

A HÁZIORVOS SZEREPE A REUMATOLÓGIAI BETEGEK FÁJDALMÁNAK CSILLAPÍTÁSÁBAN

**Bálint Géza dr.¹,
Szekanecz Zoltán dr.²**

*¹Országos Reumatológiai és
Fizioterápiás Intézet,
Központi Ambulancia,
Budapest*

*²DEOEC, Belgyógyászati Intézet,
Reumatológiai Tanszék,
Debrecen*



A cikk online változata
megtalálható a
www.olo.hu weboldalon.

A betegek 20%-a mozgásszervi panasszal fordul házi orvosához a világ minden fejlett ipari országában, így hazánkban is (1). A különbség az, hogy más országokban a derék- és nyakfájásban, arthrosisban, a lágyrész-reumatizmus kórkepeiben, teniszkönyökben, bursitisben, tendinitisben, myofasciális fájdalom szindrómákban, sőt osteoporosisban is szenvedő betegeket az alapellátás szintjén a házi orvos látja el, s csak akkor konzultálja szakorvos a beteget, ha az valóban szakellátást igényel. Magyarországon történelmileg úgy alakult a helyzet, hogy – legalábbis a városokban –, a házi orvos szívesebben küldi a derék-, nyak-, és vállfájós beteget szakellátásra, s ráadásul a beteg is ezt igényli. Az elmúlt 30 esztendőben számos előadást, tanfolyamot, konszenzus konferenciát tartottunk, cikket, könyveket jelentettünk meg (2–13), hogy a házi orvosok kompetenciáját a reumatológiai betegek ellátására megalapozzuk. Ez évben a Magyar Reumatológusok Egyesülete új vezetőségének munkaterve célozza meg, hogy a derékfájás, arthrosis, osteoporosis, lágyrész-reumatizmus a házi orvos kompetenciájába kerüljön (14).

A mozgásszervi betegek helyzete a struktúrálatlan, prioritásokat nélkülöző várólisták következtében tovább romlott. Heteket, sőt hónapokat kell sokszor egy vállfájás diagnosztikájára és kezelésére várakozni. Közben a hatásos kezelés optimális ideje elmúlhat, s a betegnek krónikus fájdalom szindrómája alakulhat ki, amely sokkal nehezebben kezelhető, mert a beteg nociceptív fájdalma krónikus, nem nociceptív fájdalommmá változott (9, 15).

SÜRGŐSSÉGI SZAKELLÁTÁST, SZÜKSÉG ESETÉN KÓRHÁZI ELLÁTÁST IGÉNYLŐ BETEGEK

SZEPTIKUS ARTHRITIS LEGCSEKÉLYEBB GYANÚJA

A betegség mortalitása a legkiválóbb egészségüggyel rendelkező országokban is 15% (16, 17).

Gyermek-, idős személy, szteroid- vagy immunuszupprimált beteg, rheumatoid arthriti-

ses vagy cukorbeteg esetében ne várjunk bőrpírt, lázat, legfeljebb borzongást, rossz közérzetet, fájdalmat. Különösen gyanús, ha a beteg a közelmúltban intraarticularis injekciót kapott vagy, valamilyen szeptikus folyamata zajlik.

Leggyakoribb a térden, diabéteszes neuropathiás lábon. Szeptikus arthritises beteget szeptikus csontsebészeti vagy infektológiai osztályra utaljuk (16).

CAUDASYNDROMA

Mindkét, olykor csak egyik alsó végtagba sugárzó fájdalom, zsibbadás, paresis, érzészavar a nyeregzónában, az anus körül, vizeletinkontinencia vagy a vizelet nehéz indítása jellemzi.

Okozhatja magas lumbális porckorongsérv, amely a cauda equinát komprimálja vagy más térszűkítő folyamat. Sürgős neurológiai vizsgálat, lumbosacralis MR, térszűkítő folyamat bizonyítása esetén idegsebészeti műtét szükséges (9).



GERINCVELŐ KOMPRESSZIÓS TŰNETEK

Akut nyaki- vagy háti fájdalom myelon kompresszióval: a lézió magasságától kezdődő, disztal felé fokozódó érzészavart, fokozott ínreflexeket, Babinsky-tünetet és spasztikus paresist okoz.

Magas nyaki térszűkítő folyamat pl. atlantodentalis diszlokáció rheumatoid arthritisben felső végtagba sugárzó fájdalmat, neurológiai tüneteket fejfájást is okozhat, alsó végtagi tünetek mellett (16, 18, 19).

GUILLAIN–BARRE-SZINDRÓMA

Guillain–Barre-szindrómás betegnek lehet égő jellegű fájdalma nyakon, deréktájon. Gyorsan terjedő, ascendáló vagy descendáló paresis, plegia jelentkezik. Neurológiai vagy reumatológiai intenzív osztályra való elhelyezés szükséges (16).

KÖTŐSZÖVETI BETEGSÉGEK KRÍZISÁLLAPOTAI

Vesekrízis sclerodermában, nagyfokú izomyogénység, fenyegető légzésbénulással, dermatopolymyositisben, myasthenia gravisban, foszfolipid szindróma okozta agyi keringési zavar stb. intenzív terápiás osztályra való sürgős elhelyezést tesz szükségessé (16, 20).

Hasonló sürgősségi elhelyezést igényel *vasculitiszes beteg krízisállapota, óriássejtes arteritis okozta pillanatos vakság, agyi katasztrófa, Behcet-szindrómás beteg aorta aneurysma ruptúrája, polyarteritis nodosa okozta hasi katasztrófa, akut veseelégtelenség* (16, 20).

EGYÉB SÜRGŐSSÉGI ESETEK

Reumatológiai betegek gyógyszerei okozhatnak sürgősségi ellátást igénylő mellékhatásokat; *gyomor vagy bélperforációt, akut veseelégtelenséget, anafilaxiás sokkot, akut gyomor-bél vérzést, akut szeptikémiát, az MTX pneumóniát, a TNF α -blokkolók akut szívelégtelenséget.* Nem reumatológiai gyógyszerek mellékhatása lehet mozgásszervi probléma, statinok *Crush-szindrómát*, peflacin inruptúrákat okozhat (10, 13, 16).

