

# Az ízületi gyulladások terápiája a háziiorvosi gyakorlatban

Az arthritisek, így a rheumatoid arthritis (RA) és a spondylarthropathiák számos külön betegségformában jelennek meg. Mégis kezelésük, az alkalmazott gyógyszerek jelentős átfedést mutatnak. Ezért a RA mint prototípus példáján mutatjuk be a korai, agresszív terápia elveit, az egyes gyógyszereket, a terápia-követés eszközeit és ehhez kapcsolódóan néhány, a korai diagnózist segítő módszert. Ezt követően a spondylarthropathiák egyedi sajátosságait mutatjuk be. Egyértelmű, hogy másként kell kezelni a korai és a késői eseteket, az első kezelésre jól reagáló és a terápiarezisztens betegeket. Áttörést jelentett szemléletünkben, hogy a korai diagnózisra és a terápiás remisszióra törekszünk, csak így érhetünk el sikereket.



## Szekanez Zoltán

DEOEC III. sz. Belgyógyászati Klinika,  
Reumatológiai Tanszék

### BEVEZETÉS

A mozgásszervi kórképek között a gyulladással ízületi megbetegedéseket arthritiseknek hívjuk. Utóbbiak közé soroljuk a rheumatoid arthritist (RA) és az ún. szeronegatív (rheumatoid faktor negatív) spondylarthropathiákat (SNSA). Az SNSA-csoporton belül külön kell szólnunk az arthritis psoriaticáról (AP) és a spondylitis ankylopoeticáról (SPA, Morbus Bechterew). A köszvényt, valamint a gyermekreumatológiához tartozó juvenilis arthritiseket – mivel utóbbiak gyermekgyógyászok, gyermekreumatológusok kompetenciájába tartoz-

nak – nem tárgyaljuk. Az arthritisek klinikuma, diagnosztikája és kezelése nagyfokú átfedést mutat. Utóbbi vonatkozásban egyfajta „terápiás konvergencia” figyelhető meg, azaz a diagnózistól többé-kevésbé függetlenül a RA, AP és SPA kezelésében nagyjából hasonló elveket követünk. Mint látni fogjuk, a legtöbb esetben nem szteroid gyulladásgátlóval (NSAID) és/vagy kortikoszteroidokkal (KS) kezdünk, és sok esetben már a korai, nem differenciált arthritisstádiumban bázisterápiát indítunk. Az elsőként RA-ben kifejlesztett és kipróbált specifikus, ún. biológiai terápia szintén bevált az SNSA-csoportba tartozó betegségekben is.

Ezen összefoglalóban áttekintjük az arthritisek terápiás irányelveit. A RA-t mint prototípust kezeljük, és a többi arthritisforma esetén csak a jellegzetességekre térünk ki.

### RHEUMATOID ARTHRITIS

#### A terápia alapelvei

A RA a populáció kb. 0,5%-ában fellépő, elsősorban a kisízületeket szimmetrikusan érintő, krónikus, gyulladással, progresszív, destruktív kórkép. (1)

Bár itt döntően a terápiáról kell szólnunk, mégis néhány mondatban térjünk ki a korai diagnosztika jelentőségére, ennek ugyanis a hatékony terápia és a kedvező prognózis szempontjából is jelentősége van. Korábban ugyanis a betegeket sokáig tüneti kezelésben (NSAID, KS) részesítettük, betegségmódosító ún. „bázisterápiát” csak előrehaladott esetekben adtunk. Az elmúlt évtized nagy áttörést jelentett a terápiában: kiderült, hogy minden esetben a remisszióra kell

törekednünk, és egyedül a korai, agresszív gyógyszeres és nonfarmakológiai kezelés vezetett tartós javulásra. Optimálisan az első 6 hétben, legkésőbb az első 3 hónapban meg kell kezdeni, be kell állítani a megfelelő bázisterápiát. (2–5) Ennek megfelelően a hagyományos röntgenvizsgálat, mely csak több hónapos betegségfennállást követően jelzi az eltéréseket (sávós oszteoporózis, eróziók), illetve a laborvizsgálatok (pl. a rheumatoid faktor, RF, mely RA-re nem specifikus) nem megfelelő diagnosztikus segítői ennek az elvnek. Szerencsére specifikus, a korai RA-ben már megjelenő autoantitestek (anti-CCP) és a röntgennél érzékenyebb képalkotók (ultrahang, perifériás MRI) megjelenése ma már lehetővé teszi a korai diagnosztikát. (1)

