

Újdonság!

Az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet a moduláris tananyagfejlesztés következő lépéseként, 2005 januárjában megjelentette első moduláris tankönyveit, melyeket most az Önök figyelmébe ajánlunk.

PISKÓTI ZOLTÁNNÉ – MEZŐCSÁTI MELINDA:

Intenzív ellátást igénylő betegek ápolásának alapjai

NAGYNÉ BÁTOR KLÁRA – VÁGVÖLGYI ÁGNES:

Émésztőszervi betegségekben szenvedő betegek ápolása

GERDEI ZSÓFIA – LIEBHARD LÁSZLÓ – MÓDRA TIBORNÉ:

Kommunikáció

VÍZVÁRI LÁSZLÓ (szerk.):

Klinikai ismeretek mentőápolók számára

DR. KÁLLAYNÉ ÖRY CSILLA – DR. KÁLLAY MIKLÓS:

Mozgásrendszer betegségeiben szenvedők ápolása

DR. BOROS MÁRIA:

Személyiségfejlesztés

Továbbképzési
füzetek

12.

Dr. Bálint Péter: Reumatológia masszőröknek

Egészségügyi Szakképző
és Továbbképző Intézet

Írta:

Dr. Bálint Péter

© Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, 2005
Felelős kiadó: Vízvári László főigazgató
Szerkesztés, tördelés: Hegyi Gergely

Minden jog fenntartva, beleértve a sokszorosítást, a mű bővített, illetve rövidített változata kiadásának jogát is.

A kiadó írásbeli hozzájárulása nélkül sem a teljes mű, sem annak része semmilyen formában (fotokópia, mikrofilm vagy más hordozó) nem sokszorosítható.

TARTALOM:

ELŐSZÓ	4
REUMATOLÓGIAI ALAPFOGALMAK, ELNEVEZÉSEK:	5
REUMATOLÓGIA FOGALMA, TÁRGYKÖRE, FELOSZTÁSA, JELENTŐSÉGE	7
LÁGYRÉSZ-RHEUMATIZMUS	8
DEGENERATÍV ÍZÜLETI- ÉS GERINCBETEGSÉGEK	18
OSTEOPOROSIS	24
GYULLADÁSOS ÍZÜLETI MEGBETEGEDÉSEK	26
REUMATOLÓGIAI DIAGNOSZTIKA ÉS THERÁPIA ALAPJAI	33

Előszó

Ez a továbbképzési füzet, mint címében is szerepel, a reumatológiát szeretné Önöknek bemutatni. Segíteni szeretné Önöket, hogy a munkájukhoz szükséges stúdiumot eljátsák, felkészüljenek a vizsgákra. Szükségük van erre a tudásra, hiszen legtöbbjük, legtöbbször mozgásszervi betegeket fog gyógyítani. Minden új könyv megírása előtt fel kell tenni a kérdést, hogy valóban szükség van-e rá? E füzetre, úgy gondolom, szükség van. A fürdőmasször képzést segítő jegyzet 1980-ban jelent meg dr. Fröhlich Lóránt és dr. Szirtes László szerkesztésében és 1984-ben dr. Csermely Miklósné jegyezte, mely a gyógymasször-képzés alapjául szolgált.

Az eltelt időben sokat változott e szakma, ismereteink sok tekintetben bővültek, persze az új tudás sem teljes; újabb és újabb kérdések merülnek fel. Gondoljunk csak arra, hogy újabb betegségeket is megismertünk az elmúlt években. Ki gondolta volna 15 évvel ezelőtt, hogy az AIDS-ről, annak mozgásszervi vonatkozásairól illik egy jól képzett gyógymasszörnek hallania?

