

tanácsoljuk a betegnek hogy hagyja abba a munkáját, ha az fizikailag kifejezetten megterhelő. Ez esetben is inkább a munkakör rehabilitáló jellegű megváltoztatása és nem a rokkantítás a cél.

Fiatal nőbetegek esetében joggal merül fel a *gyermekvállalás* kérdése. A nagyon előrehaladott folyamatok kivételével RA-ben a terhesség nem ellenjavallt. A terhesség II.–III. trimeszterében a tünetek mérséklődni szoktak, a betegség aktivitása csökken. A szülés után néhány hónappal a folyamat kb. azon a szinten szokott folytatódni amelyen a terhesség előtt volt. Terhesség alatt csupán szteroidot adhatunk, azt is csak akkor, ha elkerülhetetlen. Az NSGY és DMARD készítmények adása kontraindikált.

Bátorítsuk a beteget önállóságra. Ismerjük fel hogy melyik beteg nem kap semmiféle támogatást a családjától. Hallgassuk meg és fogadjuk megértéssel a beteg félelmeit, fantáziáit, aggodalmait. Ajánljunk fel agresszív kezelést a frissen diagnosztizált betegeknek.

Még húsz évi fennállás után is csak a betegek 15%-a válik teljesen magatehetetlenné. (lásd J. Ananth: Rheumatoid Arthritis in Kaplan H.I., Sadock B.J.: Comprehensive Textbook of Psychiatry. 5. kiadás Williams és Wilkins 1989, 1225-1231). A ma kezdődő RA-es folyamatok esetében ennél jelentősen jobb eredmény várható. Hogy „meggyógyulhat-e” a RA, az vitatható. Kétségkívül a követéses epidemiológiai vizsgálatok során az első felméréskor észlelt biztosan RA-esnek minősített esetek egy része az évek múlva megismételt második vizsgálat folyamán tünetmentesnek, gyakorlatilag egészségesnek bizonyult. Pl. az egyik USA-beli kisvárosban Tecumsec-ben végzett első ilyen vizsgálatban 4 éves követés után ezen esetek aránya 5% volt. Mások 16% körüli gyógyulásról írnak. Saját tapasztalataink ezt nem támasztják alá. Kétségkívül voltak betegeink, akik a hatásos DMARD kezelés folyamán tünetmentesekké váltak, de ha évek múlva a fenntartó kezelést szüneteltettük, panaszaiuk néhány hónap múlva újból jelentkeztek. Lehetséges, hogy a panaszok a DMARD kihagyása után sem lépnek fel újra, de mivel a genomikailag meghatározott hajlam adott, azt kizárni, hogy a betegség újra ne jelentkezék, nem lehet.

A hazánkban még csak nem is képzett *foglalkozási terapeuta* tanácsokat adhatna a beteg számára szükségessé váló munkakörváltatásához. A szociális gondozó segíthetné napi tevékenységének átalakítását, hogy tartalékolja erejét és kímélje ízületeit. Eszközei: a munkatevékenység egyszerűsítése, erőtartalékolás, pihenő időszakok beiktatása, külső segítség bevonása a háztartás ellátásába.

Oszteoartrózisok terápiája

Az OA *multifaktoriális*, elsősorban *degeneratív*, krónikus betegség. Okozhat tüneteket folyamatosan, de intermittálóan is, miközben az ízület állapota változat-

lan, ill. lassan feltartóztathatatlanul romlik. A csípőízületi forma általában progresszív, a többi rövidebb-hosszabb időre tünetmentessé válhat. Az ízület objektív állapota és funkcióképessége között laza a kapcsolat, a radiológiai igazolt artrózisok csak az esetek kb. 35%-ában járnak panaszokkal. *Pszichoszomatikus és pszichoszociális* tényezők az állapotot nagymértékben befolyásolják.

Az OA folyamán egy vagy néhány ízület átmenetileg kifejezetten gyulladásossá válhat („inflammált artrózis”). A klinikai kép ilyenkor mono- ill. oligoarthritishez hasonló. Ezek a változó gyakoriságú *gyulladásos epizódok* a degeneratív alapfolyamatot, az ízület állapotát viszonylag gyorsan rontják. Ezen időszakok kezelése NSGY-kkel és szteroidokkal történhet. Mivel ilyenkor egy, vagy kevés ízület érintett, elsősorban közepesen hosszú hatású (4–6 hét) *intraartikuláris szteroidokat* érdemes alkalmazni. Gyulladásos jelenségek megléte esetében a mélyen fekvő csípőízület kivételével NSGY *kenőcsök* használata is szóba jön, de naponta legalább 3–4-szer kell azokat alkalmazni. Így várható olyan lokális gyógyszerkoncentráció, amely hatni képes.

Amennyiben aktuálisan nincsenek gyulladásos jelenségek, a NSGY-k csak a fájdalmat csillapíthatják, mellékhatásaik viszont rontják a benefit/risk arányát. Az oszteoartrózis tekintetében hazánkban a NSGY-k jelentős abúzusra figyelhető meg. Az Amerikai Reumatológusok Kollégiumának ajánlása szerint az USA-ban első lépcsőben a *fizioterápia* mellett az *analgetikumok* (pl. paracetamol) adása javasolt, második lépcsőben a *coxiboké* (szelektív COX2 gátlók egyik csoportja), és csak ha ezek nem eléggé hatásosak, akkor kerül sor a harmadik lépcsőben a klasszikus NSGY készítmények alkalmazására. *A gerinc vagy az ízületek degeneratív elváltozásaihoz* társuló fájdalmak esetén maximális adagú analgetikum adása javasolt, lehetőleg rövid ideig. Hazánkban takarékoskodunk az analgetikumokkal, a maximális 4000 mg napi adaggal szemben általában 1500 mg paracetammal megelégszünk, amit ezután ineffektívnek vélvé NSGY-khez nyúlunk. Megfelelően nagy dózisban adva a paracetamolt 2–3 nap alatt kiderül, hogy van-e hatása. Ha igen, mielőbb meg kell kísérelni az adag csökkentését. Ha nincs hatása, másik analgetikum próbálandó meg hasonló módon. Ennek eredménytelensége esetén jön szóba valamelyik COX 2 szelektív NSGY. Ennek hatásossága is eldől 2–3 nap alatt. A COX 2 gátlók, különösen a coxibok szélesebb körű alkalmazását nehezíti a támogatottság hiánya, a magas ár. Ha a választott készítmény hatásosnak bizonyul, a beteggel előre meg kell állapodni a kezelés időtartamában és a kontroll idejében (4–6 hét), továbbá abban is, hogy amennyiben panaszai hamarabb csökkennének, hogyan csökkentse az adagot. Ha a gyógyszercsoport is hatástalan akkor jönnek szóba a hagyományos NSGY-k, használatuk irányelvei azonosak a RA-szel kapcsolatban leírtakkal. A nem gyulladásos, de fájdalmas ízületek lokális vérbőséget okozó (pl.