egyszerre próbálták megvalósítani, ezzel biztosították a nehézségek és az érzelmi reakciók kezeléséhez szükséges kontrollt.
3. Hogyan értékelték a kommunikáció megváltozását, a távkonzultációk értékét és hasznát?
  - Pozitív tapasztalatokról számoltak be, az egészségügyi kapcsolattartás viszont főként akkor volt hatásos, ha a jó személyes kapcsolatok már a járványt megelőzően kialakultak.

Következtetésük: a válaszok támpontot nyújtanak a reumatológiai betegellátóknak arról, hogy miként lehetne fejleszteni a krónikus betegségekben szenvedők öngondoskodási stratégiáit a COVID-19-világjárvány alatt és után. Különösen jó lehetőséget hozott a járvány a távkonzultációk kiterjesztésére a betegek bevonásának és ellátásának optimalizálása érdekében.

*Leese J., Backman C. L., Ma J. K., et al.: Experiences of self care during the COVID 19 pandemic among individuals with rheumatoid arthritis: A qualitative study. Health Exp 2021;Special Issue 21 July:1-17. DOI: 10.1111/hex.13341.*



# Koronavírus-fertőzött hajléktalan betegek szociális ellátásának lehetőségei fekvőbeteg-ellátó egészségügyi intézményben



Dr. Sallai Julianna  
Rozália PhD



Dr. Gyergyói Viktória

*Dr. Sallai Julianna Rozália PhD és dr. Gyergyói Viktória tanulmányának ismertetése*

Az Országos Mozgásszervi Intézet Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet szervezeti egységét, a koronavírus-járvány kapcsán szokatlan körülmények között szokatlan feladatként hajléktalan betegek ellátására jelölték ki. Az Intézet szociális segítségnyújtási egysége ápolásuk időszakában végzett munkájának tapasztalatait annak munkatársa fontosnak tartotta tudományos igényességgel összefoglalni és közölni\*. Hasznosnak gondoljuk munkáját nem csupán szakmai olvasóközönséggel megosztani, mivel az elkövetkező időszakban ilyen problémák a szociális munka és az egészségügyi ellátás közös területén előfordulhatnak. A nem csupán egészségügyi, hanem alapvetően szociális kihívást jelentő munkát a nem egészségügyi olvasók számára ismertetjük.

A járvány második és harmadik hullámában az intézménybe érkezett 570 beteg közül szokatlanul magas számú, 72 fő volt koronavírus-fertőzött hajléktalan beteg. Nem és életkor szerinti megoszlásuk: a vizsgált betegek átlagéletkora nők (a vizsgáltak 43 százaléka) esetében: 51,5 év, míg a férfiak (57%) átlagéletkora 54,9 év volt. Kétharmaduk az 50–70 év közötti korcsoportokban volt, egynegyedük 40 és 50 között. Orvosi szempontból a következőket vizsgálták:

- Állapotuk súlyossága, terápiás igények (intenzív ellátás, oxigénpótlás).
- Milyen társuló betegségeik voltak?
- Milyen hosszú volt a betegek átlagos ápolási ideje?
- Szociális szempontból milyen problémák merültek fel a betegek felvételekor, ápolásuk elején és gyógykezelésük alatt?
- Gyógyulásukat követően, elbocsátásuk során milyen nehézségekkel szembesültünk a problémák megoldásában?

## Legfőbb tapasztalataik a következők voltak

Összesen 72 hajléktalan beteget láttak el 2020. november 11. és 2021. május 11 között. A viszonylag szokatlan beteganyag intézetünkbe irányításának oka az volt, hogy mint kijelölt COVID-ellátó kórházat, kezdetben a hajléktalan szállók és szociális intézmények lakóinak ellátására jelölték ki.

A 72 beteg orvosi kezelés szempontjából heterogén csoport volt, hiszen a terápia a fertőzés súlyosságától és az egyéb alapbetegségektől is függött. Antivirális szereket, antibiotikumokat, vérrögképződés megelőzésére alvadásgátló készítményeket, koleszterin-, valamint savcsökkentő gyógyszereket, nagy dóziszú D-vitamint, és szükség esetén – tíz beteg esetében – oxigén-terápiát is alkalmaztak. Intenzív osztályra két beteget helyeztek, gépi lélegeztetésre egyik páciensnél sem került sor. A szükséges intenzív osztályos kezelések alacsony számának háttérében az állhatott, hogy a COVID-ellátás kezdetén döntően az I-es és IIA stádiumú (enyhe, illetve középsúlyos) betegeket irányították az intézetünkbe (I: korai fertőzés, vírus-inokuláció, IIA: pulmonalis fázis hypoxia nélkül). Mellettük olyan páciensek is voltak, akiket COVID-kontaktként hatósági karantén letöltésére irányítottak Intézetünkbe. Tehát orvosi szempontból nem igényeltek kórházi felvételt, így az ő esetükben gyógyszeres kezelésre nem volt szükség. Ápolási szempontból azonban náluk is szükséges volt a rühesség kezelése, valamint a tetvetlenítés. Valamennyi esetben megfelelő hálóruházatot, fürdőpapucst, fiatal hölgyek esetén az egészségügyi betétet, férfiak esetén borotválkozás-hoz szükséges felszerelést biztosítottak.

