

matot. Amennyiben nem, vagy nem kellő mértékben hatásos, adagját viszonylag gyorsan (1–2 hónap) emelni kell, maximum heti 25 mg-ig. Reumatoid artritiszben elsősorban az adenozinrendszeren keresztül fejti ki kedvező hatását, mellékhatásai viszont folsav-antagonista mivoltából következnek, ezért ma rutin-szerűen folsavval együtt alkalmazzuk. Az angolszász világban ma a MTX az „arany standard”, a betegek 70–80%-a ezt szedi, legtöbbjük hosszú éveig. Hazánkban, sajnos, a betegek alig 20–30%-a kapja ezt a bázisterápiát, ráadásul ők is gyakran a szükségesnél kisebb adagban. A vérkép és a májenzimek rendszeres ellenőrzése szükséges.

e) A *leflunomid* (Arava) új pirimidinantagonista DMARD, mely a MTX-hoz hasonlóan immun-suppresszív hatásokkal bír. Nagy klinikai vizsgálatok bizonyították szulfaszalazinnal és MTX-tal ekvivalens vagy kifejezettebb hatékonyságát reumatoid artritiszben. Egyelőre teljes áron érhető el, de támogatása a közeljövőben megvalósulhat. A vérkép, májfunkció rendszeres ellenőrzése javasolt.

f) *Biológiai készítmények.* Az elmúlt évtizedekben szívós kutatói munkával nagyrészt tisztázták, hogy miként kooperálnak és milyen gyulladáshoz vezető mediátorokat, citokineket adhezív molekulákat termelnek azon gyulladáshoz vezető sejtek, amelyek a RA-ban részt vesznek. Kifejlesztették azokat a biotechnikai, géntechnikai módszereket, amelyekkel olyan készítmények állíthatók elő, amelyek ezt a kooperációt leállítják. E biológiai szerek közül az infliximab (anti TNF antitest) és etanercept (szolubilis TNF receptor) mellett az anakinra (IL-1 receptor antagonist) is polgárjogot nyert. Míg az előbbi kettőt eddig 150–200 ezer betegnek adták szerte a világon, hazánkban a klinikai vizsgálatokon kívül eddig még egyetlen RA-s beteg sem kaphatta meg ezen

kezeléseket. Évi költségük sajnos tíz- és százezer dollár között mozog. Alkalmazásuknak ugyancsak határt szab, hogy a több tízezer beteg kezelése során a látens tbc és bizonyos opportunista fertőzések fellángolását, agyi demielinizációs kórképek (szklerózis multiplex) felléptét, SLE-szerű szindróma kialakulását gyakrabban látták.

A RA kezelésében az elmúlt néhány évben világszerte a *korai agresszív (a korábbinál magasabb dózissal) bázisterápia (elsősorban MTX), a kombinációk gyakori alkalmazása és a biológiai ágensek használata* került előtérbe. A cél nemcsak a fájdalom és gyulladás mérséklése („tüneti hatások”), hanem rövidebb-hosszabb távon a pannuszképződés és az eróziók kialakulásának gátlása. Évenkénti radiológiai vizsgálattal követnünk kell az ízületi destrukció progresszióját, hogy a terápián megfelelően módosíthassunk. A biológiai készítmények és a MTX hatásossága a többi bázis-terapeutikumokhoz képest szerencsére rövidebb időn belül (néhány hét, 1–2 hónap) megmutatkozik. Az adott betegen hatásos készítmény hamarabb kiválasztható, így korábban megkezdődhet az eredményesnek ígérkező kezelés. Mindennek előfeltétele azonban a *korai diagnózis*. Ennek érdekében a szokásos vizsgálatokon túl a nyugati államokban esetenként akár az MRI-t is igénybe veszik, mivel a hagyományos röntgenfelvételeknél korábbi szakban már kimutatja a kezdeti stádiumban lévő eróziókat. Egy a 80-as években végzett felmérés (Siró B., Szalai T.) szerint hazánkban az első tünetek megjelenésétől átlagban három év telt el akkoriban a kórisme megállapításáig. Addig a beteget tünetileg kezelték. Utólag, a kórisme felállítása után kérdőíves módszerrel kimutatható volt, hogy a RA-re jellemző egyes panaszok átlagban már 3 éve fennálltak. Ma már optimális esetben a tünetek fellépe után az első évben kórismézik a betegséget.

7. táblázat

**Szteroid készítmények relatív hatásossága**

Vegyület	Tabletták adagja (mg)	Közeliítő hatásosság		Gyulladásgátló Egyenérték (mg)
		Gyulladásgátló (Glucocorticoid) hatás	Na <sup>+</sup> visszatartó (Mineralocorticoid) hatás	
Cortison	25	1	1	100
hydrocortison	20	1,2	1	80
prednisolon és prednison	5	5	0,8	20–25
methyl prednisolon	4	6	minimális	16–20
triamcinolon	4	6	nincs	16–20
dexamethason	0,5	37	minimális	2–4
betamethason	0,5	40	elhanyagolható	2–3
paramethason	2	10	elhanyagolható	10
deoxycorton	–	elhanyagolható	50*	–
fludrocortison	0,1	10–20	150	–
aldosteron	–	nincs	500**	–

\* Sublingválisan alkalmazva

\*\* Injekcióban