



FÓKUSZBAN A MOZGÁSSZERVI BETEGSÉGEK

Az olvasók kérdéseire szakértő válaszol

*A téma szakértője:
dr. Géher Pál professzor,
a Budai Irgalmasrendi Kórház
osztályvezető főorvosa*



– Milyen predisponáló tényezők játszanak szerepet az osteoporosis kialakulásában nőknél, és milyenek férfiaknál?

– A primer osteoporosis rizikófaktorai közé tartozik az egyéni genetikai adottság, amelyre az 50 éves kor előtti, jelentéktelen traumára bekövetkező csonttörés, vagy ugyanez az első fokú rokonok közt. Az osteoporosis a fehér bőrű emberek között, az életkor előrehaladtával egyre gyakoribb, ez nem módosítható kockázati tényező. Szerepet játszik férfiaknál az alacsony tesztoszteronszint, nőknél a korai menopauza. Módosítható kockázati tényező az alacsony kalciumbevitel, a túlzott alkoholfogyasztás, a csökkent fizikai aktivitás, a napsugárzás kerülése, az elesés kockázatát növelő betegségek.

– Vannak-e örökletes mozgásszervi betegségek? Lehet-e például a lumbágót, isiást, kösvényt vagy az arra való hajlamot örökölni?

– A ritka, monogénes, általában a kötőszöveti alapállomány szerkezetét érintő betegségeken – mint például az Ehlers–Danlos-betegség, a mucopolysaccharidosisok – kívül számos mozgásszervi betegség kialakulásában szerepe van az öröklésnek, főleg poligénes változatának. Ezekben az esetekben a genetikai tényezőknél, a hajlamon túl,

külső – legtöbb esetben még ismeretlen – tényezők is szükségesek ahhoz, hogy a betegség kialakuljon. A betegségek egy részében, elsősorban a gyulladásos (rheumatoid arthritis, spondylitis ankylopoetica), de a degeneratív eredetű betegségek (a kéz kisízületeinek arthrosis) vagy a kösvény esetében is kimutatható a genetikai faktorok szerepe.

– Szerepet játszik-e genetikai elváltozás a rheumatoid arthritis kialakulásában?

– A multifaktoriális kórereditű betegség poligénes öröklésment következményeként alakul ki. A genetikai tényezők szerepét igazolja, hogy egypetéjű ikreken a rheumatoid arthritis konkordanciája (azaz az ikerpár egyidejű megbetegedésének gyakorisága) 30–50%, kétpetéjű ikreken 2–5%, miközben az átlagpopulációban regisztrált gyakoriság 0,5–1%.

A genetikai fogékonyság mintegy 40%-a a HLA DR antigénekhez kapcsolódik. Azoknál a betegeknél, akiknél a DR antigének 3. hipervariábilis régiója egy bizonyos aminosav-szekvenciát mutat (a 70–74. aminosav, az úgynevezett közös epitóp), súlyosabb a betegség lefolyása, így ez prognosztikai faktor. Az ő esetükben minél korábban elkezdett, erőteljes kezeléssel – azaz akár súlyos mellékhatásokat kiváltó készí-

mények alkalmazásával – kell küzdenünk a betegség ellen.

– Korábban vírusfertőzés szerepét valószínűsítették a kevert kötőszöveti betegség – MCTD: mixed connective tissue disease – kialakulásában. Mi erről a szakma álláspontja? Milyen vírusbetegségek következtében alakulhat ki ez a megbetegedés?

– Az alap kutatások kimutatták, hogy bizonyos kórokozók fogékony szervezetekben autoimmun folyamatokat indukálhatnak. Néhány esetben a T-helper sejtek pár aminosavat tartalmazó peptidet is felismernek, s ezek a kis molekulatömegű peptidok immunstimuláns hatásúak. Eddig egyetlen autoimmun betegség esetében sem sikerült ezeket a kísérleti eredményeket, például a vírusfertőzés etiológiai szerepét, in vivo vizsgálatokkal igazolni.

– Van-e, és ha igen, milyen jelentősége van a táplálkozásnak, illetve a tápláltságnak a különböző reumás betegségek kialakulásában?