Vannak olyan betegségek is, melyek akkor is ismertek voltak, de előfordulási gyakoriságuk bizonyos foglalkozások, sportok elterjedésével, az átlag életkor növekedésével, vagy a környezet változásával megnőtt. Természetesen ez azt is jelenti, hogy ezen könyv tartalma is állandóan felülvizsgálandó, valamint azt is, hogy az Önök képzésében az előszó, az előadások továbbra is fontosak, hiszen ezeket egyetlen új könyv sem pótolhatja. Ez a továbbképzési füzet az Önök gyakorlata, munkája ismeretében kívánja a reumatológiát bemutatni. Ezért részletesen tárgyalja a lágyrészek (izom, ín stb.) megbetegedéseit valamint a gyakran előforduló ún. népbetegségeket, mint pl. az arthrosist vagy a csonttritkulást. Megismerkednek majd foglalkozási betegségekkel és súlyos, esetként halálhoz vezető gyulladásos ízületi megbetegedésekkel is. Szeretne ez a füzet is olyan útmutató lenni, melyből elsajátítva a reumatológiai alapjait, Önök méltó társai lehetnek az orvosoknak, gyógytornászoknak, fizioterápiás asszisztenseknek, nővéreknek közös betegek gyógyításában.

Dr. Bálint Péter

REUMATOLÓGIAI ALAPFOGALMAK, ELNEVEZÉSEK:

Alagút szindróma = anatómiailag preformált csontos, szalagos izmos alagútban futó ér és/vagy idegképlet időlegesen vagy tartósan nyomás alá kerül

algia = fájdalom

ankylosis = teljes mozgáskorlátozottság az ízület kötőszövetes vagy csontos átépülése következtében

antagonista innerváció = ellentétes izomcsoport beidegzése

antalgia = fájdalom elkerülő tartás

arthralgia = ízületi fájdalom

arthritis = ízületi gyulladás

arthropathia, tendinopathia stb. = közelebbről meg nem határozott ízületi, ín, stb. elváltozás

arthroplastica = ízületpótló műtét

arthrosis = az ízület degenerációja, elfajulása, elégtelensége

autoimmun = a szervezet saját szövetei, sejtei elleni immunválasz következtében létrejövő részleges vagy teljes egyesülése

bursitis = nyáktömlő gyulladás

capsulitis = ízületi tok gyulladás

cervicobrachialgia = nyakból karba sugárzó fájdalom

chondritis = porcgyulladás

coccygodynia = farokcsont fájdalom

crepitáció = recsegés, sercegés

discus hernia = porckorong sérv

DISH = diffúz idiopathias skeletalis hyperostosis

dislocatio = elmozdulás

distorsió = rándulás

dysplasia = az ízület kóros fejlődése

enthesitis = ín vagy szalag tapadási helyének gyulladása

exostosis = csontkinövés

fizioterápia = természeti energiákkal történő gyógykezelés

fractura = törés

hernia = sérv

hyperlordosis = fokozott gerinchomorulat

hypermobilitás, hyperlaxitas = túlmozgékonyosság

iatrogén betegség = orvosi ártalom

izom atrophia = izomtérfogatcsökkenés

izom ruptura = izomszakadás

izomatrophia = izomtérfogatcsökkenés

izometriás innerváció = ízületi mozgás nélkül létrejövő izom beidegzés

izotóniás innerváció = ízületi mozgást létrehozó izom beidegzés

kontraktúra = ízület passzív és aktív mozgása egy vagy több irányba korlátozott
 kyphosis = fokozott gerinc domborulat
 ligamentitis = szalaggyulladás
 lumboischialgia = derékből alsóvégtagba sugárzó fájdalom
 luxatio = ficam
 malácia = lágyulás
 monarthrit = egy ízület gyulladása
 mutiláció = felszívódás, leválás, csonkolás
 myalgia = izomfájdalom
 myositis = izomgyulladás
 mxositis ossificans = izomzatban különböző okok miatt létrejövő kiterjedt csontosodás
 myospasmus = izomgörcs
 necrosis = szövet, sejt elhalás
 oligoarthritis = 2–4 ízület gyulladása
 osteomyelitis = csontvelőgyulladás
 periarthritis = ízület körüli lágyrészek gyulladása
 periostitis = csonthártyagyulladás
 polyartralgia = több ízület fájdalma
 polyarthrit = 4-nél több ízület gyulladása
 polyarthrosis = több ízület degenerációja, elfajulása
 protrusio = előboltosulás
 pseudoarthrosis = állízület, csontos végek között létrejövő kóros másodlagos ízület
 radiculitis = idegyök-gyulladás
 rehabilitáció = a betegség következtében károsodott egyén sérült funkcióinak helyreállítása vagy pótlása, s a károsodott egyén társadalmi beilleszkedésének elősegítése
 scoliosis = gerincferdülés
 septicus arthritis = gennyes ízületi gyulladás
 spondylitis = gerincízületeinek gyulladása
 spondylolisthesis = csigolyacsúszás
 spondylolysis = csigolyaív szakadás
 stenosis canalis spinalis = szűk gerinccsatorna
 Stiff-man szindróma = izommerevedéssel járó ismeretlen eredetű betegség
 synergista innerváció = azonos működésű izmok beidegzése
 synovitis = ízületi belhártyagyulladás
 tendinitis = íngyulladás
 tendovaginitis = ínhüvelygyulladás
 valgus deformitás = a végtag tengelye az ízréstől distálisan a középvonaltól távolodik
 varus deformitás = a végtag tengelye az ízréstől distálisan a középvonal felé közeledik
 vasculitis = érgyulladás