Ugyancsak fontos, hogy számos prognosztikai faktor alapján már a betegség kezdetén felmérhető a várható kimenetel, az, hogy a betegség előreláthatóan enyhe vagy progresszív formában fog-e zajlani (1. táblázat). Ezért a terápia megkezdése előtt meg kell határoznunk a prognózist, és eszerint alkalmazni aktív vagy kevésbé aktív kezelést.

#### Tüneti kezelés

Korai, agresszív kezelés indokolt, mivel ez egyértelműen javítja a prognózist. NSAID csak a bevezető 3–6 hétben, illetve a bázisterápia kiegészítőjeként alkalmazandó. Egyértelmű, hogyha a beállított bázisterápia mellett NSAID szedésére szorulunk, akkor a terápia nem eléggé effektív, és elsődlegesen a báziskezeltésen kell módosítanunk. Rövid ideig potens, klasszikus NSAID-k is alkalmazhatók,

de tartós szedés esetén a szelektív COX-2-gátlók (pl. celecoxib, meloxicam, nimesulid) preferálandók (2. táblázat). (5)

A kortikoszteroidokat (KS) ma csak néhány szűk indikációban alkalmazzuk: a tartós, éveken át tartó KS-kezelés ma már nem elfogadott. Itt is tudni kell, ha a betegnek KS-t kell szednie, akkor a bázisterápia elégtelen. Miután az elmúlt néhány évben egyértelművé vált, hogy a korai, a folyamat kezdetén 3–6 hónapig alkalmazott KS-kezelés (indítás: 1 mg/kg, majd csökkenteni napi 4–8 mg-ig) hosszú távon betegségmódosító hatása is, lassítja a progressziót. Ezért ha kontraindikáció (pl. diabétesz, fertőzés) nincs, minden perifériás ízületi arthritiben javasolt néhány hónapos KS-kezelés. A korai KS-terápia ráadásul a krónikus RA-t elkülöníti egyes akut arthritisektől (pl. virális arthrititis, palindrom rheumatismus stb.). A már fennálló RA esetén, ha az egyébként jól beállított alapkezelés mellett akut fellángolás (flare) van, akkor bármikor néhány napig-hétig közepes, majd kis dózisu KS-kezelés adható. Ugyancsak ismert, hogy a bázisterápia csak az elindítás után 3–6 héttel kezd hatni, ezalatt a bázisterápia hatásának kialakulásáig vagy egyik bázisszerről a másikra váltáskor KS-kúra adható. Végül, ha csak egy-két ízület aktív, a szisztémás kezelés mellé lokálisan (intraarticularisan) adható depot KS-készítmény. (2–4)

### Betegségmódosító (bázis) terápia

A bázisterápiás kezelés fő célja az önfenntartó immunológiai aktiváció és a synoviális proliferáció visszaszorítása, ezáltal az ízületi destrukció lelassul. Az egyes célok és hatások elérésére monoterápia és kombinációs kezelés egyaránt alkalmazható. A legfontosabb azonban az, hogy a bázisterápiás szerek lelassítják az ízületi eróziók kialakulásának ütemét és az ebből adódó mozgásképtelenséget. Ma a korai, agresszív kezelést részesítjük előnyben, és a beteg panaszaival, illetve a klinikai kép mellett a terápia hatásának le mérésére objektív markereket (pl. radiológiai progresszió, DAS28 aktivitási-index) kell alkalmaznunk (lásd később). Bázisterápia alkalmazása tehát szinte mindig kötelező, legkésőbb a 6., optimális esetben már a 3. betegség hónap előtt. (6)

