

támbotot a beteg mindig az ellenoldalon használja, a magasság akkor jó, ha a csípőlapát felső széléig ér a fogantyú. Enyhébb esetekben elég lehet tüneti fájdalomcsillapítók adása (metamizol, paracetamol, tramadol). Ha rövid idő alatt a panaszok nem csökkennek, akkor nem-szteroid gyulladáscsökkentőt kell alkalmaznunk, a megfelelő adagban. Tekintetbe kell venni az egyéb betegségeket is, gastro-intestinalis szempontból veszélyeztetett beteg esetén vagy a korszerűbb, szelektívebb cox-2 gátlókat kell adnunk, vagy megfelelő gastro-protectioról gondoskodnunk. Beszűkült vesefunkciók, egyidejű anticoaguláns kezelés, kardiális dekompenzáció esetén különös gonddal kell eljárni, az adagolást individuálisan kell beállítani. Ha a fenti terápia mellett a panaszok nem csökkennek és az ízületben a folyadékgyülem továbbra is kimutatható, akkor drasztikusabb eszközt kell választanunk. Ez néhány kivételtől eltekintve érvényes minden csípőízületi folyadékgyülemmel járó kórkép esetén is. Alkalmazhatunk per os rövid szteroid lökésterápiát, főleg a gyulladásos reumatológiai betegségekben. Ha csak egy ízület érintettségéről van szó – így inflammált arthrosisban is – akkor nagyon jó és gyors hatású lehet az intraartikuláris szteroid adása. Ennek kivitelezéséhez megfelelő gyakorlattal kell rendelkezni, jó, ha ultrahang vagy képerősítő ellenőrzés mellett történik. Intraartikuláris szteroid adása kontraindikált infekciózus gyulladás és aszeptikus combfej necrosis esetén. Polymyalgia rheumaticában intraartikuláris szteroid adása felesleges. Kontraindikációt jelent a destruált ízület, legyen az arthrosis vagy más

gyulladásos betegség következménye. A heveny tünetek lezajlása után a rehabilitációs jellegű kezelést minél hamarabb meg kell kezdeni, a megfelelő mozgásjavító és izomerősítő gyógtornával az eredeti mozgásfunkciókat minél hamarabb vissza kell nyerni. A támbottal történő tehermentesítést és a gyógyszeres kezelés időtartamát a panaszok határozzák meg.

Összefoglalás

A csípőízületi arthrosis a viszonylag „jóindulatú” mozgásszervi megbetegedések csoportjába tartozik. Az időben elkezdett kezeléssel sokáig jó állapot tartható fenn. Gyulladásos tünetek esetén azonban fokozott odafigyelés szükséges, mert az ízületi folyadékgyülem, azon túlmenően, hogy a betegnek komoly fájdalmat okoz, nem adekvát kezelés esetén az arthrosis folyamat progresszióját gyorsíthatja. Az ízületben megnövekedő nyomás az ízületi porcot tovább károsítja, hamarabb alakulnak ki subchondralis cysták, az ízület destrukciója hamarabb következik be, végül, amikor már más megoldás nincs, hamarabb kerül sor csípőízületi endoprotézis beültetésére. Gyulladásos tünetek esetén a betegek szorosabb nyomon követése indokolt, nem elég a fájdalomcsillapítás, meg kell győződni arról, hogy a kezelés eredményeként sikerült megszüntetni a synovitist is.

Irodalomjegyzék:

1. Gömör B: *Reumatológia Medicina*, Budapest, 2001.
2. Dieppe P: *Fortnightly Review: Management of hip osteoarthritis* BMJ 1995; 311. 853-57

3. Ravaud P, Ayral X, Dougados M: *Radiologic progression of hip and knee osteoarthritis* Osteoarthritis and Cartilage 1999; 7. 222-29
4. Felson DT: *The epidemiology of hip and knee osteoarthritis* Epidemiol Rev 1988; 10. 1-28
5. Lawrence RC, Helmick CG, Arnett FC, et al: *Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States* Arthritis Rheum 1998; 41. 778-99
6. Hochberg MC, Altman RD, Brandt KD, et al: *Guidelines for the medical management of osteoarthritis. Part 1. Osteoarthritis of the hip* Arthritis Rheum 1995; 38. 1535-40
7. Towheed TE, Hochberg MC: *A systematic review of randomized controlled trials of pharmacological therapy in patients with osteoarthritis of the hip* J Rheumatol 1997; 24. 349-57
8. Kirwan JR, Rankin E: *Intra-articular therapy in osteoarthritis* Baillieres Clin Rheumatol 1997; 11. 769-94
9. Moore RA, Tramer MR, Carroll D, et al: *Quantitative systematic review of topically applied non-steroidal anti-inflammatory drugs* BMJ 1998; 316. 333-8
10. Van Baar ME, Dekker J, Oostendorp RAB, et al: *The effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee: a randomized clinical trial* J Rheumatol 1998; 25. 2432-9
11. Gotzsche PC: *Non-steroidal anti-inflammatory drugs* BMJ 2000; 320. 1058-61
12. Rosenberg ZS, Shankman S, Steiner GC, et al: *Rapid destructive osteoarthritis: clinical, radiographic, and pathologic features* Radiology 1992; 182. 213-6
13. Dougados M, Gueguen A, Nguyen M, et al: *Radiological progression of hip osteoarthritis: Definition, risk factors and correlation with clinical status* Ann Rheum Dis 1996; 55. 356-62

