

Oktatás során gyakran szoktuk idézni, hogy a szteroid szedő beteg eleve általában tízféle gyógyszert is szed a szteroid mellékhatások prevenciója illetve kezelése miatt. A mineralokortikoid hatás, nátriumretenció, káliumvesztés, oedemaképződés miatt káliumpótlás illetve vízajtás, tenziócsökkentő gyakran szükséges. Ezen betegek gyakran szednek valamilyen gyomorsavcsökkentőt, csontritkulás elleni szert, antihipertenzívumokat vagy ha diabéteszesek, erre való készítményt.

Oszteoporózis az idős betegeken a RA-tól függetlenül is létrejöhethet, de létezik a betegséggel kapcsolatos két formája is: a) az ízületközeli, a kezeken és lábakon zonálisnak nevezett porózis, valamint b) a betegség aktív szakában létrejövő, a teljes szeptent érintő szisztémás forma, amely viszont remisszió esetén többé-kevésbé spontán is javulhat. A zonális porózis befolyásolására nincs eszközünk, a generalizált formára az általánosan használt porózis ellenes kezelések szolgálnak.

A szteroid okozta oszteoporózis megelőzésére ill. kezelésére *nincs egységes ajánlás*. A szteroid-oszteoporózis létrejöttével kapcsolatban szinte az összes oszteoporózist eredményező mechanizmus szóba jött. Megelőzésére és kezelésére a különböző szerzők gyakorlatilag az összes szóba jövő terápiás lehetőséget ajánlják: káliumpótlás 1,0–1,5 g, D vitamin 400–800 egység/nap, ha a csontvesztés kimutatható, menopauzában hormonpótlás, valamint kalcitonin és bifosfonátok. Fontos a lehetőség szerinti testmozgás és az egyéb oszteoporózis rizikótényezők (dohányzás, alkohol) kiiktatása. Miután a szteroid-porózis dózis és időtartam függő, ez is alátámasztja az alapelvet, hogy a szükséges, de lehető legkisebb adagot és a lehető legrövidebb ideig alkalmazzuk. Személyes tapasztalataink szerint a kalcitonin orrspray formájában adása járható, egyszerű és veszélytelen útja a porózis megelőzésnek és kezelésnek. Az irodalmi adatok e kérdéskör végleges lezárását nem teszik lehetővé (részletesebben lásd Stein C. M., Pincus T. Glucocorticoids in Kelley és mtsai: Textbook of Rheumatology W.B.Saunders 5. Kiadás, 1999. 787. – 804).

A szteroid terápia a családorvos és a reumatológus közös kompetenciája, tehát élő munkakapcsolatot, jó együttműködést feltételez. Az oszteoporózis kezelése a kalcium és D vitamin pótláson túl az oszteoporózis centrumokon keresztül oldható meg.

3. A betegségmódosító gyógyszerek („disease-modifying antirheumatic drugs”; DMARDs)

a) A hagyományos betegségmódosító gyógyszerek – korábbi nevükön *bázisterapeutikumok* – elsősorban tapasztalati úton kerültek a terápiába: az aranykészítmények téves előfeltételezés, az *antimaláriás szerek* véletlen észlelés alapján. Egyedül a *szulfaszalazint* szintetizálták célzottan bázisterapeutikumnak (N. Svartz).

Az *aranykészítményeket* az európai kontinensen még kiterjedten alkalmazzák, de az angol és amerikai orvoslásban legfőljebb második lehetőségként jönnek szóba. Ha hatásosak, fenntartó adagban tartósan

adandók. Fontos a következetes, rendszeres laboratóriumi kontroll (vizelet, vérkép, májenzimek).

Az *antimaláriás szerek*et korábban, amikor az arany mellett egyetlen további lehetőségként álltak rendelkezésre, kiterjedten alkalmazták, de a DMARD-ok választékának bővülése és a biztosan hatásosabb szerek háttérbe szorították őket. Enyhe, szeronegatív, lassan progrediáló artritiszekben ma is alkalmazzuk, és kiválóan adható kettes vagy hármas DMARD kombinációban. Fontos, különösen kezdetben a szemészeti kontroll, látásromlás esetében azonnal kihagyandó. Amennyiben precipitátumok keletkeznek a korneában, azok felszívódása a terápia kihagyása után várható. A látóideg károsodása sajnos irreverzibilis. Laboratóriumi kontrollok is szükségesek (fvs, májenzimek).

A *szulfaszalazin* a RA-t valamint a kolitisz ulcerózás betegek kolitisz artritiszét is javította. A korai artritisztek egyik első választandó szere, mely eléggé biztonságos, és jól alkalmazható kombinációban is. A kolitisz ulceróza tüneteinek kontrollálására is a legalkalmasabb készítmény, különösen korszerű változatai. A csontvelő-depresszió veszélye miatt a rendszeres vérképkontroll elengedhetetlen.

A *penicillamin* és a levamizol elméletileg hatásosnak ígérkezett, a gyakorlatban azonban kiderült hogy több – az akár súlyos – mellékhatásuk, mint a hatásuk. Így az előbbit ma már csak elvétve, a levamizolt pedig egyáltalán nem alkalmazzák.

b) A *citostatikus immunoszuppresszív készítmények* (klorambucil, ciklofoszfamid) alkalmazásának ideológiája az a feltételezés volt, hogy ha a krónikus ízületi gyulladásokban rosszul működő immunrendszert fékezik, az a betegség aktivitását is csökkenti. Kétségtelenül hatásosak voltak, de a sok, időnként fatális szövődés miatt kikerültek a reumatológiai gyakorlatból, bár súlyos, terápiarezisztens RA-ben fokozott figyelem mellett a ciklofoszfamidot ma is használják. A reumatológiai alkalmazáshoz kifejlesztett, kevésbé citostatikus, de immunoszuppresszív *azatioprint* viszont ma is alkalmazzák, különösen SLE-ben.

c) A *ciklosporin* A főleg igen korai illetve terápia-refrakter reumatoid artritiszben, valamint SLE-ben, miozitiszben, pszoriázisban adható. Alkalmazhatóságának korlátot szab, hogy számos hatékony és jóval olcsóbb szer áll rendelkezésre. Sok esetben a vérnyomásemelkedés, vesetoxicitás, gingiva hiperplázia miatt kell felfüggeszteni a kezelést. A szer azonban más DMARD-ok hatástalansága esetén, továbbá kombinációban (pl. metotrexáttal, szulfaszalazinnal) is alkalmazható. A vérképet, vizeletet, vesefunkciót és a vérnyomást rendszeresen monitorozni kell.

d) A *metotrexát* (MTX) folsav antagonistá citostatikum, mely a reumatoid artritisz és többféle SNSA első választandó szere. Szintén immunoszuppresszív szándékkal kezdték a reumatoid artritiszben alkalmazni, de kiderült hogy a hematológiában szokásosnál kisebb, heti 7,5–20 mg-os adagokban is megállítja a folya-