Fennálló társbetegségeiket vizsgálva a leggyakoribbak a cardiovascularis rendszert érintő kórképek

\* Sallai, J. R., Gyergyói, V.: Koronavírus-fertőzött hajléktalan betegek szociális ellátása. IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben 2021, 20, 2, 17–20.

voltak (44%), ide sorolva a hipertóniát, valamint korábban lezajlott miokardiális infarktuszokat és ritmuszavarokat is. Ezt követte az alkohol-függőség, amely az ápoltak 29%-ánál állt fenn. Emellett neurológiai kórképek (korábbi stroke, epilepszia – gyakran alkoholmegvonás okozta roham formájában) voltak gyakoriak, az ápoltak mintegy 25%-ában, pszichiátriai betegségek (az alkohol dependencián túl szorongásos zavarok, depresszió, skizofrénia) közel 20%-ban fordultak elő. A hajléktalan betegek leggyakoribb kísérő betegségei számszerűen (egy betegnek több társuló betegsége is lehetett): szív-érrendszeri betegség 32, alkoholbetegség 21, előzetes fizikai trauma 19, ideggyógyászati kórkép 18, pszichiátriai betegség 15, tüdőbetegség 12 (ebből tuberkulózis 4), gyomor-bélrendszeri betegség 10, daganat, diabetes, lábszárfekély 5-5 eset. Véleményük szerint (főleg a még nem súlyos esetekben) a pszichiátriai kórképek és az alkoholfüggőség sok esetben aluldiagnosztizáltak, illetve nem minden orvosi leletben kerültek dokumentálásra.

Az ellátás során komoly tettlegességgel nem találkozottak, a verbális agresszió előidézője az addikción túl (alkohol, nikotin) a speciális helyzet (szkafanderben dolgozó ellátó személyzet) és a bezártság (teljes látogatási tilalom és az adott osztály elhagyásának tilalma) okozta frusztráció is lehetett. Felvételnél a legtöbb beteg esetében a legfőbb pszichoszociális probléma maga a hajléktalanság volt. Sokszor panaszkodtak a túlszűfolt szállókra, ahol nincs meg a szükséges személyes terük. Számos beteg felvételekor korábban nem megszokott orvosi és ápolási teendőkkel is szembesül. A hajléktalanok súlyos szociális nehézségei miatt előállt feltételek miatt fertőtlenítő fürdetésre, ruhességük kezelésére, hajuk tetvetlenítésére, teljes ruházatuk veszélyes hulladékként a rossz higiénés körülményekre visszavezethetően gyakoriak a fertőző betegségek, például a tuberkulózis, fertőzött sebek, lábszárfekély, illetve az élőködőkkel, tetvességgel, ruhösszennel kapcsolatos bőrgyógyászati esetek. Az esések, bántalmazások következményei a törések, zúzódások, agyrázkódás, égések, valamint a téli időszakban szabadban éjszakázás következményeként a fagyások. A bőrbetegségek közül gyakoriak az ótvar, vagy a gombás jelenségek is. Mindezeket gyakran az általános ápolatlanság súlyosbítja. A ruhatetű, fejtetű és a ruhesség közegészségügyi kockázatot jelent a nem hajléktalan népesség számára is. A fent említett, mind a hajléktalan és a nem hajléktalan népesség által látogatott helyeken, igénybe vett tömegközlekedési eszközökön előfordulhat az élőködőkkel való megfertőződés. Jelentős problémát okoz a mentőszolgálatnak, ha élőködőkkel fertőzött hajléktalan személyt kell ellátnia.

A szerzők a megbeszélésben kiemelik, hogy a hajléktalan emberek egészségügyi ellátáshoz való joga a helyi szociális védelmi rendszernek megfelelően országoként különböző, összefüggésben lehet admi-

nisztratív státuszukkal (pl. regisztráltak-e). Különböző lehet aszerint is, hogy rendelkeznek-e állampolgársággal vagy sem. A sürgősségi betegellátás és az alapellátás mindenki számára ingyenesen hozzáférhető. Az egészségügyről szól 1997. évi CLIV. törvény értelmében sürgős szükség esetén minden betegnek joga van az életmentő, illetve a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátáshoz.

