

A terápia szemléletváltása szinte önálló entitássá tette a korai RA-t.

*RA-es betegek anémiája:* A RA-es betegek többségének a betegség aktivitásával arányosan enyhe, normocitás, hipokróm anémiája van. A vashiány mellett (52 %) azonban B12- (29%) ill. folsavhiány (21%) is jelen lehet. A folsav- és B12-hiány, növelve az átlagos vvt térfogatot és Hgb tartalmat maszkírozhatja a vashiányt. E betegek ferritin sőt eritropoetin szintje is magasabb lehet, ugyanakkor csökken az eritropoetin hatássűrűsége. Az a tény, hogy a RA remisszióba jutásakor a vérkép is rendeződik, arra utal hogy az anémia létrejöttében immunológiai eltérések is szerepet játszanak. A NSGY-k irritatív hatása csökkentheti a vas bélből történő felszívódását is. Az aktív, súlyos, szeropozitív RA-es esetek 40%-ában eozinofília, extraartikuláris aktivitás esetében trombocitózis is fennállhat.

A fentiekből következik, hogy anémia észlelése esetén nem lehet rutinszerűen vasat adagolni, hanem tisztázni kell az anémia hátterét és annak megfelelően kell kezelni. Mivel gyakran a hiánypótlás ellenére sem rendeződik a vérkép, amerikai szerzők újabb eritropoetinnel történő eredményes kezeléssel is beszámoltak.

*A RA-hez társuló anémia differenciáldiagnózisa és a kezelés beállítása reumatológus vagy belgyógyász feladata.*

Az *SNSA* betegcsoport csak spondilitisszel, vagyis gerincelváltozással járó kórképeket is magába foglal. A spondilitisz ankilopoetika (Bechterew kór) viszonylag ritkán jár a perifériás ízületek betegségével (skandináv forma). E betegségre, a TNF-alfát blokkoló kivételével a DMARD-ok egyáltalán nem hatnak. Az esetek többsége szteroidokra sem reagál. E betegségek kezelésére a NSGY-kat használjuk (indometacin, és fokozott kontroll mellett a fenilbutazon). Elengedhetetlen azonban a gyógytorna, amelyet a betegnek be kell építenie életvitelébe.

Az *arthritis pszoriátika* spondilitisz formájára a fentiek érvényesek. A perifériás ízületeket érintő arthritisz pszoriátika általában jobb prognózisú. Azonban a bőrtüneteket a NSGY ill a szteroid terápia is fellobbanthatja. Ilyenkor más vegyületcsoportba tartozó NSGY-val kell próbálkozni. A DMARD-ok közül a MTX, a szulfaszalazin és az aranykészítmények jönnek szóba.

*A DMARD terápia kezdeményezése reumatológus kompetenciája. A beteg további kontrollálása a ciklosporin és a biológiai készítmények esetén a reumatológus feladata. A hagyományos betegségmódosító szerek valamint az azatioprin és a MTX kontrollja a családorvosé, de időszakosan reumatológusnak is látnia kell a beteget.*

A RA és az egyéb poliartitiszek fontos, bár elhanyagolt komponensei a *pszichoszociális és pszichoszomatikus* tényezők.

Érzelmileg traumatikus életesemények (pl. közeli hozzátartozó elvesztése) provokálhatják a RA fellépését.

Ugyanakkor a közvetlen életveszély okozta stressz, a nyomorúságos helyzet, legalábbis átmenetileg, kioltja a folyamat aktivitását. Az előző orvosnemzedék élménye: Budapest ostromakor a RA-es betegek túlnyomó többségének, sötét, hideg nedves pincékben, éhezve inaktív volt a betegsége.

Az már régóta ismert, hogy a képzőművészeti eljárásokkal és laboratóriumi paraméterekkel objektívizálható mozgásszervi státusz alapján várható mozgásképesség és a beteg tényleges működőképessége, életminősége nagymértékben különbözhet egymástól, nemcsak a sokizületi folyamatokban hanem a degeneratív izületi folyamatok esetében is. Ha ezen eltérések hátterét sikerülne tisztázni, ez segítséget jelenthetne a gyógyításban. A beteg személyiségstruktúrája, kapcsolatrendszere és betegségéhez való viszonya meghatározó lehet abban hogy miként tűri, hogyan kompenzálja fogyatékosságát, hogyan vesz részt a gyógyításban és rehabilitációban.

Gyakori eset: A családorvos hetekig, esetleg hónapokig perzisztáló kisizületi panaszokkal betegét reumatológiai szakvizsgálatra utalja. A beteg a kivizsgálás során a szakrendelő várójában ismételt órákat tölt el. Betegtársaival beszélget, látja évek, évtizedek alatt deformálódott ízületeiket, végül megtudja, hogy ő is ebben a betegségben szenved. Nem kell különösebb hajlam sem, hogy ez esetben depresszióssá váljék és belekerüljön egy negatív spirálba, amely sokizületi folyamatának progresszióját is gyorsítja.

A pszichiáter, de a családorvos is képes felismerni a kiváltó traumákat, a csatlakozó *szorongást* vagy *depressziót*, a gyógyszeres kezelés által kiváltott esetleges *pszichiátriai tüneteket*. A lelki támogatás és a fellépő pszichés zavarok azonnali kezelése segítségével a beteg jobban meg tud birkózni betegségével.

Sok beteg kezdetben visszautasítja a RA ill. egyéb krónikus mozgásszervi betegségének diagnózisát és még beszélni sem hajlandó róla. A betegség kezdeti tagadása gyakori, különösen azoknál, akiknél nincsenek súlyosabb kezdeti tünetek, melyek akadályoznák megszokott életvitelének folytatását. A későbbiekben alkalmazkodási jelenségek: belenyugvás, időszakos harag, szomorúság, szorongás jelenhet meg. A beteget tájékoztatni kell hogy betegségét nem a korábbi cselekedetei ill. életmódja váltotta ki és hogy a kimerültség, esetleg depresszió teljesen érthető az ő helyzetében. A kezelőorvos feladata figyelni az esetleges depresszió tüneteire és szükség esetén azonnal kezdeményezni a kezelést. Amikor a beteg és családja szembesül azzal hogy betegsége gyógyíthatatlan és progresszív, a kezelőorvos figyelmüket a kezelésre, a megrokkolás megelőzésére terelheti és hangsúlyozhatja hogy a betegség kézben tartható, kontrollálható. Higgadt, ésszerű tájékoztatás arról hogy mi várható a jövőben, csökkenti a beteg bizonytalanságát. Óvatos optimizmusra ad okot hogy a betegek kétharmada tartósan önálló életvitelre képes marad. Csak akkor