Legtöbbször első választás a methotrexat (MTX) heti 7,5–25 mg dózisban. Fejlett országokban ez a leggyakrabban alkalmazott szer. Mellékhatásai (elsősorban gasztrointesztinális intolerancia, hepatopátia, csontvelőszuppresszió) háttérben folsav-antagonista hatása áll. Ennek megfelelően a mellékhatások tartósan, vagy heti egy-két alkalommal adott folsavval (3–5 mg) vagy még inkább folsavval kivédhetők. Ezek alapján a MTX igen hatékony, jól tolerálható és főleg olcsó szer. Kez-

### 1. TÁBLÁZAT. ELSŐ JELENTKEZÉSKOR PROGRESSZÍV BETEGSÉGET VALÓSZÍNŰÍTŐ PROGNOZTIKAI TÉNYEZŐK

Női nem
Fiatalkori kezdet
Tartósan fennálló panaszok, tünetek
Számos ízület gyulladása
Extraartikuláris érintettség (szisztémás RA)
Rheumatoid csomók
Gyorsult We, emelkedett CRP-szint
RF és anti-CCP pozitívítás/koncentráció
HLA-DR4 gén hordozás
Korai eróziók a röntgenfelvételen
Korai funkcionális károsodás

deti dózisa heti 7,5 mg, ami tekintettel arra, hogy egy tablettát 2,5 mg-os, heti 3 tablettát, lehetőleg rövid időtartamon belüli (pl. hétvégén egyszerre vagy 12 órán belül két dózisban) bevételét jelenti. A dózist korábban a mellékhatásoktól való félelem miatt igen lassan, 2–3 havonta heti 2,5 mg-mal emeltük, de ma már ajánlatos 4–6 hét alatt eljutni a szükséges maximális (általában heti 20–25 mg) dózishoz, mivel bebizonyosodott, hogy a hatás sok esetben dóziszfüggő, és gyakran szükség lehet nagyobb adagok alkalmazására. Mindezt szoros vérkép- és májfunkciós kontroll mellett végezzük, az első 3 hónapban kéthetente vagy még gyakrabban, később 1–3 havonta. Heti 20–25 mg 3 hónapos hatástalansága után kombinációs kezelést vagy biológiai terápiát kell alkalmazni. Tévhit viszont az, hogy a hatás elérése után a MTX (vagy más bázisterápia) adagját csökkenteni lehet, ha elértük a hatékony dózist, még klinikai javulás esetén is tartjuk meg az adagot. (2,6)

A MTX-tal lényegében azonos hatékonyságú és biztonságosságú (alternatíva lehet) a leflunomid (LEF) napi 20 mg adagban. Hatása a többi szerhez képest is rendkívül gyorsan, 2–3 hét alatt kialakul. Jellegetes dozírozása van: az első 3 napban 100 mg telet dózist alkalmazunk, és utána térünk rá a napi 20 mg-ra, mellékhatások esetén 10 mg is elégséges lehet. Mellékhatásként gyakrabban hajhullás vagy hasmenés jelentkezik, melyeknél dózisredukciót kell végezni. Súlyosabb toxicitás (vérkép, illetve májfunkció romlása) esetén a terápiát fel kell függesztenünk. Ezen laborparamétereket tehát gyakran kell ellenőrizni. (2,6)

Igen enyhe, nonerozív esetekben (ma ritkán) sulfasalazin (SSZ) napi 2–3 g adagja is választható elsőként. Enyhébb szer, de korai RA-ban a MTX-tal egyező hatékonyságú lehet, és lassítja a radiológiai progressziót. Különösen kiváló kombinációban való alkalmazás során (lásd később). Hatását igen gyorsan, 3–4 hét alatt kifejti, és a hatás/mellékhatás viszonyának vonatkozásában az egyik legjobb profilu szernek számít. Egy tablettája 500 mg hatóanyagot tartalmaz. A RA kezelésére alkalmazott dózis általában 2000 mg (2x2 tablet-