A kezelték adatai és a rendelkezésre álló információ alapján, – melyeket az Intézet minden munkanapjának kezdetekor a szociális és mentálhigiénés munkatárs lekért a Betegfelvételi Osztálytól – tette meg a szolgálat az adekvát szakmai lépéseket. Az ápolat 72 fő esetében elemzésre kerültek a krízishelyzet feloldásának lehetőségei. Az orvosi felvételt követően, majd az alapvető higiéné biztosítása után, megkezdődött a szociális ellátás: 9 fő érvényes TAJ-kártyával nem rendelkező hajléktalan beteg esetében online történt az ügyintézés. Budapest Főváros Kormányhivatala Egészségbiztosítási Főosztálya a 2015. évi CCXXII. törvény 25. § (1) bekezdése alapján, az elektronikus ügyintézését biztosító szerv az ügyfél e törvényben meghatározott jogait e törvény és a végrehajtására kiadott rendeletek szerinti elektronikus ügyintézését biztosító információs rendszer útján biztosította.

A Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK) szakmai protokoll előírása alapján két negatív PCR-teszt vizsgálati eredményt követően helyezték el a betegeket.

Lakhatást is biztosítottak: (9 fő) Teréz Anya Nővérei férfi hajléktalanokat ellátó intézménye, (12 fő) Budapest Módszertani Központ Könyves Kálmán KRT. 84.; (7 fő) Budapest Módszertani Központ Kőbányai út Lábadozó; (7 fő) Budapest Módszertani Központ Éjjeli Menedékhely és Nappali Melegedő Központ (4fő); Budapest Módszertani Központ Dózsa György út 152 (11 fő); Szabolcs utcai Hajléktalan Kórház (4 fő); Magyar Vöröskereszt Budapest Fővárosi Szervezete (5 fő), Menedékház Alapítvány Izolációs részleg (5 fő). A fedél nélküli betegek nyomon követését azzal biztosították, hogy miután minden szükséges esetben megszervezték a beteg elhelyezésének biztonságos lebonyolítását, tájékoztatta az osztályvezető főorvost, illetve a szakorvost, kit hol fogadnak. A fogadó intézmény pontos címe, vezetője neve és telefonos elérhetősége felvezetésre került a beteg kórházi zárójelentésén/dokumentációjában. Az ápolat páciensek utánkövetése során ellenőrizték, hogy az előzetesen egyeztetett, őket fogadni kész hajléktalan intézménybe megérkeztek-e.

Legfontosabb következtetésük, hogy a jövőben fokozott hangsúlyt kell fektetni a hajléktalanok fizikai és mentális egészségkárosodásának megakadályozására, az érintettek önértékelésének nagy mértékű javítására. Így hasonló szükséghelyzetben fizikai állapotromlásuk és különféle betegségeik közegészségügyi veszélyei kisebb mértékben terhelnék az egészségügyi intézményeket.

# Az Európai Reumatológiai Egyesületek Szövetsége – EULAR – megújított COVID-ajánlása, 2021. július

## Általános elvek

1. A reumatológiai betegek esetében nem nagyobb a SARS-CoV-2-megbetegedés kockázata, mint másoknál, és ha meg is betegednek, a betegség lefolyása és kimenetele nem rosszabb, mint hasonló, nem reumabeteg személynél.
2. A COVID-19 diagnosztizálása és kezelése reumabetegeknél elsősorban a COVID-19 kezelésében jártas szakember feladata.
3. A reumatológus az illetékes a reumabetegek immunmódosító vagy immunelnyomó kezelésében, ezért a COVID-ot kezelő orvosoknak be kell vonniuk őket az ilyen gyógyszerek fenntartásáról vagy abbahagyásáról szóló döntésbe.
4. Tekintettel szakértelmükre, a reumatológusokat be kell vonni a COVID-19 kezelésével kapcsolatban létrehozott helyi, kórházi, regionális vagy nemzeti irányelvbizottságok munkájába.
5. Az immunmódosító vagy immunelnyomó gyógyszereknek a COVID-ra érvényes irányelveken, protokollokon vagy klinikai vizsgálatokon kívüli alkalmazását nem szabad ajánlani.