A REUMATOLÓGIA FOGALMA, TÁRGYKÖRE, FELSZTÁSA, JELENTŐSÉGE

A reumatológia, a reuma és a -logia görög szavakból képződött. Az előbbi folyást jelent és arra utal, hogy Hippokratész a testnedvek megváltozásával magyarázta ezen betegségek okát, míg a második szó ebben az összetételben is tant, tudományt jelent. A reumatológiát legegyszerűbben úgy határozhatjuk meg, hogy a mozgásszervek megbetegedéseivel foglalkozó orvosi szakma. El kell különíteni olyan társtudományoktól mint az ortopédia, mely főleg a mozgásszervi megbetegedések sebészeti megoldásait tárgyalja, vagy a traumatológia, melynek jelentős részét képezi a mozgásszervek baleseti sérüléseinek gyógyítása. A reumatológia belgyógyászattól vált önálló specialitássá, megőrizve azzal szoros kapcsolatát. A mozgásszervi panaszok oka legtöbbször valóban mozgásszervi eredetű, jó néhány esetben azonban nem. Az izomfájdalom például jellegzetes mozgásszervi panasz, de az influenzának is jellemző tünete. Ugyanígy nagyon sok egyéb – idegrendszeri, hormonális, vérképzőszervi- és anyagcsere-betegségnek is van mozgásszervi tünete. Sokszor a mozgásszervi betegségekkel több specialitás is foglalkozik, éppen e közös határok miatt.

A mozgásszervrendszer az élőlények – így az ember – hely- és helyzetváltoztatását megvalósító szervrendszere, mely a test alakját is meghatározza, védelmet ad a külső mechanikus behatások ellen, helyet ad a vérképzésnek. Idegi és hormonális irányítás alatt áll. Tömegét tekintve legnagyobb szervünk. Felépítésében döntő részben az izom-, a kötő-, és támasztószövet vesz részt. Alkotó részei: a csontok, a csontokat összekötő ízületek, izmok, inak, szalagok s a mozgásszervi funkcionális egységeket ellátó erek, idegek. Az ízületek a csontok ízületéből, ízületi szalagokból, ízületi porcokból, ízületi belhártyákból, ízületi nedvből, ízületi szalagokból, ízületi tokból, esetenként ízületi korongból (discus), félhold alakú rostos porcbetétből (meniscus), rostporcos ízvápa ajkából, ízületi nyáktömlőből állnak.

A reumatológia ma már több mint száz önálló betegséget különít el. Ez a tény éles elhatárolást ad a közfelfogással, mely szerint, ha valakinek valamilyen mozgásszervi panasz van, akkor a betegségről csak az állítható, hogy reuma. E több mint száz betegség hátterében sokféle kóros húzódik meg: örökletes tényezők, élő kórokozók, az immunrendszer és anyagcsere működészavarai, túlterhelés, mechanikus okok, sérülések, iatrogén ártalmak (pl. gyógyszer), daganatos folyamat és persze vannak olyanok is, amelynek oka jelenleg még nem ismert. A kórokok közül általában több is részt vesz egy-egy betegség kórszámazásában. Így például a szeronegativ oligoarthritis vagy spondarthritis kóros tényezői között éppúgy szerepel az örökletes hajlam, mint bizonyos élő kórokozók, egyes arthrosisok okaként az örökletes hajlam mellett a túlterhelés játszik szerepet. A reumatológiai betegségeket gyakorlati szempontból a következőképp oszthatjuk fel:

- gyulladásos ízületi és gerincbetegségek (kb. 1–2%),
- degeneratív ízületi és gerincbetegségek (kb. 25–35%),
- lágyrész-reumatizmus (kb. 10–15%),
- csontbetegségek (kb. 10–15%),
- izombetegségek (kb. 0,5%),
- kötőszöveti betegségek (kb. 1%),
- bel- és idegrendszeri betegségekhez csatlakozó kórformák (kb. 3–5%).

A zárójelben az előfordulási gyakoriságot jeleztem a populációban. Ismerünk olyan betegségeket, melyek az egész szervezetet érintik és vannak egy-egy testtájhoz köthetők. Vannak olyan betegségek, melyek heveny lefolyásúak és vannak olyanok, melyek krónikusak, végig kísérik az életet. Lehetnek olykor halálosak és léteznek olyanok, melyek gyógyíthatók, sőt olyanok, melyek önmaguktól is gyógyulnak. Ezen kórképek nagyon gyakoriak, azonban igen eltérő előfordulásúak. Vannak, ún. népbetegségek, pl. a csonttritkulás, egyes lágyrész-reumatizmusok, degeneratív kórképek és vannak igen ritka kórképek is. Gyakorlatilag a népesség túlnyomó részének élete folyamán kialakul valamilyen reumatológiai megbetegedése. Az életkor előrehaladásával a megbetegedések valószínűsége nő. Vannak persze olyan kórformák, melyek bizonyos korosztályokhoz kötődnek. Gyermekkorra jellemző betegségeken kívül, a szexuálisan terjedő betegségek okozta ízületi gyulladás is gyakorlatilag egy bizonyos életkorhoz kötődik. Idősebb korban jelentkezik a csonttritkulás legtöbb fajtája. Noha diagnosztikus és terápiás eljárásaink fejlődnek, az átlagéletkor növekedésével és az emberiség számának növekedésével ezen betegségeken szenvedők száma gyarapszik, s mivel ezen betegségek többsége krónikus, így egyre nagyobb anyagi és szellemi terhet rónak a társadalomra és az egészségügyre.

LÁGYRÉSZ-REUMATIZMUS

A gyógymasszőrök által kezelt betegek nagy része lágyrész-reumatizmusban szenved. Az ide sorolt betegségek az izmok, inak, innhüvelyek, izompólya, bőnyék, szalagok, nyálkatömlők, bőr alatti zsírszövet elváltozásai. Legtöbbször önálló megbetegedések, de sokszor az ízületek, csontok, és az idegrendszer megbetegedéseivel csatlakoznak másodlagosan.

Ezen betegségek diagnózisa a beteg kikerdezésén és fizikális vizsgálatán alapszik, elvéve van csak szükség radiológiai, laboratóriumi, szövettani vagy egyéb vizsgálatra. Izmok érintettsége esetében fájdalmat, görcsöt, gyengeséget, sorvadást panasznak legtöbbször a betegek.

1. Lokális myalgia

A lokális myalgia okozta fájdalom általában tompa, sajgó, izomláz-szerű, nem körülírt. Kiváltható aktív mozgással, vagy passzív nyújtással, izometriás innervációval, s az izom tapintása is fájdalmas. Mindig tapintsuk meg az izmot elernyesztett állapotban – ezt az antagonisták innervációjával érhetjük el –, valamint megfeszített állapotban is. Ilyenkor érezhetünk az izomban fájdalmas crepitáló csomót, folytonossági hiányt, izomfeszességet elernyesztett, s ún. térsztás felpuhultságot megfeszített állapotban. Vagyis az izomfájdalom a masször által is könnyen felismerhető.