– Máiig nem rendelkezünk egyértelmű, széles körben elfogadott, tudományos bizonyítékkal a különböző diéták hatékonyságáról a mozgásszervi betegségek gyógyításában. Azt viszont számos vizsgálatban igazolták, hogy a túltápláltság mint rizikófaktor szerepel az al-

Köszönjük a reumatológiai kérdéseket dr. A. Viktória szolnoki, dr. R. Mária veszprémi, dr. N. Zoltán kiskunhalasi, dr. W. Lajos budapesti, dr. L. László győri, valamint dr. Á. Béla zalaegerszegi olvasóinknak.



só végtag ízületeinek arthrosisában. Túltápláltak esetében a testsúly 10 kg-os csökkentése a térd arthrosisának kialakulási esélyét 50%-kal csökkenti. Ugyanígy egyértelműen igazolt a purinban dús belsőségek, egyes tömény szeszek stb. fogyasztásának hyperurikaemiát fokozó és adott esetben köszvényes rohamot kiváltó hatása.

– Régen a reumát, népi nevén a csúzt a szegény emberek, a köszvényt vagy podagrát a jómódúak betegségének tartották. A XX. századi életszínvonaljavulás, illetve a növekvő állatfahérfogyasztás növelte-e a köszvényes megbetegedések számát?

– A köszvény incidenciája a különböző populációkban eltérő (1–15,3%), a prevalencia az életkorral, illetve a szérumhúgysav-koncentrációval párhuzamosan nő. Több epidemiológiai vizsgálat is utal arra, hogy a köszvény incidenciája az elmúlt évtizedekben nőtt, de arra nézve nincs egyértelmű magyarázat, hogy ez a növekedés minek a következménye, a táplálkozási szokásoknak, gyógyszeres interakciónak vagy másnak.

– A mozgásszervi betegségek kezelésében a lokális hyperaemiás kezeléstől a komplex fizioterápián át a műtéti megoldásig sok minden szóba jön. Hol a helye az akupunktúrának?

– Az akupunktúra a központi idegrendszerben fájdalomcsillapító hatású, a gyógyszerekhez mérten csekély mennyiségű endorfin felszabadítása révén hat az arra fogékony, „reszponder” egyénekre. Ilyen betegeknek kiegészítő kezelésként alkalmazható az akupunktúra.

– A mozgásszervi betegségek első számú gyógymódja valaha a gyógyfürdőkezelés volt, de mintha háttérbe szorult volna. Mi a szakemberek véleménye ma ezzel a kezelési móddal kapcsolatban?

– Az orvostudomány fejlődését meghatározó angolszász országokban a mozgásszervi betegségek nem gyógyszeres kezelési módjai közül elsősorban – bizonyított hatásosságuk és hatékonyságuk miatt – az aktív kezelési módok, a gyógytorna különböző formái terjed-

tek el. Lehetőség hiányában kevés tapasztalatot szereztek a balneológiai kezelések tudományos bizonyítékokon alapuló alkalmazásában.

Hazai és más országokban végzett kettős vak vizsgálatokkal igazolták a balneoterápiás eljárások – általában 10–15 alkalommal 30–30 perces fürdőkezelés – hatásosságát a degeneratív ízületi betegségek tüneteinek enyhítésében. Ezért a gyógytorna és a gyógyszeres kezelés kiegészítéseként továbbra is alkalmazzuk a balneoterápiás eljárásokat a mozgásszervi betegségek kezelésében.

– Néhány évvel ezelőtt úgy tűnt, hogy a szelektív COX-2-gátlók megjelenése forradalmasítja a reumatológiát. A kezdeti lelkesedés mára alábbhagyott. Mi a helyzet ennek a vegyületcsoportnak a szerepével kapcsolatban? Alkalmazzák-e őket, s ha igen, milyen esetekben?