Idősebb beteg traumás anamnézis nélkül kezdődő *akut hátfájdalma, csípőtáji fájdalom esetén gondoljunk patológiás törésre* (16, 18, 19). *Térdízületi, illetve Baker-ciszta ruptúra akut mélyvénás trombózist okozhat.* Sürgős Doppler, illetve ízületi ultrahangvizsgálat szükséges (17).

AKUT MOZGÁSSZERVI BETEGSÉGEK, AMELYEK KEZELÉSÉT A HÁZIORVOS VÁLLALHATJA A KÉSŐBB ESETLEG SZÜKSÉGES SZAKORVOSI KONZULTÁCIÓIG

AKUT KÖSZVÉNYES ROHAM

Típusosan az I. metatarsophalangealis ízületben jelentkezik, hirtelen, gyakran éjjel, nagy fájdalommal, duzzanattal, bőrvörösséggel. Kiválthatja purindús étkezés, alkoholfogyasztás, trauma (21, 22, 23).

Jellemző, hogy középkorú vagy idősebb, piknikus vagy túlsúlyos férfiakon jelentkezik, de egyre gyakoribb idősebb, hypothiazidot szedő nőknél, mert a hypothiazid emeli a szérumban a húgysavszintet. Érintheti a térdet, vállat, csuklót, könyököt, tulajdonképpen bármely ízületet, bursát, olykor többet is.

Az akut köszvényes roham kezelése a 2012-es ACR irányelvek alapján történik (22, 23). Colchin-szaliciláttól először 2×0,5 mg-os tablettát, majd egy óra múlva 0,5 mg-ot adhatunk, napi adag: 2,0–2,5 mg. Hasmenés, trismus jelentkezése esetén a kezelés megszakítandó. Egy-két nagyízületet érintő roham esetén tartós hatású i.a. szteroidinjekció a leghatásosabb.

Colchicin helyett adhatunk akut köszvényes roham kezelésére nem szteroid gyulladáscsökkentőt; 2–3×100 mg indomethacint, 2×75–100 mg diclofenacot, 2×50–100 mg dexketoprofent, 120 mg etoricoxibot. Ez utóbbi gyakran emeli a vérnyomást, hipertóniás betegnek ne adjuk (21, 22, 23).

Adhatunk per os szteroidot: első dózisként 16 mg methyprednisolont, majd 6 óra múlva 8–16 mg-ot, majd újabb 6 óra múlva 8 mg-ot. A roham elmúltával a dózist fokozatosan csökkentjük, s a szteroidkezelést néhány nap alatt elhagyjuk (23).

ÁLKÖSZVÉNYES ROHAM, AMELY CA-PIROFOSZFÁT KRISZTÁLYOK KICSAPÓDÁSÁVAL JÁR

Gyakran idős hölgyeket érint, de jelentkezhet fiatalokon is. Gyakori a csuklón, térden, könyökön, vállon. Az ízület lehet vörös, meleg, duzzadt, felvetheti szeptikus ízület gyanúját, de legtöbbször inkább köszvényre hasonlít. Legjobb hatású az intraarticularis szteroidinjekció, ha a szeptikus arthritis kizárható (16, 17).



Kezelése: nem szteroid gyulladáscsökkentők, rövid szteroidlökés. A colchicin nem olyan frappáns hatású, mint köszvényben (6, 16).

AKUT BORRELIA ARTHRITIS

Leggyakrabban a térdet, bokát érinti. Az esetek felében a beteg nem tud kullancsípérről. Ha a jellemző erythema chronicum migrans jelen volt – amely centripetálisan terjed, s a közepe kifehéredik – észlelhető, nem kell megvárunk a szerológiai eredmény megérkezéséig, megkezdhetjük a doxycyclin, esetleg doxycyclin kontraindikációja esetén a penicillin kezelést (2, 3, 6).

CHLAMYDIA-FERTŐZÉS

Ha a *Chlamydia*-fertőzés egyértelműnek látszik, visszatérő fertőzés, a betegnek urethritis, vagy vaginitise van, érdemes a fertőzést szulfonamiddel, antibiotikummal kezelni. Az arthritis ugyan reaktív arthritis, nem maga a kórokozó okozza, az ízületből nem is mutatható ki, de korai szulfonamid vagy antibiotikumkezeléssel megelőzhető (2, 3, 16).

REITER-SZINDRÓMA

Hasonló a helyzet a *Reiter-szindrómával* is, amely arthritis, conjunctivitis vagy iritis, urethritis triáza és *Dysenteria*-, *Chlamydia*-, *Ureaplasma*-, *Yersinia enterocolitica*-fertőzés váltja ki, de a kórokozó az ízületből nem mutatható ki.

Megfelelő antibiotikummal való kezelés a kiváltó fertőzés eliminálására szolgál. A fenti esetekben az ízületi gyulladás csökkentésére nem szteroid gyulladáscsökkentők alkalmazhatók (7, 8, 10).

AKUT BURSITIS SUBDELTOIDEA VAGY EGYÉB VÁLLKÖRÜLI BURSITIS

Akut, igen erős fájdalommal jár éjjel is. A beteg másik kezével fogja könyökét, hogy vállát minden kis moccanástól védje. Törés, szeptikus arthritis kizárandó.

Kezelés: jegelés, 10-15 percig, naponta többször. Nem szteroid gyulladáscsökkentő általában nem elég hatásos. Ha nincs kontraindikáció szteroidlökés jó hatású: *első nap 30 mg, második nap 25 mg, 3. nap 20 mg, majd 5-5 napig 15-10-5 mg prednisolon ekvivalens, valamint, tramadol.* A beteget sürgős-

séggel reumatológiai vagy ortopédia szakellátásra kell utalni, hogy lokálisan megfelelő helyre, tartós hatású szteroidinjekciót kaphasson, és majd vállát gyógytornász kimozgathassa (12, 15).