### 2. TÁBLÁZAT. ARTHRITISEK KEZELÉSÉRE GYAKRABBAN ALKALMAZOTT GYÓGYSZEREK\*

Hatóanyag	Felnőtt dózis	Max. dózis
<i>Analgetikumok</i>		
Paracetamol	1500–4000 mg/die	4000 mg/die
<i>NSAID-szerek</i>		
Naproxen	550–1000 mg/die	1100 mg/die
Ibuprofen	1200–2400 mg/die	2400 mg/die
Diclofenac	150 mg/die	200 mg/die
Piroxicam	20 mg/die	40 mg/die
Indomethacin	75–150 mg/die	150 mg/die
Celecoxib	2 x 100–200 mg/die	800 mg/die
Meloxicam	15 mg/die	15 mg/die
Nimesulid	200 mg/die	200 mg/die
Aceclofenac	200 mg/die	200 mg/die
<i>Bázisterápia</i>		
Sulfasalazin	2000–3000 mg/die	3000 mg/die
Methotrexat	7,5–25 mg/hét	25 mg/hét
Leflunomid	20 mg/die	20 mg/die
Chloroquin	250 mg/die	500 mg/die
Cyclosporin A	2,5–5 mg/kg/die	5 mg/kg/die
Azathioprin	50–150 mg/die	150 mg/die

\*A kortikoszteroidok individuális adagolást igényelnek.

ta), ritkábban akár 3000 mg (3x2 tablettát) is lehet. A céldózis elérése után is 3–6 havonta érdemes kontrollálni a vérképet. (6)

A többi szer (chloroquin, arany sók, cyclosporin A, azathioprin) csak az előzők ineffektivitása, vagy mellékhatások esetén javallt. A cyclophosphamid indikációja a rheumatoid vasculitis. A monoterápia hatástalansága (a betegek 20–30%-a) esetén kombináció (ma: MTX-SSZ, MTX-LEF vagy chloroquin bármelyikkel) próbálható. (6)

### Biológiai terápia és egyéb lehetőségek

Már a heti 20 mg MTX vagy napi 20 mg LEF 3 hónapos hatástalansága esetén biológiai terápia (influximab, etanercept vagy adalimumab) indikált. A biológiai terápia lényege, hogy a gyulladás egyetlen, jól meghatározott pontján (pl. egy adott citokin) ellen hat. A fejlett országokban ma már második lépésben, a MTX alternatívájaként alkalmazzák. Hazánkban is elérhető a tumor nekrosis faktor (TNF) elleni antitest humán-egér kiméra (influximab) és humán formája (adalimumab), valamint a szolubilis TNF-receptor (etanercept), melyek a kifejezett ízületi aktivitás gyors visszaszorítására alkalmasak. Újabbban egyéb, nem TNF-gátló szereket (pl. a B sejteket gátló rituximab, az immunológiai felismerést gátló abatacept) is hazai bevezetésre várnak. (7) A biológiai terápia hazai gyakorlatát egy terápiás ajánlás szabályozza. (8) Igen kivételesen súlyos esetekben az autológ haemopoetikus őssejt-átültetés (HSCT) is szóba jöhet.

Egy optimális terápiás stratégiát a 3. táblázat mutat be. A legjobb gyógyszeres stratégia is csak egyéb, nem gyógyszeres kezelések (gyógytorna, fizioterápia, folyamatos rehabilitáció, reumasebészet) komplex alkalmazása esetén lehet hatékony.

### 3. TÁBLÁZAT. AJÁNLOTT KEZELÉSI STRATÉGIA KORAI RA VAGY NEM DIFFERENCIÁLT POLYARTHRITIS ESETÉN

Első 3 hónap: 1 mg/kg prednisonon, majd fokozatosan leépíteni (szteroid az első 6 hónapban).

3–6. hónap: a bázisterápia elindítása (MTX, SSZ vagy LEF).

Ineffektivitás esetén a dózis gyors emelése 4–6 hetente az effektív vagy maximális dóziséig.

Ineffektivitás esetén kombináció vagy biológiai terápia.

Cél: minden esetben a remisszió elérése legyen.