– Az addigi vizsgálatok eredményeinek újraértékelése után, 2004 szeptemberében kivonták a forgalomból a szelektív COX-2-gátló rofecoxibot. A fázis II–IV. vizsgálatok és a posztmarketing surveillance adatai alapján kiderült, hogy különösen nagyobb adagban (50 mg/nap) és elsősorban a kezelés első hónapjaiban fokozza a cardiovascularis események – myocardialis infractus, cardialis decompensatio – kialakulásának kockázatát. Az is felmerült, hogy ez a hatás a COX-2-enzim gátlásával függ össze, mivel ismert, hogy ez az enzim a reparációs folyamatokban fontos fiziológiás szerepet tölt be. Egyelőre a további, forgalomban levő COX-2-készítményeket fokozott cardiovascularis rizikójú betegeknek csak elővigyázatosan szabad alkalmazni, rendszeresen vizsgálni kell őket, hogy nem jelennek-e meg dekompenzációra utaló tünetek. A kérdés végleges tisztázásáig a gyógyszer-regisztrációs hatóságok nem engedélyezik új COX-2-gátló, nem szteroid gyulladásgátló szerek regisztrációját és a jelenleg is forgalomban lévő szerek újabb indikációit.

– A mozgásszervi fájdalom csillapítására gyakran alkalmazunk acetilszalicilsav-származékot, illetve nem szteroid gyulladásgátlót (NSAID). E két vegyületcsoport számos tagja vény nélkül is beszerezhető. Milyen követ-

kezménye lehet annak, ha a beteg mindkét vegyületcsoportot egyszerre szedi fájdalmának enyhítésére?

– Mindkét készítmény fokozza a gastrointestinalis vérzés kockázatát: az acetilszalicilsav a trombocytáaggregáció gátlásával, a ciklooxygenáz-1-enzim irreverzibilis, az NSAID-készítmények a gyomor-bél nyálkahártya károsítása, a ciklooxygenáz-1-enzim reverzibilis gátlása révén. A kétféle készítmény kombinációja fokozza a gastrointestinalis mellékhatás kialakulásának kockázatát, ezért azoknak a betegeknek, akik tartósan alacsony dózisu acetilszalicilsav-kezelésben részesülnek, protonpumpa-gátló készítményt kell adni, és kerülniük kell a dohányzást és az alkoholfogyasztást. Ezeknél a betegeknek fokozottan törekedni kell a *Helicobacter pylori* eradikálására. Azt is figyelembe kell venni, hogy egyes NSAID-készítmények, például az ibuprofen, gátolják az acetilszalicilsav trombocytáaggregációra kifejtett hatását.

– Közismertek és veszélyesek a nem szteroid gyulladásgátlók gastrointestinalis mellékhatásai. Huzamos időn át NSAID-et szedők esetében kialakulhatnak-e más szerveket is érintő súlyos mellékhatások?

– Igen, s ezért is fontos az NSAID-et szedő betegek rendszeres orvosi ellenőrzése. A gastrointestinalis mellékhatások mellett cardialis decompensatio, májkárosodás és a vesefunkciók romlása fordulhat elő. A rendszeres ellenőrzés mellett az esetleges eltérések időben felismerhetők, és megelőzhető az irreverzibilis elváltozások.

– Az antireumatikumok használata során, különösen a mellékhatások megelőzése, illetve súlyosságuk csökkentése érdekében helyes-e, ha szekvenciális kezelésre törekszünk?

– Nincs olyan vizsgálat, amely bármely krónikus mozgásszervi betegségben a gyógyszerelváltás szükségességét igazolta volna. A gyógyszerelváltást elsősorban a mellékhatás kialakulása indokolja. Azonban „csoportspecifikus”, a COX-1-enzim gátlására viszszavezethető súlyos mellékhatás esetén nem lehet hasonló hatásmechanizmusú, másik nem szteroid gyulla-



dásgátlót alkalmazni. Más a helyzet, ha az NSAID-készítményt hatástalansága miatt kell elhagynunk. Ebben az esetben alkalmazhatunk – a siker reményében – másik NSAID-et, mivel több mint húsz, különböző hatóanyagú gyógyszer van forgalomban Magyarországon.

A rheumatoid arthritis kezelésében alkalmazott betegségmódosító, bázis-terápiás készítményeknek különböző a hatásmechanizmusuk, így súlyos mellékhatás jelentkezésekor vagy hatástalanság esetén átválthatunk, és át is kell váltani másik gyógyszerre.

– Sportolás kapcsán gyakran alakulnak ki az izmokra, ízületekre lokalizált gyulladások, fájdalmak. Ezek többsége lokálisan, egy része azonban csak szisztémásan adott gyógyszerekkel kezelhető. Melyek azok a szerek, amelyeket a háziorvos is ajánlhat, és szedésük nem tiltott a versenysportban?

