

kapszaicintartalmú) kenőcsökkel is kezelhetők. Ezek hatásossága nemcsak tapasztalati tény. Igazolt, hogy a kapszaicin lokálisan a P szubsztancia deplécióját okozza, reakkumulációját gátolja. E kenőcsöket is 3–4-szer kell alkalmazni naponta.

A nagyízületi OA kezelésére jönnek szóba a DMOAD-ok (**d**isease **m**odifying **o**steo**a**rtritic **d**rugs), tehát hamarosan az OA-nak is lesz „bázisterápiája”. Ezen szerek elméleti előfeltevések és/vagy állatkísérleti adatok alapján remélhetően csökkentik a porcdegradációt, vagy serkentik a regenerációt. Különböző hatástani csoportokba tartozó készítményekről van szó, pl. tamoxifen, tetraciklinek, kloroquin, heparinoidok, hialuronsav stb., továbbá azok a *porc alapállomány összetevők* (kondroitin szulfát, hexózaminok), amelyek hónapokig, évekig alkalmazva a porc regenerációját serkentik. Javulásra akkor számíthatunk, ismervé az alapfolyamat progresszív jellegét, ha a gyógyszer hatása felülmúlja a génikusan programozott és életmódtól, testsúlytól függő degenerációt. Ennek az evidence based medicine követelményeit teljesítő igazolása igen nehéz.

Hasonlóan a DMARD-okhoz e gyógyszerek is akkor tudnak jobb eredményt elérni, ha a jelenlegi gyakorlattal ellentétben, a porcdegeneráció kezdeti, korai szakában kezdik alkalmazni azokat.

*A DMOAD terápia kezdeményezése a reumatológus kompetenciája.*

A jól megválasztott *fizioterápia* kiegészítheti a gyógyszeres kezelést, ugyanakkor része a *szekunder prevenciónak és rehabilitációnak* is, amelyek a *terápiával egyenrangú komponensei* e betegek ellátásának, és meghatározzák prognózisukat. Sajnos a hozzáférés csak a fizioterápiás részleggel bíró nagyobb településeken adott, így a lakosság jelentős hányada nem jut hozzá, pedig a fizioterápia is jelentősen fejlődött és a speciális ingeráram kezelésekkal (endosan, pain killer stb.) célzottan lehet fájdalmat csillapítani, a keringést

javítani, az izomzat tónusát csökkenteni. Hasonlóan fontos a gyógytorna, az ízületek védelme. Csípő- és térdízületi OA-ban a *vízben végzett gyógytorna és a gyógyúszás* lenne ideális, mind az aktív kezelés, mind a rehabilitáció folyamán. Ezek kevés helyen állnak rendelkezésre és részben nem, részben nem eléggé finanszírozza az OEP. Szükségmegoldás, de hasznos a magnókazettán, vagy videokazettán rögzített torna-program, amelynek végrehajtása a beteg életformájává kellene hogy váljék. Mindenesetre a több helyen publikált „Csont és Izület Évtizede” irányelvekben az is szerepel, hogy néhány év alatt az otthon vagy lakóhelyen végzett gyógytorna lehetőségeit is kiterjesszék.

A terápia fontos, de szintén nem eléggé kihasználható lehetőségei mind a poliartritiszek, mind az OA-k esetében a reumasebészeti és ortopédsebészeti beavatkozások, amelyek tárgyalása meghaladja cikkünk keretét.

Jól együttműködő beteg esetében a cél, hogy a beteg, állapota alakulásától függően maga is módosíthassa saját kezelését, de pontosan tudja, mely esetben kell azonnal, vagy rövid időn belül családorvosához, esetleg a reumatológushoz fordulnia. Ehhez időigényes felvilágosító munkára van szükség, ami viszont a továbbiakban megtérül mindkét fél számára. Mindenesetre, mint az a fent már említett „Csont és Izület Évtizede” irányelvekben is szerepel, az OA kezelését, gondozását a fejlettebb országok gyakorlatának megfelelően egyre inkább a családorvos kompetenciájába kell helyezni, a reumatológus pedig csak a nehezebben kezelhető esetekben működik majd közre az ellátásban.

*A háziorvos és a reumatológus kétoldalú, dinamikus kapcsolata* (házi orvosi kezelés, probléma esetén beutalás, szakorvosi tanács, utána további családorvosi követés) alapvetően fontos mind a gyulladásos, mind a degeneratív kórképek biztonságos ellátásában.