Akut myalgia

Okai:

- sérülés, húzódás
- akut túlterhelés
- hideghatás, megfázás
- vírusfertőzések, egyéb fertőzések
- reflexes myalgia, melyet belső szervi vagy mozgásszervi betegségek váltanak ki: ilyenkor az izom spazmusa, fájdalma a megfelelő reflexzónában jelentkezik.
- mérgezőek, gyógyszerártalmak
- keringési betegségek

Krónikus myalgia

Okai:

- krónikus túlterhelés (foglalkozás, sport, statikai elváltozások)
- ízületi betegségekhez, kötőszöveti betegségekhez csatlakozó myalgia
- reflexes myalgia, melyet belsőszervi vagy mozgásszervi betegségek váltanak ki.
- szorongás, lelki okok

Leggyakrabban az ún. laposizmokban jelentkezik izomfájdalom.

Törzsizmok közül a m.trapezius, m.rhomboideus, m.levator scapulae, m.splenius capitis, m.latissimus dorsi, m.erektor trunci, m.pectoralis major valamint a gerinc melletti kisizmok a leggyakrabban érintett izmok.

A fájdalmas, jól tapintható izomspasmus mellett gyakori, hogy fájdalmas keményebb, crepitáló izomcsomókat, ún. myogelosisokat tapintunk ezekben az izmokban, melyek nyomásérzékenyek, s melyekből távolabbra is kisugárzik a fájdalom.

Leggyakoribb foglalkozások, melyek ilyen panaszokat okoznak: pl. fodrász, fogorvos, sportok közül: a sífutás, gerelyhajítás, diszkosz-, kalapácsvetés, súlyemelés, tenisz, tollaslabda. A pectoralis major túlterhelése tornászokon, úszókon, evezősökön, súlyemelőkön jelentkezik. A fájdalom megjelenésében a túlterheltségen kívül sokszor a gyakorlatlanságnak, rossz technikának is szerepe van.

A vállöv leggyakrabban érintett izmai a következők: a m.supraspinatus (dobók, birkózók, súlyemelők), m.subcapularis (baseball, kézilabdázó, gerelyhajítók), m.biceps brachii (kenusok, evezősök, vívók). A medenceöv leggyakrabban érintett izmai a következők: az adduktor izomcsoport (labdarúgók, birkózók, judosok, hokisok, korcsolyázók, gátfutók, magasugrók, táncosok), m.iliopsoas (futók, távol- magasugrók, labdarúgók), m.quadriceps (rövid távfutók, labdarúgók, súlyemelők), m.biceps femoris, m. semimembranosus, u.semitendineus (sprinterok, távol- hármassugrók, teniszezők).