– Lokalizált megbetegedés esetén elsősorban lokális kezelést kell alkalmazni. A kezelés alapelve a RICE-módszer, azaz a „rest and ice”: nyugalomba helyezés és jégelés. Ha a tünetek ennek ellenére sem enyhülnek, adható lokális injekció, azonban a glükokortikoidok alkalmazása esetén – mivel S9, azaz tiltott csoportba tartoznak – terápiás használatra vonatkozó mentességi kérelmet (TUE) kell kérni. A fájdalomcsillapításra paracetamol vagy nem szteroid gyulladásgátló készítmény adható.

– Mekkora a jelentősége az enthesopathiák kezelésében az adott lágy rész inaktivitásának?

– Az inak tapadási helyének, az enthesosnak akár túlterhelés okozta gyulladása, az enthesitis mechanikus jellegű fájdalom, ezért az első teendő a tehermentesítés, kiegészítve a jégeléssel. Ha ez nem hatásos, lokálisan alkalmazható NSAID-készítmény, illetve a laesióba adható két-három kortikoszteroid- és helyi érzéstelenítő tartalmú injekció. A nyugalomba helyezést segédeszközökkel is segíteni kell, a könyök, térd esetén bandázs, sarok esetében lyukasított betét javasolható.

– A könyökízületi inak gyulladását emlegetik „teniszkönyök” vagy „golf-

könyök” néven is. Van-e különbség a két bántalom között?

– Igen, a lokalizációban. A teniszkönyök a lateralis, míg a golfkönyök a medialis epicondylitis. Kezelésük hasonló az előző kérdésre adott válaszban foglaltakhoz.

– A betegnek hirtelen törzsfordítás, lehajlás, nehéz tárgy emelése kapcsán éles, nyilálló fájdalom állt a gerincébe, azóta nehezen mozog. Képpalkotó módszerekkel nem sikerült anatómiai elváltozást kimutatni. Milyen izomban zajló, illetve neurofiziológiai folyamat állhat a fájdalom és mozgáskorlátozottság hátterében?

– A mozgásszervek okozta derékfájdalom valamennyi, a lumbalis gerincszakaszt alkotó anatómiai struktúrából eredhet (csont, izom, ín, fascia, szalag, íntapadási hely, ízületek, idegek). Az esetek túlnyomó többségében nem tudjuk pontosan megmondani, hogy milyen anatómiai elváltozás áll a panaszok hátterében. Modern képpalkotó eljárásokkal kimutatták, hogy a discus prolapsusa, sőt, még a hernia sem okoz mindig klinikai tüneteket. A klinikai tünetek, a fizikális vizsgálat és a – gyakran feleslegesen alkalmazott – képpalkotó eljárások eredményének szintézise alapján lehet a diagnózist felállítani, s nem egy esetben ez csak tüneti diagnózis, lumbágó, lumboscialgia lehet. A fenti esetben valószínűsíthető, hogy a gerincsigolyák kisízületeinek (articulatio inferioris, illetve articulatio superioris) diszlokációjáról van szó.

– Okozhatnak-e nem gyulladással járó elváltozások lumbágóhoz hasonló tüneteket? A háziorvos sokszor tanácsatlan, hogy mit csináljon a lumbágós beteggel. Reumatológushoz, ortopéd szakorvoshoz kell-e küldeni? Mikor és hogyan, milyen gyógyszerek alkalmazásával oldható meg a kezelés háziorvosi kompetenciával?

– A derékfájás diagnosztizálásakor az első lépés annak tisztázása, vajon mozgásszervi eredetű-e a fájdalom. Ha igen, akkor az anamnézis, a fizikális vizsgálat segítségével tisztázandó, hogy fennáll-e traumás eltérés, gyulladással vagy dagadt betegséggel gyanúja. Csak ezekben az esetekben indokolt elvégeztetni a la-

boratóriumi és képpalkotó eljárásokat, és a gyanú beigazolódásakor kell megfelelő szakorvosi konzíliumot kérni. Ha a fent említettek gyanúja nem merül fel, a betegnek két-három napos pihentetést kell javasolni, és szükség szerint fájdalomcsillapító – paracetamol vagy hatástalansága esetén NSAID – adható. Ha azt tapasztaljuk, hogy a paravertebralis izomzat kifejezetten spasticus, fájdalmas, ajánlott izomlazító szereket és lokálisan vérbőséget okozó kenőcsöt is felírni.