AKUT, KÉTOLDALI VÁLLFÁJDALOM MOZGÁSBESZÜKÜLÉSEL, ESETLEG CSÍPÓ-, TÉRD, KÉZ KISÍZÜLETI FÁJDALOMMAL

Ez a tünetcsoport nagy valószínűséggel polymyalgia rheumaticát jelez, ha a beteg 50 éves vagy még idősebb. Jelentősen gyorsult vörsejt-süllyedés, CRP magas, CK normális, EMG-eltérés nincs.

Kezelés: szteroidlökés, mint akut bursitisnél, 5-7,5 mg-os fenntartó dózissal. Temporális fejfájás, pillanatos vakság óriássejtes arteritisre utal, amely lényegesen nagyobb dózisu szteroidkezelést igényel. Ez esetben sürgős a szakellátás (7, 10, 16).

AKUT, ERŐS VÁLLFÁJDALOM A PASSZÍV MOZGÁS BESZÜKÜLÉSE NÉLKÜL

Angina, infarctus myocardi, aorta-aneurysma ruptúra gyanúja, főleg a bal váll fájdalma esetén.

AKUT, ERŐS VÁLLFÁJDALOM, AKTÍV ABDUKCIÓ NEM VIHETŐ KI

Valószínű a teljes rotátor mandzsetta szakadás. Jellemző, hogy a beteg mellkasával ellöki felkarját és ezzel átsegíti az első 20°-os abdukción, amelyet a m. supraspinatus végez, a deltaizom már tovább abdukálja a vállat. Legtöbbször eleséskor keletkezik, amikor karját a beteg kitámasztja. A beteg traumatológiára vagy ortopédiára utalandó (2, 16).

PARSONAGE-TURNER-SZINDRÓMA, AMIOTROPHIÁS VÁLL ATRÓFIA

Ismeretlen kórokú, de valószínűleg vírus eredetű plexus brachialis gyulladás. Néhány napos, igen erős fájdalmat követően a váll körüli izmok paresise, atrófiája alakul ki, ami néhány hónap alatt gyógyul.

Kezelés: a fájdalom enyhe vagy erős opioidra, metamisolra, paracetamolra reagál. Később gyógytorna, szelektív ingeráram kezelés az izmok funkciójának helyreállítására.



Hasonló, de nem reverzibilis tünetcsoportot hozhat létre Pancoast-tumor, más térszűkítő folyamat a supraclavicularis régióban (2, 16).

C₅₋₆ RADUCULARIS SZINDRÓMA

A vállcsúcsba, felkarba sugárzó erős fájdalmat okoz. Passzív mozgás megtartott, aktív mozgások esetleg gyengülnek. Egyszerű fájdalomcsillapítók, nem szteroid gyulladáscsökkentők, enyhe opioidok adása indokolt. Mielőbbi neurológiai vagy reumatológiai szakellátás indokolt (2, 8, 12).

KOMPRESSZIÓS CSIGOLYA FRAKTÚRA GYANÚJA

Trauma, osteoporosis, tumor esetén merül fel. A sérült csigolya ütégetésre, sarokra zökkenésre igen fájdalmas.

Kezelés: egyszerű fájdalomcsillapítók, enyhe opioidok. Traumatológiai, reumatológiai vagy onkológiai szakellátásra utalás. Az egyszerű porotikus kompressziót perkután kyphoplasztikával vagy vertebroplasztikával lehet szükség esetén kezelni. A csigolyatestbe szúrt tűn keresztül ballont fújnak fel, amely a megropant csigolyatestet akár eredeti magasságba emelheti, majd a tűn keresztül csontcementet fecskendeznek a csigolyatestbe (kyphoplasztika).

Vertebroplasztika esetén a csigolya zárólemezt nem emelik meg, csak csontcementet fecskendeznek be (18, 19).

BORDATÖRÉS

Lehet traumás vagy patológiás, gyakran osteoporosisos. Chrysofix bordasínnel rögzíthető: a fájdalom azonnal csökken, vitálkapacitás nő. Fájdalomcsökkentésre tramadol, codein alkalmas. Pneumothoraxot ritkán okoz, ez esetben intenzív terápiás osztályon való elhelyezés indokolt (16).

REUMATOLÓGIAI KÓRKÉPEK, AMELYEKET A HÁZIORVOS KEZELHET

A LÁGYRÉSZ-REUMATIZMUS KÓRKÉPEI

A reumatológiai betegségek közül leggyakrabban a lágyrész-reumatizmus kórképei, va-

gyis izmok, inak, szalagok, s ezeknek a csonton való tapadási helyeinek fájdalmai. Leggyakrabban túlterhelés, esetleg huzat, megfázás okozza ezeket. Másodlagosan gyakran ízületi és gerincbetegségek szövődményei, ezek következtében terhelődnek túl az izmok, szalagok, de izomspasmus reflexesen is kialakulhat (9, 11, 12, 23).

Perifériás ízületek közül inkább a szalag- és íntapadási helyek, az enthesisek fájdalma gyakori, a térd mediális collateralis szalagjának vagy a pes anserinus tapadása, a könyök, a csukló extenzorok eredése, az epicondylus humeri lateralis fájdalma jellemző (2, 3, 6). Sem a lágyrész-reumatizmus, sem a derék-, nyak-, vagy vállfájás, de az arthrosis sem kezelhető eredményesen mozgásterápia vagyis gyógytornász nélkül. A modellként induló háziiorvosi csoport-praxisokban már lesz gyógytornász. Reméljük, hogy ez azt jelenti, hamarosan az összes háziiorvosi praxisban is elérhető lesz önálló gyógytornász-munkatárs, nem csak házi ápolás keretében.

ANALGETIKUS ÉS GYULLADÁSCSÖKKENTŐ KEZELÉS

A lágyrész-reumatizmus kórképeit gyorsan és eredményesen kell kezelni, hogy krónikussá ne váljanak. Lokális kezelésre alkalmasak az analgetikus, illetve nem szteroid krémek és gélek. Megfelelő gélből, krémből, tapaszból a nem szteroidok jól felszívódnak, terápiás koncentrációba jelennek meg az izmokban, az ízületi és ízületkörüli szövetekben, mialatt a szérumszintjük rendkívül alacsony, ezért gyomor-bél vagy szív-ér rendszeri mellékhatásokkal alig kell számolnunk. Kisterületű ín- vagy szalagtapadási hely, tendovaginitis, bursitis kezelésére szteroid tartalmú kenőcs is alkalmas (12, 17).