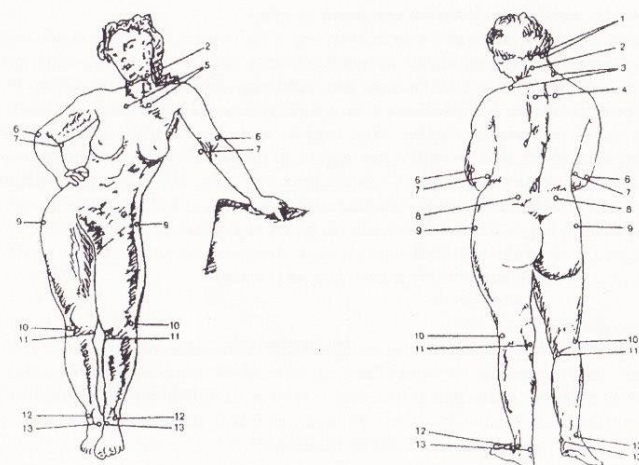
2. Generalizált myalgia

Vírusfertőzés, kötőszöveti betegség (vasculitisek), gyógyszer okozza legtöbbször. Kötőszöveti betegség a polymyalgia rheumatica, mely időskorban jelentkezik s típusos tünete a vállöv és medence öv hirtelen jelentkező fájdalma, izomgyengeség nélkül, mozgáskorlátozottsággal, sokszor kétoldali periarthritis humeroscapularist okozva. Ritkában perifériás arthritissel jár. Általános tünetként fogyás, hőemelkedés, rossz közérzet, fejfájás, kísérheti. A másik kötőszöveti, autoimmun megbetegedés, mely generalizált izomfájdalommal jár a polymyositis. Előfordult, hogy az izomzat gyulladása mellett a bőrön is gyulladásos elváltozás észlelhető, ekkor dermatomyositisnek nevezzük. Izomfájdalom mellett izomgyengeséget, izomatropiát, belservesi tüneteket, polyarthritist is okozhat. A megbetegedés halálos is lehet, sokszor daganatos betegséghez társul. Ezen kötőszöveti betegségeket vezető tünetük, a generalizált izomfájdalom miatt említjük itt meg, de értelemszerűen nem soroljuk őket a lágyrész-reumatizmusok közé, szemben a most következőkkel.

Primer fibromyalgia szindróma

A betegség döntően középkorú nőknél fordul elő a népességben mintegy 3-4%-ban, okát pontosan nem ismerjük.

A betegek fő panasza az izmokban, enthesiseknél érzett fájdalom állandó fáradtság, izmokban érzett tapintható ún. fibromyalgiás csomók, ezen izmok nyomására jelentkező fájdalom típusos, szimmetrikusan észlelhető (14. ábra) a következő helyeken: suboccipitalis izomtapadás (1), m.sternocleidomastoidus (2), m.supraspinatus (3), m. trapezius (4), II. sternocostalis régió (5), könyök laterális felszíne (6), könyök mediális felszíne (7), felső glutealis régió (8), trochanter major femoris (9), térd laterális felszíne (10), térd mediális felszíne (11), boka laterális része (12), boka mediális része (13).



1. ábra Primer fibromyalgia, nyomásérzékeny pontok

A m.trapeziusban, m.supraspinatusban és a gluteális régióban tapinthatók rendszerint az ún. myogelosisos csomók, melyek nyomásérzékenyek, elmozdíthatók, az izomnál keményebb tapintatúak, néha crepitálnak (seregő-dörzsölő hang). A m.trapezius felett a bőr redőbe gyúrása fájdalmas, a bőr kivörösödésével jár együtt. Gyógymasszázzsal, Lidocain infiltrációval e myogelosisos csomók, illetve fájdalmuk időlegesen megszüntethető.

Ezek a betegek legalább 3 hónapja fennálló alvászavarra, általános gyengeségre, fáradékonyságra, gyakori fejfájásra, reggeli fáradtságra, időjárás-változásra való érzékenységre, depresszióra, ingerlékenységre, feszültségre jellemző hasmenésre, vizeletcsepegtésre, fájdalmas menstruációra, szexuális zavarokra panaszkodnak. Panaszukat fizikai, vagy pszichés megterhelés fokozza, pihenés, szabadság és néha az alkoholfogyasztás csökkenti.

Krónikus fáradtság szindróma

Primer fibromyalgiától sokan elkülönítik, noha mind tüneteiben, mind az érintett populációban igen nagy a hasonlóság.

Eredetét szintén nem ismerjük; szintén a fiatal-középkorú nőknél a leggyakoribb. A betegség fő tünetei: legalább 6 hónapja fennálló fáradtságérzet, melynek egyéb oka nem bizonyított, hőemelkedés, torokfájdalom, fájdalmas nyirokcsomók, izomgyengeség, izomfájdalom, arthralgia, alvászavar, pszichés zavarok.

Regionális myofascialis fájdalom szindróma

A primer fibromyalgia lokalizált formájának tartják. Helyi jellegén kívül elkülöníti még az is, hogy itt nem nyomáspontokat különböztetünk meg, hanem ún. trigger pontokat, melyeket megnyomva kisugárzó fájdalom jelentkezik. Így a m.trapezius felső részének, m.suprascapularisnak a megnyomása nyakba sugárzó, a m.trapezius interscapularis régióban történő megnyomása nyakba, vállba sugárzó, a m.subscapularis laterális részének megnyomása karba, alkarba, IV–V. ujjba sugárzó, az iliolumbalis régió nyomása az alsó-végtagba sugárzó fájdalmat okoz. A lokális terápia eredményesebb, hiszen fibromyalgia esetén csak a legfájdalmasabb pontokat infiltrálhatjuk, kezelhetjük. Elkülöníteni e betegségeket egymástól, hogy a férfiak-nők előfordulási gyakorisága közel egyforma, s ebben a betegségben az olyan általános tünet, mint a fejfájás, alvászavar, krónikus fáradtság, depresszió, jóval ritkább és enyhébb. A masszázis nagyon jó hatású.