## Javaslatok

1. A reumatológiai betegségekben szenvedőknek nyomatékosan javasolni kell, hogy a SARS-CoV-2 elleni védőoltás előtt és után is tartsák be a közegészségügyi hatóságok által előírt összes fertőzés- megelőző intézkedést.
2. A reumabetegeknek azt kell tanácsolni, hogy az EMA által jóváhagyott egy- vagy többadagos vakcinák bármelyikével kapjanak SARS-CoV-2 elleni védőoltást.
3. Azoknak a reumabetegeknek, akiket beoltottak SARS-CoV-2-módosító ellen, azt kell tanácsolni, hogy változatlanul folytassák kezelésüket; azok, akiket nem oltottak be, szintén folytathatják kezelésüket, figyelembe véve, hogy bizonyos erélyes immunelnyomó terápiák mellett nagyobb a súlyos lefolyású COVID-19 kockázata.
4. Ha tartós szteroid-kezelésben részesülő reumabetegnél COVID-gyanú, vagy igazolt COVID-19 alakul ki, a kezelést folytatni kell.
5. Ha rituximab (RTX) biológiai kezelésben részesülő reumatológiai beteg SARS-CoV-2-fertőzést kap, fontolóra kell venni a RTX következő ciklusának elhalasztását.
6. Az olyan, kezdetben enyhe COVID-tünetekkel rendelkező reumabetegeknek, akiknél a COVID-19-tünetei súlyosbodnak, azonnal COVID-19 kezelésben illetékes szakértőtől kell tanácsot kérniük.
7. Tanácsos, hogy a reumabetegek frissítsék általános oltási státuszukat, különös tekintettel az influenzára és a Pneumococcus-tüdőgyulladásra.
8. Ha reumatológiai beteg esetében a reumatológus kezelőorvos immunmódosító vagy immunelnyomó kezelést tervez, a SARS-CoV-2-vakcinációnak meg kell előznie az ilyen kezelés megkezdését.
9. Rituximabot vagy más B-sejteket eltávolító terápiában részesülő reumatológiai betegeknek a SARS-CoV-2-vakcinázást úgy kell ütemezni, hogy a vakcina immunizáló hatása a lehető legnagyobb legyen.

# COVID-dal kapcsolatos tapasztalatok



Rojkovich Bernadette dr.

## A SARS-CoV-2-koronavírus okozta Covid-19-fertőzés tünetei

Láz	(88%)
Száraz köhögés	(68%)
Fáradékonyosság	(38%)
Produktív köhögés	(33%)
Nehézlégzés	(19%)
Torokfájás	(14%)
Fejfájás	(14%)
Izom- vagy ízületi fájdalom	(15%)
Hidegrázás	(11%)
Hányás	(5%)
Hasmenés	(4%)
Specifikus tünet: íz, szaglás elvesztése	

## A betegség lefolyása

Enyhe vagy közepes	80%
Súlyos	14%
Kritikus	6%
Halál	2-3%
Lappangási idő: 5-6 nap	

## Koronavírusok

MERS-CoV- Middle East Respiratory Syndrome  
 SARS-CoV Severe Acute Respiratory Syndrome  
 SARS-CoV-2 –Wuhan –COVID-19

### COVID-19

One disease caused by the SARS-CoV-2 virus.  
**Novel coronavirus**  
 Coronaviruses are viruses that circulate among animals but some of them are also known to affect humans.  
 The 2019 novel coronavirus was identified in China at the end of 2019 and is a new strain that has not previously been seen in humans.

### Symptoms

- FEVER
- COUGH
- DIFFICULTY BREATHING
- MUSCLE PAIN
- TIREDFNESS

### Prevention

- When visiting affected areas: Avoid contact with sick people
- Wash your hands with soap and water
- If you develop cough, use a medical face mask
- Whenever you travel apply general hygiene rules

### Transmission

VIA RESPIRATORY DROPLETS  
 2-14 days estimated incubation period

## SARS-CoV-2 –koronavírus delta (indiai) variáns

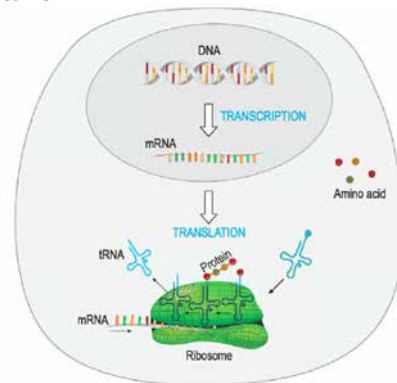
- 2020 decemberében azonosították
- 2021 márciusában kiemelt kockázatúnak minősítették

### Jellemzői

- Lappangási ideje rövidebb (4 nap)
- Fertőzöttek vírusürítésének mértéke magasabb (fertőzőképesebb, gyorsabban terjed)
- Gyakoribb a felsőlégúti tünet (nátha, tüsszögés), fejfájás, torokfájás, hőemelkedés, láz, bágyadtság, emésztőrendszeri panaszok (hányinger, hasmenés) hallás (füzzúgás, szédülés) szem:
- Gyakoribb a gyorsan kialakuló súlyos állapot, főleg krónikus alapbetegségben