Ha a panaszok nem enyhülnek, a beteget, ismételt vizsgálatot követően, mozgásszervi elváltozások kezelésében jártas szakorvoshoz kell irányítani. Neurológiai kiesési tünetek vagy progresszív panaszok esetén szintén szakorvosi konzíliumot kell kérni.

– Évtizedek óta időnként tüneteket okozó discopathiás betegnél többször is jelentkezett légzéssel összefüggő és a nap előrehaladtával fokozatosan megszűnő bordaközi fájdalom, amely napokon belül magától is megszűnt. Két, egymással összefüggő vagy különálló tünetegyüttesről van-e szó?

– Valószínűleg a ritkán tüneteket okozó thoracalis spondylosisról, spondylarthrosisról van szó. Azonban a hasonló tüneteket okozó egyéb betegségek kizárására is törekedni kell, s az ilyen esetben a beteg általános állapotának esetleges változásait hangsúlyosan figyelembe kell venni.

– Használhatnak-e még aranyókat a rheumatoid arthritis gyógyítására? Milyen elméleti háttere volt e vegyületcsoport alkalmazásának?

– A hazánkban évtizedekig az aranyókat alkalmazták leggyakrabban a rheumatoid arthritis kezelésére betegségmódosító célzattal. Alkalmazásuk azon a később tévesnek bizonyult feltételezésen alapult, hogy az aranyók mint nehézfém-sók gyógyítják a bakteriális fertőzéseket. Az idő tájt feltételezték, hogy bakteriális fertőzés játszik szerepet a rheumatoid arthritis kialakulásában, de ezt azóta sem sikerült igazolni. A téves elmélet ellenére az aranyók hatásosak e betegség tüneteinek enyhítésében és a progresszió lassításában.



Az aurothiomalat hazai forgalmazója a készítményt 2004-ben kivonta a forgalomból, noha gyártása nem szűnt meg. Az újabb és hatásosabb készítmények, mint a methotrexat, a leflunomid, a cyclosporin-A, valamint az úgynevezett biológiai szerek egyre gyakoribb alkalmazásával párhuzamosan jelentősen visszaszorult ennek a készítménynek a hazai alkalmazása. Ha előállna az a kivételes helyzet, hogy egyedül az aurothiomalat adásától lehetne terápiás hatást várni, egyedi import révén beszerezhető.

– Melyek a parenteralis meloxicam-kezelés kontraindikációi, illetve veszélyei?

– A gyors hatás elérése céljából parenteralisan alkalmazott meloxicamkezelés esetén ugyanazok a kontraindikáció kritériumai, és ugyanazokkal a mellékhatásokkal kell számolnunk, mint orális alkalmazás esetén.

– Fiatal, 30 éves nőbeteg magas láz, torokfájás, halvány vörhenyes, nem viszkető, törzsre lokalizált exanthémák miatt jelentkezett orvosánál. Acetilszalicilsav-kezelés mellett láza gyorsan mérséklődött. Néhány nappal később nyaki nyirokcsomóduzzanat jelent meg és a csuklóí fájdalmasan megdagadtak. A reumatológiai konzílium kezdődő rheumatoid arthritist véleményezett. Kezdődhet-e ilyen formában ez a betegség?

– Igen! A ritka, felnőttkori Still-betegségre jellemzőek az általános tünetek, a bőrkiütés, a láz és az aszimmetrikus oligoarthritis.

– Mennyire terjedt el a tumornekrozisfaktor- α (TNF- α) elleni antitestek (például az infliximab) alkalmazása a rheumatoid arthritis kezelésében? Csak a betegség kialakulásakor alkalmazhatók vagy előrehaladott stádiumban is? Mi e terápia gyakorlati kivitelezési módja, lehet-e tartós eredményeket elérni?