### 4. TÁBLÁZAT. DISEASE ACTIVITY SCORE (DAS) 28 ÍZÜLETEN

4 változós DAS28:  $0,56 \times \sqrt{\text{nyisz28}} + 0,28 \times \sqrt{\text{dízsz28}} + 0,7 \ln \text{We} + 0,014 \text{ áe}$

3 változós DAS28:  $0,56 \times \sqrt{\text{nyisz28}} + 0,28 \times \sqrt{\text{dízsz28}} + 0,7 \times \ln \text{We} \times 1,08 + 0,16$

dízsz28: duzzadt ízületek száma a 28-ból

nyisz28: nyomásérzékeny ízületek száma a 28-ból

áe: az általános egészség értékelése 100 mm-es VAS-skálán

### 5. TÁBLÁZAT. AZ EULAR TERÁPIÁS VÁLASZ DEFINÍCIÓK A DAS28 ALAPJÁN

	Elért DAS28 végpont	DAS-csökkenés
Jó válasz	≤3,2	>1,2
Mérsékelt válasz	>3,2 és ≤5,1	>0,6 és ≤1,2
Elégtelen válasz	>5,1	≤0,6

#### A terápia követése

Már utaltunk arra, hogy bár a beteg panaszai, a synovitis mértéke fontos, de a terápiát hiba pusztán ezek alapján vezetni. Egyrészt kiderült, hogy a gyulladás, a synovitis mértéke sokszor nem függ össze a destrukcióval, a radiológiai progresszióval. (Alig „gyulladt” betegen sokszor 1-2 év alatt jelentős radiológiai romlás következik be.) Ezért objektív módszerekkel monitorozzuk a kezelést. (9)

Klinikailag a mindenkorai betegségaktivitást a DAS28 (28 ízületre vonatkoztatott Disease Activity Score) kiszámításával határozhatjuk meg. A DAS28 3 vagy 4 változóból bonyolult matematikai számíttással (ma már speciális zsebalkulátorokat használunk) jelzi a klinikai aktivitást, ma ez a legobjektívebb marker (4. táblázat). 5,1 felett jelentős aktivitás van. A DAS28 a terápiakövetésre is alkalmas: megfelelő hatás esetén a DAS28-nak legalább 1,2-vel csökkennie kell. Remisszióról 3,2 alatt beszélünk (5. táblázat).

A legobjektívebb marker azonban a radiológiai progresszió mérése. Ezért fél-egyévente ismételnünk kell az összehasonlító kéz- és láb-felvételt, és ha az eróziók száma növekszik, akkor a terápia nem megfelelő.

A terápia célja tehát a remisszió legyen, csak ebben az esetben sikerül jelentős javulást elérni. A kezelést objektív mérőmódszerek (DAS28, radiológiai progresszió) vezéreljék. Amíg a korábbi, konzervatív kezelési protokoll mellett a betegek <5%-a kerül remisszióba, addig az aktív MTX-t (és esetleg biológiai terápiát) igénybe vevő, gyors, dinamikus terápia módosításon alapuló stratégia mellett 20–25%-ban teljes remisszió érhető el (3. táblázat).

#### Egyéb szempontok

Fontos lehet a krónikus gyulladásokhoz társuló anémia kezelése. Tudni kell, hogy arthritisekben normokrómi, de vashiányos anémia van, viszont a vasraktárak teltek (alacsony szérumsavas, de normál TVK vagy transzferin-szaturáció). Ezért arthritisekben még igen alacsony vasszint mellett sem kívánatos a vaspótlás. Kivételt képez, ha a szaturáció alapján valóban igazoljuk, hogy a vasraktárak üresek.

Az extraartikuláris tünetek közül leggyakoribb (15–20%) a Sjögren (sicca)-szindróma, ez tüneti kezelést igényel. A rheumatoid vasculitis kezelésére cyclophosphamidot, plazmaferezist alkalmazunk. A szekunder, magas halálozással járó amyloidosis anti-TNF szerekekkel lassítható. A betegek kétharmadának generalizált oszteoporóziusa van, ez is kezelést igényel, pl. biszofosfonátokkal, ami a szteroid okozta csontvesztést is kivédi.

Ma a RA-es és egyéb arthritises betegek halálozását a felgyorsult atherosclerosisból eredő kardiovaszkuláris és cerebrovaszkuláris betegségek vezetik (!), csak ezek után következnek a korábbi halálokok, a fertőzések, amyloidosis, szekunder limfómák.