Akut esetekben per os, gyorsan felszívódó nem szteroid gyulladáscsökkentőket használunk, diclofenac, dexketoprofen, naproxen, aceclofenac, ibuprofen, piroxicam, acetamin és nabumeton készítményeket. A COX-1 gátlók sajnos gyomor-bél rendszeri mellékhatásaik mellett, szív- és érrendszeri mellékhatásokat is okozhatnak. A diclofenac az EMA és a GYEMSZI-OGYI állásfoglalása szerint ellenjavallt pangásos szívelégtelenségben (NYHA II-IV-es stádium) iszkémiás szívbetegekben, perifériás artériás betegségben vagy agy-ér betegségben szenvedők kezelésére. Csak gondos mérlegelést követően adható olyan betegeknek, akiknek szív-ér rendszeri



kockázata jelentős; dohányosok, magas vérnyomásban, cukorbetegségben, hyperlipidaemiában szenvednek. A diclofenacot a legkisebb hatásos dózisban, a lehetőség szerinti legrövidebb ideig javasolt alkalmazni. A nimesulid, meloxicam, celecoxib, illetve etoricoxib sokkal ritkábban okoz gasztrointesztinális mellékhatásokat. A legkevesebb szív- és érrendszeri mellékhatása a naproxennek van (5, 7, 8, 10).

Nem szteroid gyulladáscsökkentők rendelésekor okvetlen meg kell kérdeznünk, hogy szed-e, s ha igen milyen fájdalomcsillapítót szed a beteg. Számos vény nélkül kapható fájdalomcsillapító tulajdonképpen nem szteroid gyulladáscsökkentő. Két nem szteroid gyulladáscsökkentőt párhuzamosan szedni nem szabad, mert hatásuk nem adódik össze, de mellékhatás-kockázatuk igen (12).

Bármely per os adott nem szteroid gyulladáscsökkentő mellett alkalmazható másik nem szteroid percután készítmény, mert annak szérumszintje igen alacsony és ezért szív-érrendszeri, illetve gyomor-bél rendszeri mellékhatást alig okoz. A nem szteroid gyulladáscsökkentők hatékonysága nagy beteganyagban nagyjából hasonló, az egyéni különbségek azonban igen nagyok lehetnek. Érdemes ezért sikertelenség esetén több különböző nem szteroidot kipróbálni. Hatásuk néhány nap alatt lemérhető. Olyan nem szteroidot kár erőltetni, amellyel a betegnek korábban nem volt jó tapasztalata. Egyes betegeknek érdemes olyan gyógyszert rendelni, amelyet nem ismer, s feltehetően környezete sem ismeri, kivédve azt a veszélyt, hogy a beteg családtagja, munkatársa lekicsinyelje: „Ó, szedtem én azt! Nem sokat ér!”

Munkaképes korú betegnek rendeljünk inkább naponta egyszer vagy kétszer (reggel este) szedendő gyógyszert, mert az emberek nem szeretnek gyógyszert vinni a munkahelyükre. Nyugdíjasok szívesen vesznek be naponta háromszor-négyszer gyógyszert, pl. ibuprofent. Reflux, gyomorintolerancia esetén rendelhetünk nem szteroid tartalmú kúpot, bár a nem szteroidok gyomor-bél rendszeri mellékhatásai ez esetben is jelentkeznek. Sajnos, egyre kevesebb nem szteroid tartalmú kúp van forgalomban, mert egyre kevesebben fogadják el ezt a gyógyszerformát. 100 mg-os indometacin kúp főleg éjszákára igen jó hatású, s más, napközben adott nem szteroiddal is kombinálható.

Fájdalomcsillapításra a régi jól bevált FoNo készítményeket is használhatjuk: Ilyenek pl. a

Supp. analgeticum, vagy a Supp. analgeticum forte. Jó, hogy vannak nem szteroid gyulladáscsökkentők injekciós formában is. A magyar betegek egy része, különösen az idősebb hölgyek, szeretik az injekciót, amelynek placebo hatása is nagyobb. Főleg erősebb fájdalom, gyomorintolerancia esetén érdemes nem szteroid tartalmú intramuszkuláris injekciót rendelni. Általában 5-10 injekciót rendelünk, a hétvégén az injekciót tablettával helyettesítve.

A betegek körében elterjedt, téves nézet, hogy a nem szteroid gyulladáscsökkentőket nem szabad per os alvadásgátlókkal együtt szedni. Kétségtelen, hogy a nem szteroid gyulladásgátlók fokozhatják per os alvadásgátlók hatását, de ez az INR ellenőrzésével lemérhető, s szükség esetén az antikoaguláns dózisa csökkenthető. Két-három napos nem szteroid gyulladáscsökkentő szedés után, majd újabb hét múlva érdemes az INR-szintet kontrollálni. Nagyobb baj, hogy a nem szteroid gyulladáscsökkentők – ibuprofennel, diclofenac-kal van erre vizsgálat – teljesen kiküszöböljék az aspirin tromboticita-aggregációt gátló hatását, főleg ha az aspirin bevétele előtt 1-2 órával veszi be a beteg, s nem az aspirinnel együtt. Paracetamol hasonló hatású. Celecoxib nem befolyásolja aspirin tromboticita-aggregációt gátló hatását (24).

A házi orvos betegek többsége multimorbid beteg. Figyelembe kell venni, hogy a betegek sokszor szednek szelektív szerotonin visszavétel gátlókat. E gyógyszerek 3,6-szer gyakrabban okoznak vérzést a felső gasztrointesztinális traktusban mint az a gyógyszert nem szedő népességben előfordul (24). Ha az SSSR gátlókat kis dózissal aspirinnel szedik együtt, a betegek a GI vérzés előfordulása 5,2-szeresre, nem szteroid gyulladáscsökkentőkkel együtt szedve 12,2-szeresre emelkedik. A nem szteroid gyulladáscsökkentők diuretikumokkal együtt szedve gyakrabban vesetoxikusak, s tudnunk kell, hogy az ACE-gátlók hatását jelentősen csökkentik (24).