Dr. Szabó Gábor

Csípőízületi arthrosis terápiája

Csípőtáji fájdalmak jelentős részét az ízület degeneratív és gyulladásos eredetű elváltozásai okozzák.

Természetesen a szövetkárosodásból származó nociceptív fájdalom csillapításának elsőrendű szükségessége mellett a pontos diagnózis felállítása alapvető fontosságú.

Dr. Szabó Gábor
Dunakeszi Szakorvosi Rendelőintézet
2120 Dunakeszi, Fő út 75-81.

Amennyiben igazolást nyert, hogy a panaszokat coxarthrosis okozza, komplex terápia javasolható.

1. A beteg pszichés vezetése

Tájékoztatni kell betegünket betegségéről, az esetleges nem kívánt mellékhatásairól, várható eredményeiről, a beteg feladatairól, az orvosával való együttműködés fontosságáról.

Többnyire a hosszú távú terápiát és gondozást szükségessé tevő elváltozások sokszor nem kevés erőfeszítést igényelnek a betegtől. Eredmény csak akkor várható, ha sikerül biztosítanunk a beteg pozitív gondolkodását és a jó együttműködést.

2. Gyógyszeres kezelés

Az Amerikai Reumatológiai Kollégium csípő- és térdarthrosis 2000. évi

kezelési ajánlása első helyen a paracetamol jelöli meg, azt követően azonban alternatívaként a specifikus COX-2 gátló szereket javasolja. Természetesen még várhatóan sokáig fogjuk használni a COX – nem specifikus NSAID-okat is, hangsúlyozva, hogy a veszélyeztetett csoportok esetén gasztroprotektív szerekkel való kiegészítése szükséges. Fontos figyelemben tartani ezen gyógyszer-csoporthoz tartozó készítmények alkalmazása esetén a gyógyszer-interakciókat is.

Intraarticularis szteroid inj. a napi gyakorlatban nem javasolható. Bursitis trochanterica fennállása esetén a Lidocain – szteroid infiltráció szakorvos kezében hatékony terápiás lehetőség. A szinte minden esetben megtalálható adductor izomspasmus Lidocain infiltrálása szintén segít a mozgástartomány bővítésében.

Kiegészítő gyógyszeres lehetőségeként izomlazítókat is alkalmazunk.

Régebben is használtuk, napjainkban új lehetőségként áll rendelkezésünkre a porcprotektív terápia. A Glukozaminszulfát: DONA, Kondroitinszulfát: Condrosulf készítményeket széles körben használjuk, el-

sősorban preventív céllal, de a folyamat progressziójának lassítását és a NSAID-igény csökkenthetőségét is gyakran tapasztaljuk.

3. Fizioterápia

Gyógytorna, masszázs, balneo – hydroterápia, iszappakolás, elektroterápia igen jó eredménnyel alkalmazható. Kiemelve a csípőízület terhelésének csökkentését, /bot, mankó, járókeret alkalmazását/ húzátását, szobakerékpár alkalmazását.

Fel kell hívniuk betegünk figyelmét a megtanított gyógytorna naponkénti rendszeres végzésére, az úszás fontosságára, valamint a testsúly csökkentésére elhízás esetén.

Háziorvosi gyakorlatban sokszor találkozunk TENS és egyéb elektrotérapiás eszközök alkalmazásával. Ezen eszközök körültekintő használatának természetesen lehet létjogosultsága, de nem pótolja a háziorvos-reumatológus-ortopéd szakorvos által meghatározott, egyénre szabott kezelési protokollt

A gyógytorna elsőrendű fontossága az izomerő javításában, a mozgástartomány bővítésében, fenntartásában nyilvánul meg. Sokszor ered-

ményként könyvelhetjük el az állapot progressziójának leállítását is. Az ízületi porc nem rendelkezik saját vér-ellátással, táplálékát diffúzió útján kapja. Ezt a porcra ható terhelés segíti elő, amely gyógytornával optimalizálható.

