

dülés, hányás, egyensúlyzavar, látászavar irányadó. Ebben a régióban az MRI az egyetlen célravezető vizsgálat, sokkal korábban kimutathatók vele az eltérések, mint korábban a CT-vel volt lehetséges.

4. Enyhe fájdalommal járó, vagy fájdalomlan nyaki merevséget okozó betegségek

4.1. Multiplex blockcsigolya lehet congenitalis, és lehet szerzett. Utóbbi osteomyelitis, tbc. vagy trauma után alakulhat ki. A *congenitalis* esetben nem csökkent a csigolyák együttes magassága. *Szerzett* blockcsigolya esetében alacsonyabb szokott lenni a két csigolya együttes magassága, mint a craniálisabb két csigolyáé, illetve a zárólemezek ferde helyzete,

vagy gibbus képződés is utalhat kompresszióra.

4.2. Spondylitis ankylopoetica késői stádiumában a nyak anteflexió deformitást mutat, a porckorongok ellapulása nélkül. A csigolyaperemek közötti keskeny meszes összeköttetések (*syndesmophyták*) előrehaladott stádiumban „bambusz-gerinc” képét mutathatják. Korai stádiumban a csontscintigráfia segíthet a diagnózis morfológiai kritériumainak igazolásában.

4.3. A vertebralis hyperostosis a DISH szindróma (diffúz idiopathiás skeletalis hyperostosis) részjelensége. Általában endokrin zavarok, leggyakrabban diabetes mellitus esetében észleljük. A radiológiai kép a *ligamentum longitudinals anterius*, rit-

kábban a posterius vaskos meszesedését mutatja, mely több szegmentum mentén (a diagnosztikus kritérium szerint legalább négyben) követhető. Kevesebb szegmentum vaskos meszesedése esetében differenciáldiagnosztikailag arthritis psoriatica gyanúja (*parasyndesmophyta* képződés) merülhet fel.

Irodalomjegyzék:

1. Kenéz J.: *Cranio-spinalis instabilitás: traumás, gyulladásos és degeneratív eredetű kórképek*. Budapest: Literatura Medica, 1997.
2. Péter M.: *Radiológia*. Medicina, Budapest, 1998.
3. Fráter L., Palkó A., Makó E., és mts.: *Radiológia*. Medicina, Budapest, 2003.

Dr. Eiben Annamária

Mellkaskimeneti szindrómák diagnosztikája

Összefoglalás

A thoracic outlet syndroma, azaz TOS egymástól nehezen elkülöníthető betegségek csoportja, melyek hasonló patomechanizmussal jönnek létre. A plexus brachialis, az artéria és véna subclavia kompresszió alá kerül. A neurogen és vascularis thoracic outlet syndroma diagnózisának felállításában több szakember vesz részt (radiológus, reumatológus, angiológus, neurológus, érsebész, ortopéd-sebész, stb.).

A thoracic outlet syndromában szenvedő betegek egyre növekvő száma részben a fejlett diagnosztikai módszerekkel (UH, angioMR, ENG, EMG) részben pedig a már civilizációs ártalomként értékelhető, a thoracic outlet syndroma etiológiájában nagy szerepet játszó gerinctartási rendellenességekkel magyarázható.

A thoracic outlet syndroma jelentősége az, hogy a betegek döntő része konzervatív eszközökkel jól gyógyítható, és hogy más, súlyos plexus brachialis léziók kerülnek felfedezésre a thoracic outlet syndroma gyanúja esetén.

A mellkaskimeneti szindróma fogalma

A mellkaskimeneti szindróma (thoracic outlet syndroma, azaz TOS) gyűjtőfogalom, amely néhány, egymástól nehezen elkülöníthető betegséget foglal magában.

E kórképekben azonos patomechanizmus révén a plexus brachialis, tággabb értelemben pedig az artéria, és/vagy a véna subclavia kompressziója következtében alakulnak ki a tünetek.