– Egyre elterjedtebb kezelési módról van szó. Az Egyesült Államokban a rheumatoid arthritises betegek egyharmadát ma ezekkel a szerekkel kezelik. Alkalmazásuknak a kontraindi-

kációk – NYHA III-IV-es stádiumú cardialis decompensatio, demyelinisatiós betegség, fertőzés, daganatos betegség fennállása, terhesség – mellett elsősorban a rendkívül magas terápiás költség szab határt. Ezek a gyógyszerek a betegek 80%-ánál hatékonyak, azonban más részüknél a kontraindikációk miatt nem alkalmazhatók, egy részüknél a mellékhatások – allergia, fertőzések fellobbanása – miatt abba kell hagyni, és végül vannak terápia-rezisztens betegek is. A tapasztalatok szerint annál a betegnél, aki az egyik TNF- α -ellenes szerrel szemben refrakternek bizonyult, hatékony lehet egy másik készítmény.

A kontraindikációk hiánya mellett az indikáció feltétele a betegség tartós aktivitása, amelyet a gyulladt és nyomásérzékeny ízületek számából, a vörösvértest-süllyedés mértékéből és a beteg általános állapotát leíró számból képzett DAS (disease activity score) jelez. Tartós aktivitásról akkor beszélünk, ha a methotrexattal vagy a leflunomid megfelelő dóziséval végzett betegségmódosító kezelés ellenére sem tudjuk a gyulladást megszüntetni, azaz terápia-rezisztens a beteg. Az életkor, a betegség fennállásának időtartama és a betegség stádiuma nem befolyásolja a kezelés indikációját, noha a korai esetekben jóval kifejezettebb a terápiás hatás.

A kezelés alatt a reagáló betegek tartósan jól vannak, a kezelés abbahagyása után hosszabb-rövidebb idő elteltével (2–12 hónap) a betegség aktivitása ismét fokozódik, vagyis nem számíthatunk hosszan tartó remiszióra, gyógyulásra.

Hazánkban az infliximabot infúzióban a 0., 2., 6., 12. héten, majd nyolc hetente 3 mg/ttkg, az etanerceptet subcutan, heti 2 \times 25 mg, az adalimumabot pedig subcutan, kéthetente 40 mg dózisban alkalmazzuk a rheumatoid arthritis kezelésére. Mindhárom szer mellett a methotrexat adása is indokolt, illetve előírt. A készítmények ára való tekintettel a betegeknek egyedi méltányossági kérelmet kell benyújtaniuk az OEP-hez. A kezelés indikációit, kontraindikációit és kivitelezését a Reumatológiai és Fiziotherápiás Szakmai Kollégium 2004-ben kiadott módszertani ajánlása tartalmazza. Az ajánlás szerint a kezelést az arra kijelölt arthritiscentrumokban lehet csak végezni.

– Van-e újabb kezelési lehetőség a psoriasisbetegségben kialakuló arthritis gyógyítására?

– Az elmúlt években a psoriasisához olykor társuló súlyos arthritis kezelésében több, az eddigieknél hatékonyabb készítmény alkalmazását vezették be. Ilyen az orálisan adandó leflunomid – noha ebben az indikációban nincs kiemelt társadalombiztosítási támogatás –, amely az ízületi tünetek mellett a bőrtüneteket is enyhíti. Az úgynevezett biológiai szerek közül a TNF- α ellen ható etanercept alkalmazható heti két alkalommal, subcutan injekció formájában a bőr- és ízületi tünetek enyhítésére. Ezt a gyógyszert – ebben az indikációban – az arthritiscentrumokban – Budai Irgalmasrendi Kórház; Csolnoki Ferenc Kórház, Veszprém; Debreceni Tudományegyetem; Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest; Petz Aladár Kórház, Győr; Pécsi Tudományegyetem; Szegedi Egyetem és Szent Ferenc Szakkórház, Miskolc – adhatják, egyedi méltányossági kérelem alapján.

– Mi a magyarázat a rövid időn belül egyik ízületből a másikba vándorló reumás fájdalmakra?

– Nincs elfogadott tudományos magyarázat arra, hogy a reumás láz miért okoz vándorló ízületi gyulladást. Arra sincs magyarázat, vajon a rheumatoid arthritis miért támadja meg szimmetrikusan a kéz metacarpophalangealis és proximalis interphalangealis ízületeit, illetve az arthritis psoriatica egyik típusa miért a kéz distalis interphalangealis ízületeit érinti.

– Ízületi fájdalmak jelentkezése esetén mikor kell góckutatást végezni?