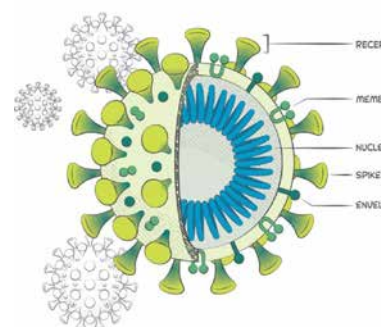
## Emberi sejt

Sejtmag DNS – genetikai információ (nucleotidok)  
 Szállító mRNS-re íródik át az információ  
 Plazmába kijutva a riboszomákban aminosavakból álló fehérjeszintézis



## SARS-CoV-2 (koronavírus) felépítése: RNS körüli fehérje burok a tüskefehérjével

Tüskefehérje



\* A Magyar Reumabetegek Egyesülete, a Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány és a Magyar Reumatológusok Egyesülete november 23-án tartott első közös online betegforumán elhangzott előadás.

## Vírusfertőzés

Vírus genetikai információja: DNS, RNS

Fehérjeburok

Szaporodni a fertőzött sejt segítségével tud

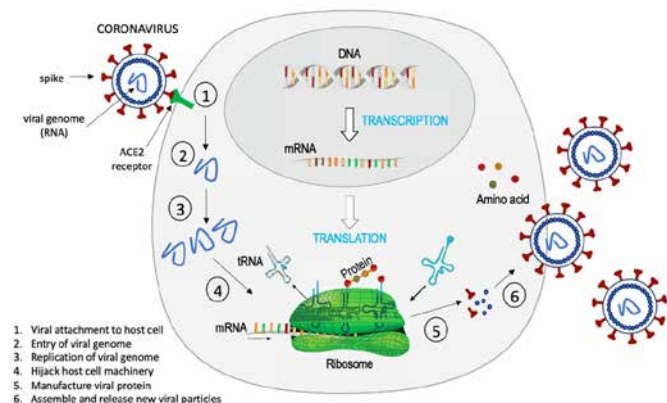
*SARS-CoV-2 koronavírus:*

Vírus Spike protein – sejt angiotensin-converting enzim-2 (ACE2) receptorhoz

*Vírus RNS-replikáció*

Riboszomákban a vírus fehérje szintézis

Vírus megsokszorozódik, kilép a sejtől



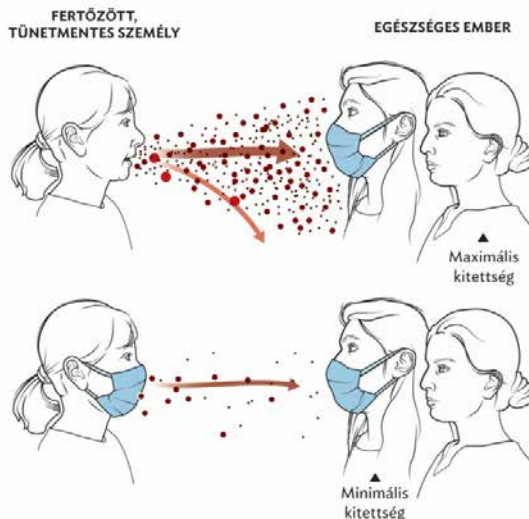
## Hogyan védekezhetünk a koronavírus fertőzéssel szemben?

- Társadalmi érintkezés csökkentése, távolságtartás
- Maszk
- Gyakori kézmosás
- **Védőoltás**
  - Passzív immunizálás ellenanyaggal
  - Aktív immunizálás, a behatoló idegen kórokozó ellen a szervezet védekezik
    - Sejtes immunválasszal
    - Ellenanyagtermeléssel válaszol

## A maszkviselés csökkenti a levegőn át történő koronavírus-fertőzés esélyét

A fertőzött, de tüneteket nem mutató emberek is kibocsáthatnak vírussal szennyezett apró részecskéket (aeroszoloikat), pusztán a légzéssel vagy a beszéddel is. Maszk nélkül a legnagyobb a fertőződésnek való kitettség (felső ábra), míg az általános maszkviselés esetén a legkisebb (alsó ábra).

Részecskék mérete mikrométerben  
(1 mikrométer a milliméter ezredrésze)



## A pandémia (világjárvány) megelőzésében a legfontosabb szempont a védőoltás (vakcina)

Az első generációs vakcinák teljes vírust tartalmaznak

- elölt (inaktivált) kórokozó (Hepatitis-A és a veszettség védőoltása)
- gyengített vírus MMR- (morbilli-mumps-rubeola) oltás.