Ezért nevezik ezeket a szindrómákat másképpen vállövi neurovascularis kompressziós szindrómáknak.

A scalenus alagút szindróma, a costoclavicularis szindróma és a hyperabdukciós szindróma tartozik ebbe a csoportba.

A TOS elnevezés azért nyert polgárjogot, mert a felsorolt betegségek konzervatív terápiája azonos, másrészt mert az említett tünetegyüttesek kombinálódhatnak egymással.

Megfigyelések szerint leggyakrabban a costoclavicularis és a hyperabdukciós szindróma szövődik egymással.

A thoracic outlet syndroma formái

I. Scalenus-szindróma

Lényege

A scalenus-hasadékbán a plexus brachialis a vele együtt futó artéria

subclaviával együtt nyomás alá kerül. Az anatómiai képletek alapos ismerete nélkül e kórképek diagnózisa elképzelhetetlen, és sok téves diagnózisra ad alkalmat.

Anatómia

A karfonat képzésében résztvevő idegyökök az intervertebralis foramenek elhagyása után közvetlenül a musculi intertransversarii anterior és posterior között fekszenek a nervus, véna, artéria vertebralistól dorsalisán, majd a karfonat az ún. scalenus-hasadékba jut. Ezt a musculus scalenus anterior és medius, valamint az első borda határolja. E hasadékban található a karfonat az artéria subclaviával, mely jobboldalon az artéria anonymából, baloldalon pedig közvetlenül az arcus aortae-ből ered.

Etiológia

Egészséges körülmények között a scalenus-hasadékban elegendő hely áll a karfonat rendelkezésére ahhoz, hogy a felső végtag különböző irányú mozgásakor ne kerüljön nyomás alá. A nyaki borda egyéb más tényezővel együtt (pl. alkatilag szűk hasadék) szerepet játszhat a szindróma kialakításában oly módon, hogy a scalenus-hasadékot hátulról szűkíti. Önmagában azonban a nyaki borda nem elegendő a kompressziós tünetek kiváltásához.

Egészséges embereken végzett

Dr. Eiben Annamária
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház
Reumatológiai Osztály
2143 Kistarcsa, Semmelweis tér 1.

vizsgálatok során mintegy 1/2 ezrelékben észleltek nyaki bordát, és ezek közül 55% tünetmentes volt. A nyaki borda patogenetikai szerepe függ a hosszúságától és szélességétől is, amely elég tág határok között mozog (1 cm-7 cm).

Tehát felesleges a nyaki borda szerepét túlértékelni, extirpációját csak kivételes esetben indokolt.

A scalenus-hasadék beszűkülését létrehozhatja még a scalenusok tapadásának és eredésének rendellenessége vagy a musculus scalenus hypertrophiája is.

Nagy szerepet tulajdonítanak a bizonyos testmozgásokat követelő munkafolyamatoknak (pl. hegedűsök, szerelők esetében) intenzív sportolásnak, (pl. úszás) és a helytelen testtartásnak (pl. asthénias testalkat esetén.)

Tünetek és diagnózis

A panaszok kezdetben átmenetiek, csak bizonyos testhelyzetekben jelentkeznek.

Négy csoportba sorolhatók:

1. Neurológiai deficit

– alsó karfonat sérülésnek felelnek meg.

Az alkar és a kéz ulnaris részén égő, szaggató fájdalom, amit rendszerint a kar lógó helyzetben történő megterhelése vált ki. A fájdalomnak megfelelő területen paraesthesia, érzéskiesés észlelhető. A thenár, hypothermár, és az interosseus izmok paresise és atrophijája alakul ki. Pozitív ENG és EMG teszt.

2. Vascularis tünetek

– az ujjakon intermittáló ischaemiás krízis, Raynaud-phenomen jelentkezhet.