3. Izomspazmus

Az izomfeszülést, izomgörcsöt gyakran állandónak érzik a betegek, de sokszor mozgáshoz, vagy napszakhoz kötve, az állandó fájdalomtól elkülönülve panaszozzák. Vizsgálatkor gyakran észlelhetjük a feszességet, máskor ez fizikálisan nem igazolható. Amennyiben észlelhető, masszázzsal, ízületek flexiójával, meleg vagy hideghatással próbálhatjuk legegyszerűbben lazítani az izmot, ha a kórok ismeretében ez megengedhető. Mindig vizsgáljuk az antagonista, szinergista izmokat együtt, mert az izompárok egyensúlyának megváltozásakor, az izompár egyike mindig feszessé válik, s megrövidül, míg a másik meggyengül, megnyúlik. Az izomspaszticitás olyan tónusfokozódás, mely mozgathatással végül legyőzhető. Okai:

- sérülés, húzódás, túlterhelés
- hideg, ritkán meleghatás
- statikai elváltozások okozta túlterhelés (scoliosis, kyphosis, hyperlordosis, a gerinc fiziológiás görbületének megszűnése, kontraktúra)
- kóros ízületi mozgathatóság okozta kompenzáció (hypermobilitas, hypomobilitas egyaránt okozhatja)
- reflexes myalgiahoz csatlakozó melyet belsőszervi, mozgásszervi vagy idegrendszeri betegség vált ki
- kálium-, kalcium-, magnéziumhiány
- idegrendszeri, hormonális megbetegedések
- keringési betegségek
- szorongás, lelki okok

Gyakorlati fontossága miatt külön megemlítenédök az egy, illetve kétoldali paravertebrális izomspazmussal járó betegségeket.

Nyaki gerincszakasz

Egyoldali

- Torticollis (ferdenyakúság)
 - Veszélytettett fejbiccentő izomrövidülés
 - Megfázás, nyirokcsomógyulladás
 - Pszichés
 - Gyógyszerek okozta
- Antalgia
 - Discus hernia
 - Kisízületi blokk, subluxatio
 - Distorsió, sérülés
 - Spondylitis
 - Csonttumor
- Scoliosis
- Reflexes (belsőszervi megbetegedés miatt)
- Myofasciális fájdalom szindróma
- Discopathia, spondylarthrosis

Kétoldali

- Akut myalgia
- SPA
- DISH
- Blokkcsigolya
- Spondylitis
- Spondylarthrosis
- Discopathia, discus hernia
- Kisízületi blokk
- Parkinson-kór
- Fibromyalgia pr.
- Reflexes (belsőszervi megbetegedés miatt)

Háti gerincszakasz

Egyoldali

- Sérülés
- Scoliosis
- Discus hernia
- Myofasciális fájdalom szindróma
- Reflexes belsőszervi megbetegedés miatt

Kétoldali

- SPA
- DISH
- Scheuermann-kór
- Osteoporosis
- Reflexes belsőszervi megbetegedés miatt

Ágyéki gerincszakasz

Egyoldali

- Scoliosis
- Discus hernia
- Sérülés
- Kisízületi blokk, subluxatio
- Reflexes belsőszervi megbetegedés miatt
- Myofasciális fájdalom szindróma
- Rövidült alsóvégtag
- Egyoldali csípő kontraktúra
- Spondylarthrosis, discopathia

Kétoldali

- SPA
- DISH
- Spondylolisthesis
- Osteoporosis
- Discopathia
- Spondylarthrosis
- Hyperlordosis
- Kétoldali csípő
- Kontraktúra
- Luxatio
- Stiff-man szindróma

Tapintható még az izomzatban: myositis ossificans, tehát csontosodás az izomzatban, leggyakrabban a csípő körül a gluteusokban, adduktorizmokban trauma, bevérzés, gyulladásos elváltozás következtében, izomsér, hegyszövet esetleges jó vagy rosszindulatú daganat, ritkán tályog.