*Második generációs vakcinák*

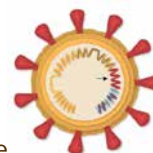
- molekuláris biológia eszközeivel a vírus genetikai anyaga nélküli, az immunitás kiváltását okozó vírus fehérjéket használnak. (Hepatitis B, humánpapillomavírus)
- Vektorvakcinák (adenovírus) SARS-CoV-2 tüskefehérjéjének génjét a vektorként használt vírus genetikai állománya hordozza

*A harmadik generációs vakcinák a fehérje előállításához szükséges nukleinsav-molekulát tartalmazzák*

- mRNS – Nanopartikulum (lipid-nanorészecske)

*Elvárások a védőoltással szemben:*

- Hatásos
- Biztonságos
- Megfelelő gyártási kapacitás (bioreaktorok,
- Sejtkultúrák, hűtés)

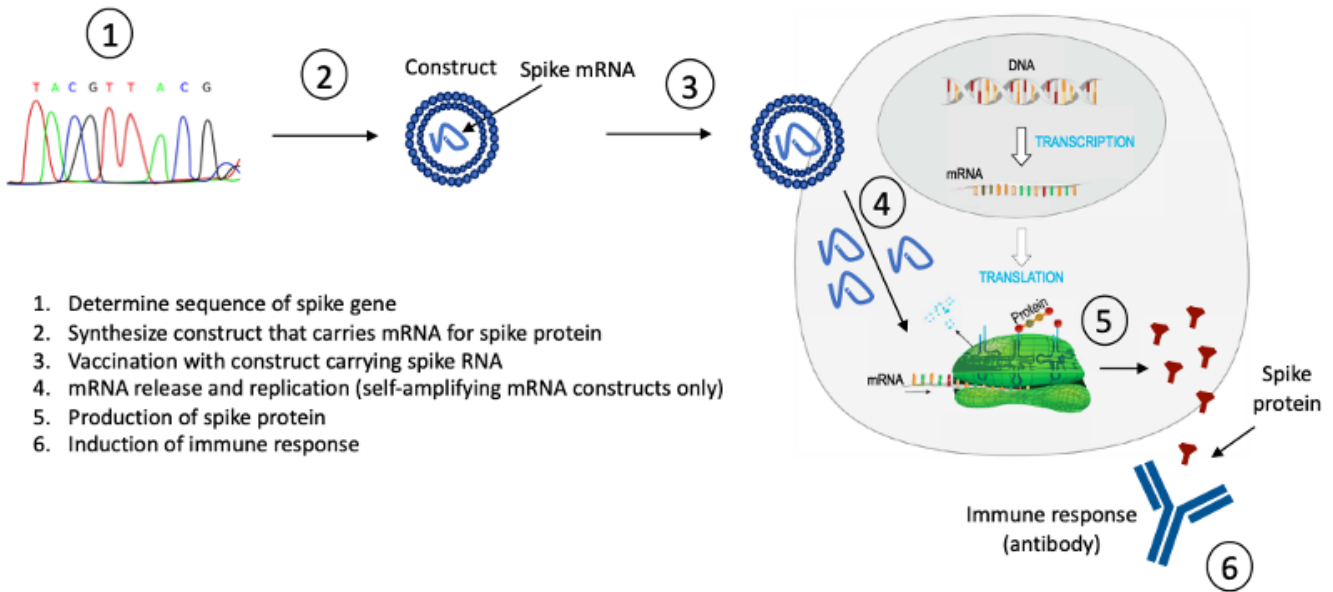


Tüskefehérje

## mRNS-vakcinák

1. A vírus tüskefehérjét kódoló RNS kódjának meghatározása.
2. mRNS előállítása (sejtvonalak nélkül) és burokba csomagolása
3. Sejtbe jutva közvetlenül a riboszomába kerül, megindul a tüskefehérje-szintézis. Ez ellen a szervezet sejtes immunválasszal és ellenanyagtermeléssel válaszol

mRNS-vakcina



**Védőoltások után észlelt reakciók: 1-3 nap**

Fájdalom az injekció helyén	84,1%
Fáradtság	62,9%
Fáradtság	55,1%
Izomfájdalom	38,3%
Borzongás	31,9%
Ízületi fájdalom	23,6%
Láz	14,2%
Duzzanat az injekció helyén	10,5%
Pirosság az injekció helyén	9,5%
Nyirokcsomó-duzzanat	ritka
Álmatlanság	ritka

**Kik nem kaphatnak védőoltást?**

- Korábbi védőoltásokra súlyos allergiás reakció
- Akut lázas állapot
- Krónikus betegség akut súlyos fellángolása



Oltási reakció

Betegség súlyos kimenetele

**CHMP EU hatóság által jóváhagyott, az EU Bizottság által kiadott feltételes forgalmazási engedélyek alkalmazási előiratai**