3. Provokációs próbák pozitivitása

– a fej hátrahajtása, azonos oldalra történő laterálflexiója, és mély belégzésnél az azonos oldali váll abdukcója következtében a musculus scalenus megfeszül, az arteria subclavia kompressziója fokozódik, melynek következtében a radiális pulzus amplitúdója csökkenhet vagy eltűnhet.

E jelenséget Adson-próbának hívjuk.

Ez a tünet azonban nem kórjelző, mivel egészséges emberek felénél is kimutatható. Amennyiben valóban kóros az áramlás az arteria subclaviában, akkor poststenotikus tágu-

lat keletkezik, és felette hallgatósággal áramlási zörej észlelhető.

Nem kórjelző, de szintén hasznos diagnosztikus jel lehet a pulzus késleltetett visszatérésének vizsgálata is: az **Adson próba** elvégzése után az eredeti testhelyzetet visszaállítva, a pulzus csak néhány másodperc múlva tér vissza.

Francia szerzők ajánlják a „**signe du plateau**” vizsgálatát.

Ha a kart a kóros oldalon, aktív oldalsó vízszintes tartásban, és felfelé fordított helyzetben pl. egy tálcával terheljük, pozitív esetben a pulzus eltűnik, míg ugyanezen helyzetben, ha a kart a vizsgáló tartja, a pulzus eltűnése nem észlelhető.

4. *Supraclaviculáris árok normálistól eltérő funkcionális és anatómiai elváltozásai* – a supraclaviculáris árokban gyakran tapintható a fájdalmas hypertrophiás musculus scalenus anterior vagy nyaki borda.

Di fferenciáldiagnosztika

Fenti tünetek esetén leginkább a következő kórképeket kell kizárni.

1. Cervicalis myelopathia szindróma

Az arteria spinalis anterior és közvetlen gerincvelői kompresszió a piramispálya érintettsége miatt az alsó végtagokon centrális bénulást okoz egyik vagy mindkét alsó végtagon spaszticitással, fokozott és kóros alsó végtagi reflexekkel. Társulhatnak a kompresszió magasságában felső végtagi radikuláris tünetekkel. Ideggyógyászati konzílium szükséges az esetleges nyaki MR vizsgálat elvégzése céljából.

2. Alsó cervicalis szindróma /C5-C8/

Leggyakoribb a CV-VI és CVI-VII intervertebralis discus és az intervertebralis kisizületek arthrosisa. A következményes gyöki tünetek változatosak: érző, fájdalmi, motoros és reflexeltérés kombinációja keveredhet vasmotoros tünetekkel, ha nemcsak a gyök, hanem az arteria vertebralis és a szimpatikus idegágak is érintettek. A radikuláris tünetek pontos értékelésében ideggyógyász szakorvos lehet segítségünkre.

A nyaki discusherniatio MR vizsgálattal igazolható.

3. Insuffientia vertebrobasilaris (arteria vertebralis keringészavar)

A processus costotransversariumokban felfelé futó arteria verteb-

ralis, illetve kísérő szimpatikus idegrostok irritációját, az arteria vertebralis időleges megtöretése, következményes izomspasmus a kiváltó ok. Szédülés, pozicionális nystagmus alakulhat ki.

4. Cervicalis kisizületek akut arthritise (rheumatoid arthritis, seronegatív spondarthritise)

Nagyfokú nyaki kötöttséggel, a kisizületeknek megfelelő nyomásérzékenységgel járhat. Kóros, gyulladáshoz vezető jeleket mutató laboratóriumi elváltozások, natív nyaki gerinc rtg. vizsgálat, illetve nyaki CT vizsgálat, illetve csontscintigraphiás vizsgálat vihet közelebb a diagnózishoz. E kórképek gyanúja esetén feltétlenül konzultáljunk reumatológus szakorvossal a pontos diagnózis és adekvát kezelés céljából!

