

sparing). Többé-kevésbé minden NSGY alkalmasnak bizonyult a szteroid megtakarításra. A kétféle készítményt intermittálóan is alkalmazták így elkerülhető volt a szteroidok folyamatos alkalmazása. A legújabb álláspont szerint (Textbook of Rheumatology szerk: Kelley és mtsai V kiadás, 1999.) a szteroidok NSGY-kal történő együttes alkalmazása fokozza a gasztrointesztinális mellékhatások gyakoriságát, tehát párhuzamos alkalmazásuk *nem javasolt*.

4. Minden betegség esetében fennáll annak a lehetősége, hogy a kezelésnek lesz ugyan valamelyes hatása, de nem érhető el tünetmentesség. Erre fel kell készíteni a beteget. Megpróbálható hatékonyabb készítmény, pl. indometacin, de lehetséges, hogy ez sem eredményez tünetmentességet. Ilyenkor meg kell értetni a beteggel, hogy az *elviselhető szintű panaszok eltűrése* kedvezőbb, mint az esetleges szövődmények kockázatát. Megkísérélhető valamelyik, korábban esetleg önmagában nem eléggé hatásos antipiretikus analgetikum szükség szerinti adagolása is.

*A NSGY-kat racionálisan csak a beteg gondozáásszerű ellátása során lehet alkalmazni.* Fontos a gondos dokumentáció, az egyes szerek hatásainak és mellékhatásainak pontos rögzítése.

*A NSGY terápia a családorvos kompetenciája, de idült ízületi gyulladások esetében reumatológussal történő együttműködést igényel.*

2. A mellékvese glikokortikoszteroid hormonja, a hidrokortizol gátolja a legerélyesebben és leggyorsabban a gyulladást. Az első alkalmazók, *Hench, Kendall Slocumb és Polley* a Mayo Klinikáról reumatoid artritisz esetében *drámai hatásról* számoltak be. Ezzel elkezdődött az orvostörténet egyik vitathatatlanul fontos korszaka a „szteroid éra”. Csakhamar kiderült, hogy a *mellékhatások és szövődmények is drámaiak* lehetnek.

Gyakorlatilag mindenkin, aki több héten, hónapra át szteroid kezelésben részesül, kisebb vagy nagyobb mértékben kialakul a *jatrogén hiperkorticismus* (hízás, hipertónia, szteroid diabétesz, hiperkoleszterinémia, Na és vízretenció, oszteoporózis, ateroszklerózis). A szteroidok csökkenthetik a hegeseledést, a kontraktúrák kialakulását, viszont gátolhatják a sebgyógyulást, fokozzák a bőratrofiát, bőr alatti vérzéseket okozhatnak. Kevésbé szembetűnő, de gátolják a porc- és csontsejtek és a fibroblasztok alapállományképző tevékenységét is. Így rejtve fokozhatják az OA-t.

Hormonként a szteroidok visszaszorítják az ACTH és endogén szteroid termelést, sőt mellékvesekéreg atrófiát is okozhatnak. Ezért is igaz, hogy a szteroid kezelést *könnyebb megkezdeni, mint abbahagyni*. Ennek adikció is oka lehet. A hozzászokás nem annyira a napi adaggal, mint az alkalmazás hosszával függ össze.

Az egyéb mellékhatások tekintetében viszont számos dogmát felül kell vizsgálnunk az elmúlt évek adatai alapján. Így pl. nagy prospektív vizsgálatokban kiderült, hogy a szteroidok kis dózisban akár huzamosabb ideig alkalmazva sem emelik szignifikánsan az ulkuszbeteg-

ség előfordulási gyakoriságát. Rendszerint nagyobb adagoknál vagy agresszív lökéskezelésnél alakul ki ulkusz, az esetek nagy részében pedig a párhuzamosan adott NSGY felelős e mellékhatásért.

Az infekciók tekintetében szintén nem sikerült egyértelműen igazolni, hogy a szteroid kezelés mellett megnőne pl. a tbc prevalenciája. Itt inkább az alapbetegséggel, a RA-szel járó immunműködési zavar szerepéről lehet szó, bár a szteroidokat immunszuppresszív terápia komponenseként is alkalmazzák. A tapasztalatok szerint a RA-es betegeken a viszonylag kis dózisban alkalmazott szteroid kezelés ritkán vezet súlyos infekcióhoz. Egy lappangó fertőzés (pl. tbc) fellángolásának veszélye miatt azonban a szteroid (és más immunszuppresszív) kezelés elindítása előtt fel kell mérnünk az esetleges fertőzés (gócok?) jelenlétét.

Tekintettel a jatrogén hiperkorticismusra, mindenestre alapelve, – az NSGY terápiához hasonlóan – hogy a *szükséges de lehető legkisebb adagokat* kell alkalmazni, ami nem mond ellent annak, hogy ha már szteroid alkalmazására szánjuk magunkat, *induláskor kellően nagy adagra van szükség* ahhoz hogy eldőljön, hatásos-e. Ám ezután, azaz néhány héten belül, fokozatosan csökkenteni kell az adagot a hatás fenntartásához elegendő minimumra. Ezen a téren sem igazán megnyugtató a honi gyakorlat, hisz az ritkaság, hogy a napi fenntartó dózist 2,5 vagy 1,25 mg-ig titrálják ki, holott sok esetben napi 1,25 mg (napi 1/4 tbl. Prednisonon!) is tartósan elegendő lenne. Az adott beteg szerzett előző terápiás tapasztalatok alapján, ill. bevezető próbálkozásként szóba jöhet a *lökés*, ill. *négyszög kezelés*, amely során középnagy adagú, napi 30–50 mg, sőt esetenként akár 60–100 mg prednizolont alkalmaznak, 10–14 napig. Ez mindenképpen *reumatológus kompetenciája* és lehetőleg osztályon történjék. A kezelés ennyi idő után szerencsés esetben befejezhető.) Ilyenkor a hipofizis-mellékvesekéreg rendszer működése még nem áll le annyira hogy „szteroidmegvonási szindrómára”, e rendszer jatrogén elégtelenségére számítani kellene. Csak kórházi osztályon alkalmazható, jóval agresszívebb kezelés az 1–3 napon át infúzióban adott napi 500–1000 mg metilprednizolon. E „big dose” kezelésről amerikai szerzők számoltak be lelkesen, saját tapasztalataink viszont nem igazán voltak meggyőzőek. Szerencsés esetben az ízületi gyulladás tünetei akár hosszabb időre is megszűnhetnek vagy csökkennek. Sajnos az ilyen eset viszonylag ritka, ráadásul a betegek egy része rosszul tűri ezeket az enormis adagokat.

A szteroid éra kezdeti évtizedeiben szintetizálták a gyakorlatban meghonosodott összes készítményt: a prednizont, prednizolont, metilprednizolont, triamcinolont, dexametazont, betametazont.

Szerkezeti képleteiket az 5. ábrán mutatjuk be.

Orálisan a prednizolont és metilprednizolont alkalmazták.

A gyártó cégek elvégezték az összehasonlító hatás-