**Spikevax (Moderna) – üvegben 10 dózis**  
 Elsődleges vakcináció: 2x0,5 ml, 12 éven felül, két dózis között 28 nap (4 hét), Booster dose: 1x0,25 ml, 18 éven felül, 6 hónappal a 2. vakcina után  
 Immunszupresszió: 12 éven felül a 3. dózis 0,5 ml 28 nappal a 2. vakcina után

**Comirnaty – üvegben 6 dózis**

Elsődleges vakcináció: 2x0,3 ml, 12 éven felül, két dózis között 21 nap (3 hét) Booster dose: 1x0,3 ml, 18 éven felül, 6 hónappal a 2. vakcina után  
 Immunszupresszió: 12 éven felül a 3. dózis 0,3 ml 28 nappal a 2. vakcina után

**AstraZeneca ChAdOx1-S – 10 dózis üvegben**

Elsődleges vakcináció: 2x0,5 ml, 18 éven felül, két dózis között 28-84 nap

**Janssen – üvegben 5 dózis**

Elsődleges vakcináció: 1x0,5 ml, 18 éven felül.  
 Figyelmeztetés: Thrombosis with thrombocytopenia syndrome,

**Nemzetközi és hazai ajánlások összefoglalása és kérdések**

- Az alkalmazási előíratok 3. oltásnak homolog vakcinációt javasolnak. A hazai ajánlás heterológ vakcinációt javasol. A homolog vakcinációt meg kell indokolni az oltó orvosnak, vagy a beteg nyilatkozatát csatolni.
- Abszolút ellenjavallat a készítménnyel szembeni túlérzékenység és az aktív fertőzés.
- Mind a 4 készítménynél terhességre, szoptatásra nincs adat, de állatkísérletben nem volt mellékhatás
- Két vektor típusú védőoltás (Sputnyik, Astra) után nem javasolt 3. vektor oltást adni. Még kevés adat áll rendelkezésre, az oltás hatékonyságát csökkentheti, de más komplikáció nem valószínű.
- Influenza és a Covid-19 védőoltások adhatók egyidejűleg. Azért tanácsos a két hét köztes idő kivárása, mert az oltási reakciók így jobban megítélhetőek.

# Az álhírek veszélyei – ne higgy el mindent!

Rozán Eszter



A közösségi média megjelenése óta egyre gyakrabban találkozunk álhírekkel, a COVID-19-járvány pedig még nagyobb teret adott az összeesküvés-elméleteknek, a valótlan hírek terjedésének. Az álhíreket nem mindig könnyű felismerni, gyakran még a leggyakorlabb internethasználókat is tévútra viszik, mégis vannak bizonyos jellemzői, melyek felkelthetik a gyanút. Álhírnek nevezzük az olyan információt, mely nem rendelkezik valóságtartalommal, vagy csak részben felel meg a valóságnak, és szándékosan, megtévesztés céljából hozzák létre. Nem szándékosan is keletkezhetnek álhírek, például félrehallásból, vagy rossz értelmezésből, ilyenkor azonban a szigorú definíció szerint nem álhírről, hanem inkább téves információ-ról beszélünk. Álhíreket különböző célból hozhatnak létre, elsődleges az anyagi haszonszerzés, kitalált dolgok, mindenre jó csodaszerek eladása, bizonyos weblapok felkeresése, politikai indíték, de lehet egyszerű ugratás is. Jóval nehezebb felismerni azokat az álhíreket, melyeknek van némi igazságtartalmuk, de nem teljes egészében fedik le a valóságot. Ilyenkor, ha felületesen olvassuk el a cikket, meggyőzőnek tűnhet, hiszen ismerős, köztudott adatokat is tartalmaz. Az egészségügyi termékeknél előszeretettel használnak latin szavakat, tudományosnak tűnő kifejezéseket, hivatkoznak nem létező kutatásokra, szakemberekre, hogy a hitelesség látszatát keltsék.

Mit tegyünk, ha ismeretlen weboldallal találkozunk? Először is vizsgáljuk meg a design-t. Természetesen ma már vannak egészen profi módon megszerkesztett álhíreket tartalmazó weboldalak is, de még mindig találunk olyanokat, főleg egészségügyi termékekkel foglalkozókat, melyeken látszik, hogy sebtében tákolták össze, nem igazán fordítottak figyelmet a kulcsinre. Aztán nézzük meg, mennyire közismert az a weblap. Mit mondanak róla más források, találunk-e más hivatkozásokat is, vagy csak úgy hirtelen előbukkant a semmiből? Az álhír oldalak egyik trükkje, hogy már meglévő oldalakat utánoznak, csak hozzátesznek még valamit a domainnévhez. Például