A nem szteroid gyulladásgátlók jól kombinálhatók tramadollal is, amelyet nem szteroid kontraindikációk és erős fájdalom esetén szívesen rendelünk egymagában is vagy egyszerű fájdalomcsillapítóval kombinálva. Tramadol paracetammal kombinált készítmény van is forgalomban.

Különösen jó 50-100 mg tramadol éjszakai fájdalom csökkentésére. A tramadol kevésbé okoz gyomor-bél rendszeri mellékhatást – leg-



inkább obstipációt, nem nefrotoxikus, hipertóniásoknak, szívbetegeknek is adható. Ritkán okoz szédülést, kábultságot. Előnyös, hogy a krónikus, nem nociceptív fájdalmat is csökkenti. Nemcsak centrális fájdalomcsillapító hatása érvényesül, hisz az ízületekben is vannak opioid receptorok. Napi 2×, 3× 50 mg tramadollal erős fájdalom esetén is jó fájdalomcsillapítás érhető el, de adhatunk akár 3×100 mg-ot is. A hozzászokás ritka, de előfordul (7, 12).

Jelentős izomspazmussal járó kórképek esetén a gyulladáscsökkentő fájdalomcsillapító mellé adjunk izomlazítót, leginkább 3×150 mg tolperizont, amellyel kocsit is vezethet a beteg (9, 12).

A nem szteroid gyulladáscsökkentőket rövid ideig, legfeljebb néhány hétig adjuk. A súlyos mellékhatások tartós adagolásakor jelentkeznek elsősorban. Ezek kivédésére protonpumpa-gátló vagy dupla dózis famotidin alkalmas (25, 26). A nem szteroid gyulladáscsökkentők kombinálhatók egyszerű fájdalomcsillapítókkal vagy enyhe opioidokkal egyaránt. 65 év feletti korban gondoljuk meg nem szteroid gyulladáscsökkentő rendelését akkor is, ha a betegnek sem szív-ér, sem gyomor-bél rendszeri betegsége nincs. Helyesebb egyszerű fájdalomcsillapítót vagy tramadolt vagy a kettő kombinációját, paracetamolt és tramadolt tartalmazó készítményt adni. A beteg családottsága esetén – Csak fájdalomcsillapító? Nem gyógyító? Kibírom én a fájdalmat! – meg kell magyaráznunk, hogy a fájdalom fontos tényező a mozgásszervi betegségek patogenezisében, mert reflexesen tartós izomspazmust vagy – pl. térdarthrosis esetében – azonnali reflexes izomgyengeséget okoz, s a fokozódó ízületi instabilitás tovább rontja az ízületi betegséget, pl. arthrosist (17).

A DERÉKFÁJÁS DIAGNOSZTIKÁJA ÉS KEZELÉSE

Ismervén a hazai gyakorlatot, úgy gondoljuk, hogy mind az alapellátás, mind a szakellátás orvosait segítjük, ha röviden összefoglaljuk:

- mely betegek kerüljenek haladéktalanul, sürgősséggel szakellátásra,
- hogyan kezelje a háziorvos azokat a betegeket, akik szakellátást igényelnek, de ez néhány napot vagy egy-két hetet várhat,
- hogyan kezelje a háziorvos azokat, akik szakellátása nem sürgős, vagy nem szükséges.

- A derékfájás diagnosztikájának és kezelésének modern irányvonalaira többször felhívtuk a figyelmet (9, 11, 12).

Sürgős szakellátás szükséges a következő esetekben: cauda-kompresszió, hirtelen kialakuló paresis vagy plegia, csigolya- vagy lágyrész infekció, csigolyatörés vagy kompresszió gyanúja.

Szakellátás szükséges, de ez nem urgens: a betegnek radiculopathiája van, de fájdalom kontrollálható és paresis, cauda-szindróma tünetei nem észlelhetők, valamint sacroileitis és spondylitis ankylopetica gyanúja.

A fenti kórképeket az irodalom „specifikus” derékfájás néven foglalja össze, amelyek „vörös zászlók”: láz, hőemelkedés, fogyás, általános, illetve neurológiai tünetek, infekcióra, traumára, tumorra, osteoporosisra utaló anamnézis hívják fel a figyelmet (27).

Minden más esetben a derékfájás specifikus, első menetben szakorvosi vizsgálat, sőt röntgenfelvétel sem szükséges. A beteget lehetőleg aktív állapotban kell tartani megfelelő fájdalomcsillapítás és izomrelaxálás mellett, csak a nehéz fizikai munkát végzők ne végezzék munkájukat. Ha a beteg 3-4 hét alatt nem javul megfelelően, újra kell értékelni kórtörténetét és szükség esetén szakorvosi konzíliumot, illetve képalkotó-vizsgálatot, röntgent esetleg MR-t kell kérni.

Porckorong degeneráció okozta porckoronglelapulás ugyanis már 20 éves korunk után megkezdődik. A porckorong lelapulása a csigolyákat összekötő kisízületeket kicsit lötyögővé, instabillá teheti, s ha a paravertebralis izomzat nem elég gyakorlott, hogy ezt az instabilitást kompenzálja; „rossz” mozdulatra vagy anélkül is becsípődhet az intervertebralis kisízület tokja vagy meniscoidja, ami fájdalmat okoz. A fájdalom reflexes izomspazmust vált ki, hogy a fájdalmas ízületet stabilizálja. Az izomspazmus azonban azt követően is fennállhat, hogy a tokbecsípődés megszűnt, így a tartós izomspazmus okozta fájdalom önállóul. Kialakulhat azonban izomspazmus hosszas ülés, komputerezés, tartós ideges feszültség következtében is. Az izomspazmus összenyomja az izom saját ereit, az iszkémia tovább fokozza a spazmust és a fájdalmat, circulus vitiosus alakul ki (9, 12).