#### SPONDYLITIS ANKYLOPOETICA (SPA)

A SPA (régiesen Bechterew-kór) sacroileitisszel, spondylitisszel, esetleg a perifériás ízületek arthritisével jár, végső soron az ízületek ankyloziához, a gerinc elmerevedéséhez vezető kórkép. Tudnunk kell, hogy az esetek 70%-a csak a gerincet és a tőizületeket (csípő, váll) érinti, 30% a perifériás forma. Ennek terápiás konzekvenciája van (lásd később). (10)

A korai diagnosztikában itt is jelentősége van az érzékenyebb képalkotó eljárásoknak (pl. sacroiliacalis és gerinc-MRI).

A SPA terápiája túlnyomórészt empirikus tapasztalatokon alapul, csak egyes gyógyszerekről rendelkezünk tudományosan megalapozott bizonyítékokkal. A beteg felvilágosítása betegségéről, a tartós gyógytorna még az utóbbi idők biológiai terápiája mellett sem nélkülözhetők. (10)

A betegség kezdetén itt is NSAID-k időszakos alkalmazása javasolt. Potens szerekekkel

kezdünk (pl. indometacinum, phenylbutazon), és ezután váltunk enyhébb formákra. A szisztémás KS-kezelésnek SPA-ban nincs helye, kivéve a RA-hez hasonló perifériás formákat. Lokálisan viszont mind a sacroiliacalis, mind a perifériás ízületekbe adhatunk depot KS készítményt. (10)

A SPA gerincpanaszait befolyásoló bázisterápia nem áll rendelkezésünkre. A RA-ben bevált MTX, LEF, SSZ hatékonysága ebben a formában nem bizonyítható. Amennyiben azonban perifériás arthritis is jelentkezik (30%), az RA-ben alkalmazott bázisterápiás szerekek alkalmazása javasolt. A betegségben gyakori enthesitis (sarok, ülőgumó) kezelésére a lokális injekció (kortikoszteroid + lidocain) vált be. (10)

A betegség eddigi kezelése igazolhatóan nem változtatta meg annak lefolyását. Ezzel szemben a biológiai terápiával (elsősorban TNF- $\alpha$ -gátlók) kezelt betegek kétharmadában a kezelés ideje alatt a SPA-remisszióba kerül, ez minden eddig alkalmazott kezelésnél eredményesebb. Újabb, MRI-vel végzett vizsgálatok eredményei alátámasztani látszanak, hogy a biológiai szerekek (és csak ezek) lassítani képesek a strukturális károsodást. (Hazánkban mindhárom említett TNF-gátló törzskönyvezett SPA-ban is.) (11)

A nem gyógyszeres kezelési módok közül a tartós gyógytorna szerepét már kiemeltük. A különböző fizioterápiás eljárások (elektroterápia, balneoterápia) csak átmenetileg hatnak.

#### ARTHRITIS PSORIATICA (AP)

Az AP psoriasisoz társuló, rendszerint RF szeronegativitással kísért arthritis, mely súlyosságában hasonló a RA-hez. Diagnosztikája a jellegzetes bőrtüneteken és ízületi elváltozásokon alapszik. Az érzékeny képalkotók itt is segíthetnek, de az anti-CCP negatív, korai laboratóriumi marker nem ismert. (12)

Az AP-nak számos klinikai formája van, ami a terápiát is megszabja. A perifériás formáknál a RA-nél tárgyalt elveket követjük, de a psoriasisos spondylitis a SPA-hoz hasonlít, és ennek megfelelő kezelést igényel. (12)

A psoriasis kezelése bőrgyógyász feladata. Szerencsére az AP kezelésében alkalmazott szerekek (pl. MTX, LEF, biológiai terápia) mind a bőr, mind az ízületi tünetekre hatnak. A SSZ viszont csak az artritiszre hatékony, ezért ezt akkor alkalmazzuk, ha a bőrtünetek viszonylag enyhék.

AP-ban egyébként NSAID, néha átmeneti KS-kezelés jöhet szóba, a RA-nél leírt stratégia szerint. A szteroid elhagyása után nem ritka a fellángolás (rebound-jelenség).