5. Nyaki csigolyák osteomyelitis

Az anamnézisben gyakori a nyak- vagy garatsérülés, lokális injekció, esetleg távoli pyogén folyamat. A fizikális vizsgálat során feltűnő a nyak kifejezett mozgáskorlátozottsága, kísérheti subfebrilitás vagy láz a tüneteket. A kóros laboratóriumi vizsgálatok gyulladáshoz vezető elváltozásra utalnak. Nyaki gerinc rtg. vizsgálat, izotópvizsgálat szükséges a reumatológiai illetve ortopéd szakkonzílium mellett.

6. Cervicalis herpes zoster

A szegmentális hyperaesthesia illetve az eruptiók megjelenése adja meg a diagnózist.

7. Cervicalis csigolyametasztázisok

Natív rtg. vizsgálat, CT-vizsgálat, izotópvizsgálat és belgyógyász konzíliárus (primer tumor keresése) segíthet a diagnózis felállításában.

8. Incisura scapulae szindróma

Gyakran 40 és 60 év közötti nők krónikus vállfájdalma mögött ez áll. Lényege: az incisura scapulaeaban futó nervus suprascapularis kompresszió alá kerül.

Tünetek: a vállfájdalom mellett a felkar abdukción, kifelé rotáción gyengesége, az incisura scapulaearea gyakorolt nyomás fájdalmas.

A diagnózis felállítása reumatológus szakorvos feladata (EMG, lidokain-próba, stb.).

Az ok lehet mechanikus irritáció, közvetlen trauma, illetve másodlagosan a vállizületet érintő elváltozásokhoz társultan.

9. *Scapulocostalis szindróma*

Lényege: a lapocka és a csontos mellkasfal közötti funkcionális kapcsolat zavart. A leggyakoribb formában tartási rendellenességről, illetve bizonyos vállövi izmok egyoldalú használatáról van szó. (pl. gépkocsi-vezető, sebészorvos, gépíró).

Kialakulhat felső végtagi bénulás, illetve amputáció következtében, vagy másodlagosan vállízületi megbetegedés következtében is.

10. *Vállízületi illetve vállízület körüli betegségek (pl. periarthritis humero-scapularis, azaz PHS)*

A kifejezett vállízületi mozgáskorlátozottság, és a radiológiai elváltozások segítségével könnyű a reumatológus dolga.

11. *Belgyógyászati betegségek (pl. Pancoast tumor, coronariabetegségek, epehólyag-betegségek, nyelőcső betegségei, gyomorfekély, nyombélfekély, stb.)*

Elkülönítése a TOS-szindrómáktól a pontos anamnézisz felvétel, részletes fizikális vizsgálat, EKG-vizsgálat, és mellkas-rtg (esetleg hasi UH) elvégzésével általában lehetséges.

Külön meg kell említeni egy nehéz differenciáldiagnosztikai problémát okozó kórképet, a tüdőcsúcs Pancoast-daganatát.

A betegség kezdeti stádiumában igen gyakran elnézik a plexus brachialis sérülések e nem is ritka okát.

Tünetek: heves, éjjel fokozódó, a C8 szegmentumnak megfelelő fájdalom, melyhez később paresis tünetei társulnak.

A betegek ¾-ében a nyaki szimpatikus lézió miatt Horner triász alakul ki, és a test megfelelő negyedében verejték elválasztási zavart észlelünk. Amennyiben a daganat áttöri a gerincsatornát, gerincvelő-lézió tünetei alakulhatnak ki. Minden brachialgiás beteg esetén a tüdőcsúcsot is meg kell vizsgálni!

Amennyiben ezek a vizsgálatok nem vezetnek diagnózishoz, belgyógyász kardiológus, gasztroenterológus szakorvos segítségére lehet szüksége a további vizsgálatok elvégzéséhez.

12. *Parsonage-Turner szindróma*

Ismeretlen eredetű, főként fiatal férfiak minden előzmény nélkül jelentkező válltáji fájdalma, melyhez rövid idő múlva paresis társul. A diagnózis EMG-vel mutatható ki, mely neurogen léziót mutat ki vállövi és

felkar izomzatban. Néhány hónap alatt nyomtalanul gyógyul.