AKUT NYAKI FÁJDALOM DIAGNOSZTIKÁJA ÉS KEZELÉSE

Az akut nyaki fájdalom hasonlóan kezelendő az akut derékfájdalomhoz. Számba kell venni,



hogy nincsenek-e súlyos betegségekre utaló „vörös zászlók”, mert az ilyen nyaki fájdalom, amelyet az irodalom „specifikus”-nak jelöl azonnali, pontos diagnózist és kezelést igényel.

A derékfájás „specifikus” esetei mellett felvetődhet rheumatoid arthritis nyaki manifestációja, supraclavicularis térszűkítő folyamat, nyaki nyirokcsomó-duzzanat, retropharyngealis kórfolyamat, nyelőcsőtumor, meningitis, indirekt trauma pl. ostorcsapás-sérülés, esetleg polymyalgia rheumatica is. A nyaki gerinc térszűkítő folyamatai, porckorongsérv nem caudasyndromát, hanem neurológiai tünetekkel járó myelopathiát okoz, radiculopathia mellett (2, 3, 6).

ASPECIFIKUS NYAKI FÁJDALOM

Az aspecifikus derékfájáshoz hasonlóan kezelendő. A beteg – nehéz fizikai munka kivételével – maradjon aktív, lehetőleg folytassa munkáját megfelelő fájdalomcsillapítás mellett. A fájdalmat legtöbbször túlterhelés, kisízületi disztorzió, izomfájdalom okozza. Képekalkotó-vizsgálatra, szakorvosi konzíliumra nincs szükség. Nyakrögzítő gallért csak akkor adjunk, ha szükségesnek látszik. Rendelhetünk lokális bedörzsölésre kenőcsöt, per os fájdalomcsillapítót, gyulladáscsökkentőt, izomrelaxánst, de legfontosabb, hogy elmagyarázzuk panaszai legvalószínűbb okát – kisízületi disztorzió, izomfájdalom – s azt, hogy egyelőre képekalkotó-vizsgálatra, szakorvosi konzíliumra nincs szükség. Legjobb, ha gyógytornász azonnal megkezdi a beteg kezelését, a fej kiemelése, az izomzat lazítása legtöbbször gyors javulást eredményez. Ha a beteg nem javul 2-3 hét alatt, tüneteit értékeljük újra, és szükség esetén kérjük szakorvosi konzíliumot.

LUMBALIS VAGY BRACHIALIS RADICULOPATHIÁS BETEG

Nagyobb figyelmet igényel. A végtagba sugárzó fájdalom nem okvetlen radiculopathia. Ez utóbbi erős, éles vagy hasogató, jól körülírható, csíkszerű, dermatómának megfelelően le-sugárzó fájdalom, amelyet a megfelelő gerincszakasz azonos vagy ellenoldalra hajtása, nyújtási tünet – pl. a Lasegue-tünet – köhögés, tüszentés kivált. Gyakran kíséri paresztézia vagy a megfelelő dermatómának megfelelő érzészavar, reflexeltérés, esetleg izomgyengeség (2, 3, 9).

A lumbalis radiculopathiás beteg esetében sem kell képekalkotó- vagy szakorvosi vizsgálatot végezni, ha azt valószínűleg porckorongsérv vagy discopathia okozza, és műtéti indikáció vagyis caudasyndroma vagy paresis nincs.

Meg kell magyarázni a betegnek, hogy a porckorongsérvnek legnagyobb része nem okoz panaszt, de még panaszt okozó porckorongsérv kiváltotta radiculopathia is meggyógyulhat, s esetleg többé ki sem újul. A radiculopathiás beteg kíméletre szorul, de nem szükséges teljes ágynyugalom. Fájdalom- és gyulladáscsökkentőket kapjon, esetleg izomrelaxánssal. Kaphat diclofenac és izomrelaxáns tartalmú infúziót vagy ún. isiász infúziót, amelyben tramadol és/vagy metamisol, 30-60 mg methylprednisolon, Relaxyl-G és 1%-os lidocain, esetleg furosemid van. Általában 5 infúziót adunk. Adhatunk per os szteroidlö-kést is. Sokszor a legjobb fájdalomcsillapító az állottvízes isiász-borogatás, amelybe az egész végtagot és a deréktáját is begöngyöljük. Általában 20-30 percig hagyjuk fenn, s naponta többször alkalmazhatjuk. A beteg ágyának alapja legyen kemény, nem süppedős. Általában a kyphotizáló fektetés a legjobb: a térdben hajlított lábat, jó magasra polcoljuk. Sok beteg oldalfekvésben érzi a legjobban magát. Két-három nap múlva a gyógytornász hozzákezdhet a beteg mobilizálásához (9, 11, 12). Ha két-három hét alatt nem szűnik a beteg fájdalma, szakorvosi vizsgálat, s ennek alapján képekalkotó- és laborvizsgálatok lehetnek szükségesek.

Brachialgiás beteget nem kell fektetni, a teendők egyébként ugyanazok.

Akut radiculopathia azonnali, adekvát kezelésével, a beteg megfelelő irányításával elkerülhetjük krónikus derék- vagy nyaki fájdalom kialakulását. Ennek kezelése nehéz, komplex kezelést, kognitív viselkedésterápiát igényel.

A KRÓNIKUS DERÉK- ÉS NYAKI FÁJDALOM KEZELÉSE

A krónikus derék- vagy nyaki fájdalom jórészt nem nociceptív fájdalom, s erre az egyszerű fájdalomcsillapítók és nem szteroid gyulladáscsökkentők nem hatnak. Hat a tramadol, a pregabalin, illetve a nem nociceptív, neuropathiás fájdalom más szereit (28, 29, 30), a mozgásterápia (12), illetve a kognitív viselkedésterápia (31). A krónikus derék- és nyaki fájdalom kezelésében szakorvos és gyógytornász, esetleg pszichológus közreműködése elengedhetetlen.