– Gyulladásos ízületi betegség kezdete, illetve akut fellobbanásakor minden esetben elvégezzük a góckutatást, elsősorban azért, mert a bevezetendő gyógyszeres kezelés az immunválaszt gyengíti, azaz a latens fertőzések, góccok fellobbanását idézheti elő. Noha tudományos bizonyíték nem áll rendelkezésre, empirikus tapasztalat alapján újonnan fellépő arthralgia és myalgia esetén is érdemes a góckutatást elvégezni, és az egyértelműen gócként szóba jövő elváltozást szanálni.



VÁRJUK KÉRDÉSEIKET!

JANUÁR: ALVÁSZAVAROK

Egyre több ember életében fordul elő olyan rövidebb-hosszabb időszak, amikor rosszul alszik. Van, aki az alvás időtartamát kevesli, mások az alvás minőségét panaszzalják. Annak eldöntése, hogy mikor kell a kialvatlanságról, levertségről panaszkodó, álmatlanságtól szenvedő beteget szakorvoshoz küldeni, komoly dilemmája a háziorvosnak. Egy új tudományág, az alvásmedicina egyik szakértője segít a tájékozódásban.

A kérdésekre dr. Halász Péter, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet professzora válaszol.

FEBRUÁR: LÁZAS BETEGSÉGEK, ANTIBIOTIKUMOK

Az antibiotikumok a leghatékonyabb fegyvereink a fertőző betegségek leküzdéséhez. Ez a gyógyszercsoport szerepel hazánkban hosszú idő óta a gyógyszerforgalmazási listák élén, ugyanakkor komoly probléma a velük szemben kialakuló rezisztencia. Az antibiotikum-adás indikációja, a helyes kiválasztás, a kombinációk alkalmazása és az antibiotikumváltás kérdése a mindennapok dilemmája a háziorvosi gyakorlatban.

*A kérdések beküldési határideje: december 23.
A kérdésekre dr. Szalka András főorvos válaszol.*

MÁRCIUS: A GYOMORSAVTERMELÉS ZAVARAI, ÉS KEZELÉSÜK

Az emésztőtraktus felső szakaszának betegségeiben meghatározó szerepe van a savtermelésnek. A régmúltban csak a savtúltermelés közömbösítésére alkalmas gyógyszerek léteztek, ma már, a patofiziológiai folyamatok megismerése következtében, a gyógyszerek széles köre áll rendelkezésünkre nemcsak a fekélybetegség, hanem számos, a savtermelés zavara által kiváltott betegség kezelésére.

*A kérdések beküldési határideje: január 13.
A kérdésekre dr. Lonovics János és dr. Simon László professzorok válaszolnak.*

Kérdéseiket maximum 10 sorban, reflexióikat egy kéziratoldal terjedelemben fogalmazzák meg! A válaszok a felkért szakemberek egyéni szakmai tapasztalatát és véleményét tükrözik.

Kérjük, hogy leveleiket az alábbi címre küldjék:
DR. KRAMER IMRE

Postacím: Lege Artis Medicinae,
1539 Budapest, Pf. 603.
E-mail: haziorvosiforum@lam.hu



DR. LÁSZLÓ GERGELY-PÁLYÁZAT

Az Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Magyarországi Társasága meghirdeti a Dr. László Gergely-pályázatot, amelyen a rehabilitációs team valamennyi, 35 éven aluli tagja részt vehet az orvosi rehabilitáció bármely területét érintő, tudományos munkával.

A pályázat terjedelme maximum 50 oldal.

A pályázat jelígis. A pályázó adatait a jelszóval ellátott zárt borítékban kell elhelyezni. A beadás postai úton történik, határideje minden év március 31-én 24 óra, amit a postai bélyegző igazol. Minden pályázatot három lektor bírál el.

Az eredmény kihirdetésére és a 100 000 Ft-os díj átadására az évente, rendszerint május hónapban megrendezésre kerülő Fialatok Fórumán kerül sor. A pályázat nyertesét felkérjük, hogy tartson előadást a vándorgyűlésen.

A társaság vállalja a nyertes részvételi díjának kifizetését.

dr. Vekerdy Zsuzsanna
Az ORFM Magyarországi Társasága elnöke