a Magyar Reumabetegek Egyesületének honlapja: <https://izuletibetegsegek.hu/>, az álhír oldal domain címe pedig: <https://izuletibetegsegek.hu.club> vagy [.info](https://izuletibetegsegek.hu.info). A beavatatlan szemlélő máris úgy gondolja, hogy az egyesület honlapjára tévedt, holott nem. Ilyen kiterjesztések lehetnek a [com](https://izuletibetegsegek.hu.com) vagy [hu-hoz](https://izuletibetegsegek.hu.hoz) hozzátett [.co](https://izuletibetegsegek.hu.co), [.me](https://izuletibetegsegek.hu.me), [.club](https://izuletibetegsegek.hu.club), [.info](https://izuletibetegsegek.hu.info) vagy [.lo](https://izuletibetegsegek.hu.lo). És nem utolsósorban nézzünk utána az impresszumnak is. Kik szerkesztik az oldalt, hallottunk-e már róluk, gyűjtsünk róluk minél több információt.

Azt is fontos tudnunk, hogyan ismerhetjük fel adott cikkről, hogy álhírt tartalmaz-e. Elsőként ellenőrizzük a hír forrását. Találunk hivatkozást a cikkben szereplő tényekre máshol is, vagy csak ott fordulnak elő? Olvassuk el alaposan a cikket, ne csak felületesen. Lehet, hogy már olvasás közben észrevesszük azokat az ellentmondásokat, állításokat, melyek dacolnak a józan emberi ésszel. Ellenőrizzük a szerzőt is. Ki írta a cikket? Közismert személy? Ha azt állítja magáról, hogy tudós, megerősítik ezt más források is? Mit állítanak más szakemberek, más források arról az adott dologról? Megerősítik vagy cáfolják? Nézzük meg a dátumot, mennyire friss a cikk, mert lehet, hogy csak egy régi írást hoztak elő újra. Előfordulhat az is, hogy csak tréfának, ugratásnak szánták azt az írást, ez a hangvételéből kiderül, mennyire gúnyos vagy ironikus, tele van-e szarkazmussal. Azzal is legyünk tisztában, hogy a cikk olvasásakor nem csak az előítéleteink vezérelnek-e, vagyis azt olvassuk, amit hallani szeretnénk, és megfelel az elvárásainknak. És ha mindezek ellenére még mindig maradt bennünk kétely, kérdezzünk meg egy szakembert, olyan valakit, akiben megbízunk.

A fényképek is hazudhatnak, a mai technikával könnyű manipulálni a fotókat, pár emberből is készülhet tömegjelenet, a fogyókúra szereket árusító weblapokon olyan fotókkal találkozhatunk, ahol az egyik fotón ott áll az illető borzasztó kövéren, majd a tabletta szedése után néhány héttel hihetetlenül karcsún látjuk egy másik fényképen.

\* A Magyar Reumabetegek Egyesülete, a Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány és a Magyar Reumatológusok Egyesülete november 23-án tartott első közös online betegforumán elhangzott előadás átdolgozott, írott változata.



Egyre gyakoribb, hogy telefonos csalók keresnek fel minket „hihetetlen ajánlataikkal”, csak itt, csak most, csak nekünk kedvező áron kínálják „rendkívül hatékony” csodatermékeiket. Különösen az idős, beteg emberek vannak kiszolgáltatott helyzetben, akik rejtett anyagi tartalékaikat is odaadják a gyógyulás reményében. A csodaszerekkel kereskedők először roppant figyelmesek, kedvesek, érdeklődők, ezért is veszélyesek, hiszen a magányos ember éhes a jó szóra, és végre talált valakit, akivel beszélgethet, aki meghallgatja. Aztán, ha látják, hogy nemigen akarnak vásárolni, akkor az árusok erőszakossá válnak, mindenáron tukmálni akarnak, nem hagynak gondolkodási időt, azonnali döntésre kényszerítik potenciális vevőiket, mondván, hogy egy nappal később már nem

áll az ajánlat. Ha az illető mindezek ellenére mégis ellenáll, ott a végső tromf: „- Szóval maga olyan, aki nem törődik az egészségével, azt hittem, magának fontos az egészsége!” – vagyis jön az érzelmi zsarolás. A legjobb, amit tehetünk, ha már rögtön az elején udvariasan visszautasítjuk.

Természetesen a hétköznapok során nincs mindig időnk arra, hogy az itt leírtak szerint mindennek ennyire alaposan utánajárjunk, ezért a legalapvetőbb szabály az, hogy hallgassunk a józan emberi megfontolásra. Ha a hír ellentmond mindannak, amit az orvosaink állítanak, vagy annak, amit biológiából, fizikából, kémiából tanultunk, akkor az gyanús. Ne higgyük el feltétlenül, amit a cikk állít!