II. *Costoclavicularis szindróma*

Lényege

A karfonat az artéria és a véna subclaviával együtt a kulcscsont és az I. borda közötti résben nyomás alá kerül.

Anatómia

A karfonat a scalenus-hasadék elhagyása után az artéria és véna subclaviával együtt a costoclavicularis résen halad keresztül. Határai: ventrális irányban a clavicula, medialisán a ligamentum costoclaviculare, kaudálisán az első borda, dorsalisán pedig a scapula a musculus subscapularissal. A kar különböző irányú mozgásának hatására e rés tágassága a testhelyzettől függően változik.

Etiológia

Egészséges körülmények között az I. borda és a clavicula között elegendő hely van a karfonat, erek részére.

A costoclavicularis rés azonban a váll és a nyakizomzatra ható erős megterhelés hatására beszűkülhet, ezáltal a kulcscsont az I. bordához közeledik.

Asthéniás egyének a kor előrehaladtával prediszponáltak erre a betegségre. Ez úgy magyarázható, hogy idősebb korban a kulcscsonton tapadó izmok veszítenek tónusukból, és így a kulcscsont lejjebb kerül. Háti gerincferdülés esetén az I. borda deformitása, súlyos emphysema esetén pedig a mellkas kimenetének kiszélesedése vezethet téraránytalansághoz. Kulcscsonttörések után képződő callus közvetlenül is nyomhatja az ér-ideg köteget. Előfordulhat az is, hogy a musculus subclavius hypertrophiája szűkíti be a costoclavicularis rést.

Tünetek és diagnózis

1. *Neurológiai deficit*

Egyeznek a scalenus-szindróma tüneteivel, mivel az idegfonat az erekől laterálisán helyezkedik el, a neurológiai tünetek a vasculáris tünetekkel szemben háttérbe szorulnak.

2. *Vasculáris tünetek*

Az ujjak és a kéz intermittáló ischaemiás tünetei mellett átmeneti vagy állandó oedema észlelhető, melynek oka az, hogy az előbbi

tünetegyüttesel szemben itt a véna subclavia is komprimálódik.

3. *Provokációs tesztek pozitívása*

Ha a beteg a vállakat le, és hátra-feszíti, és közben présel, a costoclavicularis rés beszűkül, és az érintett végtagon a radiális pulzus amplitúdója csökken vagy eltűnik (**Wechsler próba**). Ennek pontosabb igazolásához oscillometria szükséges, mivel ez a próba sem kórjelző. Egészséges egyéneken is megfigyelhető.

4. *A costoclavicularis rés normálistól eltérő funkcionális és anatómiai elváltozásai*

A kompresszió legbiztosabban arteriográfiával mutatható ki. Mind normál, mind Wechsler helyzetben is felvételeket kell készíteni, mert csak így észlelhető a funkcionális kompresszió. A diagnózis venographiával is igazolható (véna subclavia kompressziója). Ennél egyszerűbb diagnosztikai módszer a kétoldali összehasonlító, véres úton történő vénás nyomás mérése a véna cubitalisban.

Differenciáldiagnosztika

Azonos a scalenus-szindróma elkülöníthető kórisméjével.

III. *Hyperabdukciós szindróma*

Nehezen objektívizálható, ritkán előforduló tünetegyüttes.

Lényege

A maximális elevációban lévő kinyújtott karban az ér-ideg köteg a musculus pectoralis minor tapadó iná és a processus coracoideus közé szorul, így e képletek kompresszió alá kerülnek.

Anatómia

A plexus brachialis distalis rése a costoclavicularis rés elhagyása után az artéria és véna subclavia kíséretében a musculus pectorialis minor, illetve ennek iná bújik át, és jut el az axilláris területre.