Bázisterápia tekintetében a RA-ban is használt készítmények (első vonalban MTX, SSZ és LEF, esetleg cyclosporin A) váltak be. AP-ben egyébként is gyakori a májlézió,

ezért a bázisterápia gyakran nehézségbe ütközik. A klasszikus bázisterápia eredménytelensége esetén AP-ban is biológiai terápia jön szóba: az infliximab, etanercept és adalimumab is törzskönyvezett. (12)

*Néhány összefoglaló gyakorlati tanács háziorvosok számára:*

- Hosszú távon nem lehet cél, hogy az arthritises beteg minden problémájával szakorvoshoz forduljon. A háziorvosok kompetenciáját ezért növelni kell: a betegség kezdetén valóban lássa reumatológus a beteget, de az időszakos (labor)kontrollok, kisebb terápiamódosítások stb. a háziorvos feladatai lehetnek.
- A korai RA (<2 év) és főleg a nagyon korai RA (<3 hónap) tekintetében a korai diagnózis és agresszív terápia elveinek ismeretében a klinikai kép, néhány alaplabor esetleg összehasonlító röntgen alapján a háziorvos viszonylag pontos blick-diagnózist állíthat fel.
- Kisebb probléma arthrosisos beteget RA-ra gondolva szakorvoshoz küldeni, mint RA-s beteget arthrosisként kezelve tüneti terápiát alkalmazni.

- Ismerni kell a bázisterápiás szerek hatásának beálltát jelentő időtartamot (ne legyünk türelmetlenek!), a szerek mellékhatásait és a labormonitorozás elveit.
- A szteroid-kezelés ma rugalmasan történjen: rendszerint tartósan (állandóan) ne adjunk szteroidot, de még jól stabilizált bázisterápia esetén is előfordulhatnak aktívabb periódusok, ilyenkor a háziorvos is végezhet néhány napos-hetes szteroid áthidaló terápiát („bridging”), vagy a beállított stabil kis dózist átmenetileg emelheti.
- Mivel az alapbetegség jellege, a szteroid és más immunszuppresszívkezelés következtében az RA-s betegek (opportunist) infekciók iránti fogékonysága megnő, ezek korai jeleire nagyon oda kell figyelni. Külön figyelmet kell fordítani a protézisek fertőzések folyamataira és az iatrogén infekciókra (intraartikuláris injekciók).

Ezen és más alapelvek figyelembevétele mellett a reumatológus és háziorvos jó kooperációja az arthritises beteg optimális kezelését, gondozását szolgálja.

## IRODALOM

1. Surányi P.: A rheumatoid arthritis klinikuma. Klinikai reumatológia (Gömör B. ed.), Medicina, 2005; 319–336.
2. Rojkovich B.: A rheumatoid arthritis kezelése. Klinikai reumatológia (Gömör B. ed.), Medicina, 2005;345–357.
3. Szekanez Z.: A rheumatoid arthritis gyakorlati kérdései. Háziorvos Továbbképző Szemle, 2004; 9:17–22.
4. ACR subcommittee on RA guidelines: Guidelines for the management of rheumatoid arthritis: 2002 update. Arthritis Rheum., 2002;46:328–346.
5. Gömör B.: Fájdalomcsillapítás és gyulladáscsökkentés. Reumatológia (Gömör B. ed.), Medicina, 2001;61–67.
6. Cush J.M., Klippel J.H.: Second-line drug therapy for rheumatoid arthritis. N. Engl. J. Med., 1994;330:1368–1375.
7. Szekanez Z., Gömör B.: Az antireumatikus terápia újabb lehetőségei a XXI. században. MOTESZ Magazin, 2001;1-2:23–31.
8. Reumatológiai és Fizioterápiás Szakmai Kollégium: Módszertani levél a biológiai terápiák gyulladásoos reumatológiai betegségekben történő alkalmazásáról. Magyar Reumatológia, 2004;45(Suppl.):3–48.
9. American Collage of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines: Guidelines for monitoring drug therapy in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum., 1996;39:723.
10. Gömör B.: Szeronegativ spondarthritisek. Reumatológia (Gömör B. ed.), Medicina, 2001; 120–121.
11. Braun J., Pham T., Sieper J. et al.: International ASAS consensus statement for the use of anti-tumour necrosis factor agents in patients with ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis., 2003;62:817–824.
12. Koó É.: Arthritis psoriatica. Springer, 1996.