A SZŰK LUMBÁLIS CSATORNA DIAGNOSZTIKÁJA ÉS KEZELÉSE

Külön kell szólnunk az idősebb korban gyakori, de fiatalokon is előforduló szűk lumbális csatorna szindrómáról. Alapja az egy vagy több szegmentumban legtöbbször veleszületetten szűk lumbális csatorna, amely az élet során a lelapuló, a csatornába bedomborodó porckorongok, illetve az intervertebrális kizületek csontos kinövésai tovább szűkítenek (2, 6).

Jellemző, hogy a betegnek bizonyos távolság után – kezdetben néhány száz, később 5-10 méter – meg kell állnia, mert lábikráiban az érszűkületes claudicatio intermittens-hez hasonló fájdalom jelentkezik, de néhány perc után újra el tud indulni. Gyakran a fájdalom nem görcsös, hanem nyilalló, égő, neuralgiás jellegű és a comb elülső vagy hátulsó felszínén jelentkezik, s az is előfordul, hogy csak az egyik végtagon. A beteg előrehajolva jár, mert a gerinccsatorna e helyzetben a legtágabb (12).

A szűk gerinccsatorna sokszor natív felvételen is felismerhető, de biztos diagnózishoz MR- vagy CT-felvétel szükséges. Segíthetnek gyulladáscsökkentők, torna, súlyfürdő, röntgenbesugárzás. Szóba jön műtéti megoldás, inkább csak abban az esetben, ha egy-két szegmentumban kell a gerinccsatornát megtágítani. Rendkívül lelapult, szinte eltűnt porckorongok esetén újabban képernyő alatt a lelapult discusokba csontcementet fecskendeznek. Ezzel a porckorongrést meg lehet emelni, a scoliosist kissé korrigálni lehet, s a fájdalom is jelentősen csökken.

AZ ARTHROSIS DIAGNOSZTIKÁJA ÉS KEZELÉSE

Térd- és kézarthrosis diagnózisához nincs szükség röntgenvizsgálatra (32). A látható, tapintható csontos deformáció, a mozgásra, terhelésre jelentkező mechanikus jellegű és „indítási” fájdalom elegendő a diagnózis megállapításához. Persze jó, ha jó minőségű röntgenfelvétel, térd esetén 2 irányú, összehasonlító, álló helyzetben készített felvétel rendelkezésre áll, hogy később a progressziót lemérhessük. Csípőarthrosis okozta fájdalom jelentkezhet gluteálisan, de a trochanter tájon és elöl a lágyékhajlatban is. Sokszor csak és kizárólag a térdben jelentkezik. Ezért térdfájdalom esetén a csípő is mindig megvizsgá-

landó. Legkorábban a berotáció és addukció szűkül be, de funkció szempontjából legfontosabb a hiperextenzió, illetve extenzió kiesése és flexiós kontraktúra kialakulása, amelynek következtében a beteg előre hajolva jár (2, 32). Csípőarthrosis gyanúja esetén összehasonlító csípő- vagy a-p medence felvétel szükséges, hogy az anatómiai helyzetet megítélhessük és más csípőbetegséget, elsősorban a combfej avaszkuláris nekrozisát kizárhassuk (2, 3, 6).

Arthrosis kezelésében nem nélkülözhetjük gyógytornász segítségét. Torna mellett először porcprotektív szert; 800 mg/nap chondroitin-szulfátot vagy 1600 mg glükózamin-szulfátot adunk. Van adat arra, hogy a két szer együttes szedése nem előnyös (26).

E vegyületek az ízületi porc építőkövei, testbarát anyagok, mellékhatást nagyon ritkán okoznak. Bizonyítottan csökkentik a porc degradálódását, lassítják a porcvesztést, s az enyhe-közepes erősségű fájdalmat csökkenthetik.

Fájdalomcsillapítók, nem szteroid gyulladáscsökkentők adása porcprotektív gyógyszerek szedése mellett sokszor elkerülhető (26), s ez nagy előny. Ma folyamatos szedést javasolunk, szünetek beiktatása nélkül. A glükózamin-szulfát injekció formájában is forgalomba van, és fellobbanó arthrosisos fájdalom esetén napi egy ampulla i.m., 5-10 napon keresztül – fájdalomcsillapító hatású.

Felületes ízületek – térd, váll, kéz, lábízületek – jól kezelhetők perkután, nem szteroid tartalmú kenőcsökkel, tapaszokkal. Igen jó fájdalomcsillapító és perkután alkalmazható a kapszaicin, a magyar paprika másik hatóanyaga az aszkorbinsav mellett, amelyet *Szolcsányi és Jancsó* fedezett fel (32). Amennyiben a perkután kezelés nem eléggé hatásos, egyszerű analgetikumok (paracetamol, metamisol) nem szteroid gyulladáscsökkentők, valamint tramadol adása jön szóba. Nem szteroid gyulladáscsökkentőt lehetőleg ne adjunk néhány hétnél tovább. Erős opioidokra ritkán szorulunk, ezek alkalmazása olyan destruktív csípő- vagy térdarthrosisban szenvedők kezelésére merül fel, akik nem operálhatók (12, 32).

Az intraartikulárisan adható hyaluronsav készítmények lassítják az arthrosis progresszióját, s 8-12 havi tünetmentességet eredményezhetnek (32). Inflammált arthrosis esetén jó hatása a intraartikulárisan adott tartós hatású szteroid (17, 32). Az intraartikuláris injek-



ció adása hazánkban jelenleg szakorvosi kompetencia.

betegek ellátását, mind az alap-, mind a szakellátás szintjén.

