

injekciók sem szoktak olyan látványos javulást hozni, mint azt egyébként a vállkörüli gyulladáshoz tartozó folyamatok (bursitis, tendinitis stb.) kapcsán tapasztaljuk. Számos adat van a szisztémás szteroid kezeléssel kapcsolatban is, általában rövid szteroidlöketet javasolnak¹⁴. Mindent egybevetve a terápiás hatás változó. (Nota bene tartós szteroid-kezelés során kialakult RSD-s esetek is ismertek.) A csontok foltos demineralisatioja miatt calcitonin adása indokolt; két hétig napi 100 IE im., majd másnaponta 2-3 héten át. A csontvesztés lassítása mellett a fájdalmat is csökkenti. A mikrocirkulációs zavar javítására vasodilatátorok jönnek szóba, Pentoxiphyllin tartós adása javasolt. Amennyiben az érintett kar oedemája indokolja, vízajtóként thiazidot adjunk.

A gyógyszeres kezelés mellett nélkülözhetetlen szerepe van a fizioterápiának. Az iontoforézisek, valamint a kézre, vállra adott TENS, krioterápia enyhíti a fájdalmat, utóbbi oldja a váll kötöttségét. A napjában ötször-hatszor végzett TENS-kezelés szintén jó analgetikus hatású. A sorvadt izmokra szelektív ingeráram kezelés javasolt. Az egyébként felpolcolt, nyugalomba helyezett kar rend-

szeres mobilizálása, kimoztatása megelőzheti a súlyos kontraktúrák kialakulását.

A teljesség kedvéért érdemes megemlíteni, hogy a nyaki szimpatikus ganglionok blokája az esetek egy kisebb hányadában (7-15%) teljes fájdalommentességet eredményezhet. Ismételt jó effektus esetén sebészi kezelés, ganglionectomia jöhet szóba. Újabban a spinális neuronok szenzoros vezetését gátló baclofen intrathecalis adásával szerzett jó tapasztalatokról számoltak be.

Irodalomjegyzék:

1. Pancoast H. K.: *Importance of careful roentgen-ray investigations of apical chest tumors* JAMA 1924; 83. 1407-1411.
2. Lung Cancer Clinical Symposia Ciba 1993; 45. 3: 12.
3. Magyar P., Hutás I., Vastag E.: *Pulmonológia Medicina* 1988. 460.
4. Böszörményi M., Katona L., Schweiger O.: *A felnőttkori tüdőbetegségek klinikuma* 2. kiad. Medicina Könyvkiadó Budapest, 1980. 193.
5. Tátrallyay Z., Hetényi G., Kovács F., Sebestyén Gy.: *A légzési szervek betegségei* Budapest, A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat kiadása, 1941. 205.
6. Paget S., Pellicci P., Beary III J.F.: *Manual of rheumatology and outpatient orthopedic disorders* Little, Brown and Company Boston/Toronto/London 1993. 103.
7. Gömör B., Bálint G.: *Reumatológia* Medicina – Budapest, 1989. 299.
8. Thornhill T.S.: *The painful Shoulder*. In: Kelly W.N., Harris E.D., Ruddy S., Sledge C.B.: *Textbook of Rheumatology* 446. o., sec.ed. W.B.Saunders Company 1985. Philadelphia.
9. Lengyel L.: *Tüdőtumorkok által indukált felső végtagi Reflex Szimpatikus Dystrophia (RSD)* Med.Thor. 1997; 50. 527-531.
10. Steinbrocker O., Argyros T.G.: *The shoulder-hand syndrome in reflex dystrophy of the upper extremity*. Ann. Intern. Med. 1947; 92. 22.
11. Schwartzman R.J., McLellan T.L.: *Reflex Sympathetic Dystrophy*. Arch. Neurol. 1987; 44. 555-556.
12. Árva G., Darabosné Tim I., Kricsfalusy M.: *A felső végtag Reflex Szimpatikus Dystrophia-ja*. Mozgásterápia 1996. III./4.: 26-29.
13. Poór Gy.: *Lokális csontbetegségek*. In Gömör B., Bálint G.: *Reumatológia* Medicina-Budapest, 1989. 235.o.
14. Mowat A.G.: *Treatment of the Shoulder-hand syndrome with corticoids*. Ann. Rheum. Dis. 1974; 33. 120-123.

Dr. Szabó Gábor

Terápiás tanácsok a nyaki, vállövi fájdalommal járó kórképekhez

Mindenekelőtt szeretném előrebocsájtani, hogy konkrét terápiás javaslattal nem kívánnék élni. Szeretnék viszont néhány gondolattal hozzájárulni az egyénre szabott adekvát terápia összeállításához. Az említett kórképek diagnosztikájában és terápiájában több szakma képviselője vesz részt, mégis a beteg „gazdája” a háziorvos, akinek joga és lehetősége a különböző szakorvosok véleményét szintetizálni és a terápiába beépíteni. Meggyőződésem szerint ezen betegcsoport ellátása is team munka, amelyben a háziorvosnak

meghatározó szerepe van. A terápiánk lehet tüneti és oki. A tüneti terápia fontos része a fájdalomcsillapítás.

A fájdalom csillapítása alapvető és fontos feladata már az első orvoshoz forduláskor is a háziorvosnak. A sok buktató elkerülése érdekében ajánlom a következő szempontok mérlegelését a terápia megkezdése előtt:

- törekedjünk a fájdalom kóreléleti alapjainak meghatározására,
- legyen legalább közelítő diagnózisunk,
- tegyünk meg mindent a végleges diagnózis meghatározására,
- vegyük számításba a tervezett terápia várható hasznát és kockázatát.

Tüneti fájdalomcsillapítás történet:

- banális fájdalomcsillapítókkal,
- NSAID- készítményekkel,
- localis infiltratio Lidocainnal v. Lidocain + steroiddal,
- helyi kenőcsök, pakolások, borogatások végzésével,
- opioidok,
- steroidok (lökésben v. continuousan) alkalmazásával.

Fájdalomcsillapításra a kivizsgálás teljes időtartama alatt szükség lehet, oki terápiát többnyire csak a végleges diagnózis felállítása után van módunk alkalmazni.

Gyógytorna, különböző fizioterápiás eljárások, masszáz, hydro-, balneoterápia sok esetben már oki terápiának tekinthető.

Ugyancsak oki terápia:

- infect folyamatok esetén a célzott antibiotikum alkalmazása,

Dr. Szabó Gábor

Dunakeszi Szakorvosi Rendelőintézet
2120 Dunakeszi, Fő tér 75-81.

- basis terápia pl. rheumatoid arthritis stb. esetén,
- porcprotectív terápia arthrosisban,
- antiporoticus terápia osteoporosisban,

- speciális sebészeti beavatkozások.

Minden esetben törekedjünk a komplex, hatékony, a beteg által elfogadott terápiára, amit a szükséges időtartamig alkalmazunk.

Természetesen az individualizált terápia ajánlható, és erre a bővülő kínálat egyre inkább lehetőséget nyújt.

Irodalomjegyzék a szerzőnél