Etiológia

Tartós, helytelen testtartás következtében (pl. szobafestők, kőművesek) alakulnak ki a tünetek.

Tünetek és diagnózis

1. *Neurológiai deficit*

Kezdetben az ujjakon, később a kézen és a karon zsibbadás, fájdalom je-

lentkeznek. Objektív neurológiai tünetek általában hiányoznak, mivel a betegek korrigálják a helytelen testtartást a tünetek jelentkezése esetén, így tartós kompresszió nem jön létre.

2. Vasculáris tünetek

Az esetek egy részében átmeneti ischaemia vagy oedema alakul ki.

3. Provokációs próba pozitivitása

A kar kifelé forgatásával és abdukciónál való felhúzásával váltható ki, melyhez a radiális pulzus amplitúdójának csökkenése, illetve eltűnése társul. E próba sem diagnosztikus, mert egészséges egyéneken is kiváltható.

4. Funkcionális és anatómiai elváltozások

A pontos diagnózis felállításához ENG, EMG-vizsgálatot, a phleboográfiát, arteriográfiát és az interarteriális nyomás mérését javasolja mind normál, mind funkcionális helyzetben.

Terápia

A kompressziós tünetcsoportok kezelése döntően konzervatív. Ha hiányzik az objektív motoros vagy szenzoros zavar, legtöbbször elég a megfelelő tartásra irányuló gyógytorna, a vállöv izomzatának erősítése és a váll túlzott megterhelésének elke-

rülése (pl. munkahely-változtatás vagy életmód-változtatás). A musculus scalenus anterior műtéti átvágása a nyaki borda kiirtása vagy az első borda resectioja, tenotomia, nyaki sympatectomia csak akkor jöhet szóba, ha a hosszantartó konzervatív terápia eredménytelen volt.

Irodalomjegyzék:

1. Marco Mumenthaler: *Neurológia*, Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest 1989.
2. Bálint-Földes-Szebenyi-Bálint: *Gyakorlati Reumatológia*, Springer Hungarica 1992.
3. Kómár József: *Alagüt-szindrómák*, Medicina Könyvkiadó, Budapest 1977.
4. *Reumatológia* /szerk.: Gömör Béla/ Medicina Könyvkiadó, Budapest 2001.

Beszámolók

Új gyógyszer az SM-es betegeknek

Július 16-án a Richter Gedeon Rt. munkatársai sajtóbeszélgetésre hívták az egészségügyi sajtó képviselőit. A téma a sclerosis multiplex (SM) betegség ismertetése, hazai helyzete, terápiás lehetőségei és finanszírozása volt. A beszélgetés résztvevői Prof. Dr. Vécsi László tanszékvezető egyetemi tanár, a szegedi Neurológiai Klinika igazgatója, Dr. Komoly Sámuel a Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház Neurológiai Osztályának osztályvezető főorvosa, Dr. Tálosi László, a Sclerosis Multiplexes Betegek Országos Egyesületének elnöke, Tabányiné Benyik Éva, az Egyesület alelnöke és Hunya Éva, az Egyesület ügyvezető titkára.

Vécsi professzor és Komoly főorvos ismertetéséből kiderült, hogy Magyarországon 7-8000 SM beteg van. Korai szakaszban biztonossággal nem diagnosztizálható a betegség. Bizonyosságot a MRI, liquor vizsgálat ingerületvezetési sebesség mérései adhatnak. A SM krónikus betegség, oka és mechanizmusa ma még pontosan nem ismeretes. Jelenleg nincs olyan terápia, amely véglegesen meggyógyítaná a beteget. Többfajta kezelési mód létezik, amelyek hazánkban is elérhetővé váltak, s a relapszó SM kezelésében nyújtanak igazán lehetőséget. Hazánkban 2003. márciusától a Richter termékpalettáján is szerepel egy korszerű gyógyszer, amely az első biotechnológiai terméke a vállalatnak.