A HÁZIORVOS SZEREPE GYULLADÁSOS ÍZÜLETI BETEGSÉGEK ÉS OSTEOPOROSIS KEZELÉSÉBEN

Az osteoporosis, illetve a rheumatoid arthritis, spondylarthritis és más arthritisek gyógyszeres kezelésének irányítása nem a házi orvos feladata. A házi orvos és a szakorvos között azonban szoros kapcsolatnak kell lennie a betegek kezelését illetően, hisz a beteget a házi orvos látja gyakrabban, észleli a beteg állapotának javulását vagy romlását, az alkalmazott gyógyszerek esetleges mellékhatásait, és sürgős esetben feladata a beteg ellátása, illetve sürgősségi ellátásra irányítása (13, 16). Úgy gondoljuk, a házi orvos tevékeny részvételével és felelősségvállalásával a reumatológiai betegek ellátásában nagymértékben javíthatja a

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők kiemelik, hogy a fejlett ipari országokban, így hazánkban is a betegek 20%-a mozgásszervi panasszal fordul házi orvoshoz. Történelmileg úgy alakult, hogy a magyar reumatológiai betegek lényegesen nagyobb százaléka kerül szakellátásra hazánkban, mint más európai országokban, s a szerzők véleménye szerint ezen változtatni kell. A szerzők összefoglalják ezeket az akut, szükség esetén sürgősségi ellátásra szoruló betegségeket, amelyeket a házi orvosnak fel kell ismernie, s részletesen taglalják azokat a kórképeket, s azok kezelését, amelyeket az alapellátás szintjén a világon mindenütt a házi orvosnak kell ellátnia. Kívánatos lenne, ha ez hazánkban is mielőbb megvalósulna.

IRODALOM

- Hittner Gy, Balogh Z, Koó É, et al. Budapesti körzeti orvosi rendelőkben végzett reumatológiai prevalencia vizsgálatok. *Magyar Reumatológia* 1991; 32: 93–101.
- Bálint G, Földes K, Szabenyi B, et al. *Gyakorlati reumatológia*. Springer Hungarica; Budapest: 1992., 1995., 2004.
- Gömör B. (szerk.) *Klinikai reumatológia Medicina*; Budapest: 2005.
- Gömör B. *Családorvosok kézikönyve Anonymus*; Budapest: 2003.
- Siró, B, Szekanecz Z. A reumatológiai betegségek korszerű terápiája a családorvosi gyakorlatban. *Med Univ* 2003; 36: 69–81.
- Poór Gy. (szerk.) *A reumatológia tankönyve Medicina*; Budapest: 2008.
- Szekanecz Z. (szerk.) *Gyógyszeres terápia a reumatológiában. Medicina*; Budapest: 2009.
- Szekanecz Z. Az ízületi gyulladások terápiaja a házi orvos gyakorlatban. *Magyar Orvos* 2006; 14: (10): 33–37.
- Bálint G. A derékfájás diagnosztikájának és kezelésének modern nemzetközi elvei. *LAM* 2011; 21: 329–335.
- Szekanecz Z. (szerk.) *Reumatológiai gyógyszeres terápia. Medicina*; Budapest: 2009.
- Szekanecz Z. Derékfájás – evidenciáktól a napi gyakorlatig. *Házi orvos Továbbképző Szemle* 2010; 15: 410–416.
- Bálint G. Mozgásszervi eredetű fájdalom és kezelése. *Orvostovábbképző Szemle* 2011; Különszám: 9–15.
- Szekanecz Z. Alarmírozó tünetek rheumatoid arthritisben, amikor a reumatológiai konzílium nem várhat. *Magyar Orvos* 2012; 10: 6–10.
- A Magyar Reumatológusok Egyesülete új vezetőségének munkaterve. *Magyar Reumatológia* 2013; 54: 4–6.
- Rojkovich B. Akut fájdalomcsillapítás a reumatológiai gyakorlatban. *Házi orvos Továbbképző Szemle* 2013; 18: 47–51.
- Bálint P, Bálint G, Szegedi Gy. Sürgősségi ellátás a reumatológiában. *Medicina*; Budapest: 1999.
- Bálint G. Térdfájás és ami mögötte van. A kezelés dilemmái. *LAM* 2007; 17: 717–721.
- Zolnay P. A hátfájás kezelése a házi orvosi gyakorlatban. *Házi orvos Továbbképző Szemle* 2013; 18: 58–60.
- Kurucz R, Bálint G, Bálint P. Hátfájás a házi orvosi gyakorlatban. *Praxis* 2011; 20: 12–16.
- Szűcs G, Szekanecz Z. Kérdezz-felelek: Autoimmun betegségek. *SpringMed Kiadó*; Budapest: 2010.
- Szekanecz Z. A köszvény kezelésének gyakorlati kérdései. *Orvostovábbképző Szemle* 2013; 20: 37–43.
- Áts K, Hittner Gy, Kurucz R, et al. A köszvényes ízületi gyulladás gyógyszeres kezelése. *Gyógyyszerészet* 2012; 56: 1–17.
- Korda J. A köszvény kezelése a 2012-es ACR irányelvek tükrében. *Magyar Reumatológia* 2013; 54: 35–38.
- Ward R. Identify and assessing benefit risk in primary care – a family physicians perspective. *Rheumatology* 2010; 49 (Suppl): 18–23.
- Szekanecz Z. A protonpumpagátló (PPI) védelem szükségessége nem szteroid gyulladásgátlók alkalmazásakor. *Orvostovábbképző Szemle* 2012; 10 (Különszám): 1–7.
- Bálint G, Héjj G. NSAID-ok adását lehetőleg előzze meg kondroprotektív. *Orvostovábbképző Szemle* 2011; Különszám: 3–8.
- Ebele MH, Grad R. A 2011-es év húsz legfontosabb kutatása a házi orvosok szempontjából. *Orvostovábbképző Szemle* 2012; 19: 41–47.
- Szántó S. A krónikus fájdalmak és gyógyításuk. *Házi orvos Továbbképző Szemle* 2012; 17: 34–68.
- Telekes A. A neuropathiás fájdalom és gyógyszeres kezelése. *Házi orvos Továbbképző Szemle* 2012; 17: 69–77.
- Apáthy Á. Pregabalin kezelés a neuropathiás komponensű derékfájásban. *Magyar Reumatológia* 2013; 54: 98–9.
- Simoncsics E. A krónikus deréktáji fájdalom a kognitív viselkedésterápia szemszögéből. *Magyar Reumatológia* 2013; 54: 79–81.
- Brandt KD. *Diagnosis and Non-Surgical Management of Osteoarthritis*, Professional Communications, Caddo, 2000.