4. Műteti terápia

Kétféle műtéttípus jön számításba. Első helyen szerepel a preventív műtétnek számító helyzetjavító osteotomia. Az időben végzett műtét, az izomerősítést szolgáló gyógytornával, porcprotektív terápiával, szükség esetén testsúlyredukcióval igen jó eredménnyel kecsegtet.

Sajnos sokkal gyakoribb a terápiás megoldást jelentő totál endoprotézis. A gyógytorna szerepe ebben az esetben is meghatározó.

Minden rendelkezésünkre álló terápiás eszköz célja a beteg fájdalmainak csökkentése, mozgásfunkcióinak javítása, életminőségének az egészséges emberéhez való közelítése, vagy elérése. Erre csak akkor van lehetőségünk, ha a beteget megnyerjük a sokszor nem kevés áldozatvállalással is együtt járó programhoz.

Irodalomjegyzék a szerzőnél

2002. szeptember 27-29-én kerül megrendezésre a

„Manuális Medicina és a McKenzie Módszer Iránt Érdeklődő Orvosok, Gyógytornászok Szimpóziuma”,

mely pontszerző továbbképző rendezvénynek számít és a „Csont és Ízület Évtizede” rendezvénysorozat része.

*A bizottság a rendezvényt orvosok részére
24 kreditponttal értékelte.*

A tudományos rendezvény előadói a fő hangsúlyt az esetbemutatókra helyezik, ezért nem csak háziorvosok és gyógytornászok részére hasznos a konferencia, hanem valamennyi résztvevő tanulhat belőle, illetve megismerheti mindkét módszer hatásosságát.

Helyszín: Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem, Budapest, (X. Hungária krt. 9-11.).

Szervező: **Holisztikus Medicina Alapítvány**
H 1245 Bp. Pf. 1145. ☎: 20/977-4863

A szimpóziумról naprakész részletes információ a <http://holmed.fw.hu> oldalon található.

II. Alváskonferencia

A „Magyar Alvásdiagnosztikai és Terápiás Társaság” 2002. november 7-8-án tartja a II. Alváskonferenciát Budapesten.

A konferencia fő témái: Alvás és ébrenléti zavarok neurológiai kórképekben, Mozgászavarok alvásban; Az álom pszichológiai és neurológiai összefüggései; Légzészavarok alvás alatt; Erektilis diszfunkció és alvás.

A konferenciára várjuk családorvosok, gyermekorvosok, pszichiáterek, neurológusok, pulmonológusok, fül-orr-gégészek, urológusok, pszichológusok jelentkezését. Poszterek bemutatására is lehetőséget biztosítunk. Az absztraktok leadási határideje: 2002. szept. 30.

Résztvételi díj: 6000 Ft (szept. 1. után 7000 Ft), társasági tagoknak: 5000 Ft.

Jelentkezési cím:

Prof. Dr. Halász Péter, OPNI I. Neurológiai Osztály, 1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 116.

Tel: 391-5435, Fax: 391-5438

A 254. oldalon az Esetismertetések rovatban feltett kérdésekre adott helyes válaszok:

1. eset. Másodlagos nyiroködéma (Post-surgical secunder lymphödéma) azért alakult ki, mert a lábszár és a comb felületes vénáinak preparálásakor megsérült a felületes nyirokér köteg, aminek gyűjtő ágai a térdhajlatban fordulnak a combkötegbe. **2.** Az elégtelen nyirokelfolyás miatt a kórokozó baktériumok a behatolás területén felszaporodnak. **3.** Streptococcus fertőzésben hatékony amoxycillin, cefuroxim, ampicillin, sulbactam (Aktil, Augmentin, Zinacef, Unasyn) i.v. formában 5 napig, ami tablettá formában folytatható. **4.** Ödémás állapotban nem adható harisnya. **5.** Ödéma mentesítés kezelés: manuális nyirokdrainage, kompressziós pólya, torna, majd ödéma mentes állapotban II kompressziós fokozatú harisnyanadrág.

2. eset. Gombatenyésztés szükséges a diagnózis pontosításához: anyagvétel a pusztulából (nyíl) **2.** Mycosis (tinea) superficialis **3.** Nem **4.** Ecsetelő (Sol. Castellani sine fuchsino FoNo), 1% terbinafine tartalmú krém (Lamisil, Terbisil)