Ezen immunmoduláns készítmények az OEP ún. külön keretből támogatott készítményei közé tartoznak. A 2003. júniusi ártárgyalás eredményeképpen a nemzeti várólista fokozatosan megszűnik. Így Magyarországon kb. 1300 beteg fog kezelésben részesülni – mindazok, akiknek klinikai állapota alapján indokolt. Ma 27 központban folyik e betegek kezelése.

Dr. Tálosi László, a betegszervezet elnöke az egyesületet ismertette elmondta, hogy legfőbb céljuk a helyi szervezetek munkájának összehangolása. A betegek támogatást (pl. otthonápolás, rehabilitáció) csak úgy kaphatnak, ha csatlakoznak az egyesülethez. A betegek tájékoztatását kívánja szolgálni az egyesület megújult lapja, az SM Magazin.

Tabányiné Benyik Éva alelnök és Hunya Éva titkár szavaiból kiderült, hogy mivel állami támogatást nem kap az egyesület, túlnyomórészt a Magyar Sclerosis Multiplexes Betegekért Alapítványra van utalva. Az alapítvány támogatásának köszönhetően létrejön az első rehabilitációs intézet SM-es betegek részére Nyíregyházán, az ottani SM Klub kezdeményezésére. Előre várhatóan 18 hónap múlva 16 beteg lehet majd kezelni állapotstabilizálás céljából. Tervben van egy, a védőnőihez hasonló, gondozói hálózat kialakítása is.

Új szárnyat kapott az Otthon

2003. június 25-én a Pest Megyei Önkormányzat 130 millió Ft-os beruházásával egy új épületszárnyat és közműfejlesztést, víz- és szennyvízcsatornát adott át az ócsai Szenvedélybetegek Otthonának. Régi álma valósult meg ezzel az Otthon igazgatónövének. Mihálka Istvánné elmondta, hogy évek óta dolgoztak azon, hogy e beruházás megvalósuljon. Az ócsai intézmény 115, főképpen alkoholfüggő beteg otthona. Az otthon szó valóban azt jelenti, ami. Otthon a társadalomból többé-kevésbé önhibájukból kiszorult embereknek. A 35 férőhelyes női részlegben világos, tágas hálókat, korszerűen kialakított mosdó-zuhanyzó blokkot és foglalkoztatót alakítottak ki.

– A beruházással a működési feltételek javulnak, és az intézmény a törvényi előírásoknak felel meg. Ez létszámnövekedéssel nem jár, bár közel 100 beteg van várólistán, ami 3-4 évet jelent. Nagy dolog a mai világban egy ilyen építkezés megvalósulása, és nagy öröm számunkra, hogy lakóinkat emberi körülmények között tudhatjuk. Számunkra ez nagy siker, hiszen több év kitartó munkája van benne.

Minden eredmény, ami az itteni munkát megkönnyíti, a lakók életében hoz pozitív változást. Emberi és szakmai oldalról megteszünk mindent, hogy lakóink jól érezzék magukat. Itt a legfontosabb a problémához való lelki közelítés. Nagyon fontos a gyógyszeres terápia, de azoknál a férfiaknál és nőknél, akik nálunk vannak, sokkal fontosabb a törődés, az emberi hozzáállás, az, hogy nem hagyjuk magukra őket. Még akkor se, ha ez kezdetben nem is tetszik nekik. Nagyon sokan teljesen leállnak az alkohollal, mások korlátozottan fogyasztják a korábbi szokásuktól eltérően. A lényeg: programokon keresztül célt, feladatot adni számukra. Aki az elején teljesen passzív és elutasító, néhány hónap alatt azt látjuk, hogy változik. Hatnak rá a többiek és a környezet.

Sajnos kevés megfelelő hely létezik az ilyen betegek számára, akik, mint a statisztikákból tudjuk, igen sokan vannak. Az ország 10%-a alkoholbeteg! És a várólista egyre hosszabb!

Puber Anikó