4. Izomgyengeség

Izomgyengeséget okozhat:

- inaktivitás
- ízületi betegség
- izombetegség
- beidegzési zavarok
- belgyógyászati és ideggyógyászati betegségek

Aktív mozgattal vizsgáljuk az izomfunkciót és az izometriás kontrakció létrejöttétől az ellenállással szemben végzett aktív erő kifejtésig pontozzuk.

0 = a vizsgált izomban, izomcsoportban semmiféle aktivitás nincs

1 = innervációra izomrángás észlelhető

2 = a nehézségi erő kikapcsolásával a kívánt mozgás kivihető

3 = a kívánt mozgás, a nehézségi erő ellenében is kivihető

4 = a nehézségi erő ellenében a mozgás kivihető, de ellenállással szemben nem teljes

5 = ellenállás ellenében is jó izomerő észlelhető

Láthatunk izomrángást is a vizsgálat során, ez általában kóros és neurológiai megbetegedésre utal. Bénulás esetében az érintett izom aktív mozgása nem észlelhető és az atrophia a beidegzésnek megfelelően jelentkezik. Az aktív mozgás hiánya, fájdalom, izomfolytonossági hiány tapintása, bőrvérzéssel vagy anélkül trauma, vagy erő kifejtés után izomszakadásra utal. Fájdalmatlanul, lassan kifejlődve, izomatrophia nélkül jelentkeznek az ún. izomdystrophiák, melyek gyermekkorban vagy fiatal felnőtt korban jelentkeznek, s általában nem gyógyíthatók, sőt rosszabbodnak (dystrophia musculorum progressiva). Néha még inkább duzzadtnak is látjuk ezeket a gyengült, térszerűen puha izmokat. Az általános izombetegségek (myopathia polymyositis) leggyakrabban lokalizációja a váll- és a medencéj. Generalizált izomgyengeséget okozhatnak még gyógyszerek, mérgek, így például az alkohol is.

5. Izomatrophia

Legtöbbször izomgyengeséggel együtt járó tünet. Az izom tömege legtöbbször láthatóan is megkevesedik. Sokszor nem csak egy izomra, hanem egy-egy ízület körüli, egész izomcsoportra kiterjed. Okai:

– inaktivitás (sérülés, gipszrögzítés stb.)

- ízületi gyulladás, megváltozott statika stb.
- idegrendszeri okok
- lokális gyulladásosokként injekció mellékhatásaként.

generalizált izomatrophiat észlelünk:

- időskorban
- éhezéskor
- daganatos, szepszis megbetegedésekben
- kötőszöveti betegségek izomtűneteként
- hyperthyreosis (pajzsmirigy túlműködés) egyéb belgyógyászati betegségek tüneteiként
- idegrendszeri megbetegedés tüneteiként pl. anorexia nervosában.

6. Tendinitis, tendinopathia, enthesitis, enthesopathia

Sokszor a túlterhelés nem izomfájdalmat, hanem ezen izmok inainak steril gyulladásos elváltozását, majd elfajulását, ritkán szakadását okozza. A krónikus gyulladás, pl. a kézujjak hajlító inán csomót okozhat. Flexiókor a csomó el tud mozogni az inahüvelyben, de a gyengébb ujjfeszítők extenziókor nem tudják kihúzni, illetve ilyenkor pattanást észlelünk. Emiatt nevezik az elváltozást pattanó ujjnak. Az inon képződött csomó jól tapintható. El kell ettől különíteni a keményebb tapintatú, kézen és lábon nem ritkán gyulladásba kerülő, fájdalmas járulékos csontokat, a szezámcsontokat, melyek mozgásakor lényegesen nem mozognak el. Gyakori az is, hogy az ín, szalag, csonton való tapadási helye az ún. enthesis válik túlterhelés következtében fájdalmassá. Ez az ízülethez közeli, bőr alatt közvetlenül elhelyezkedő tapadási helyeken gyakori (humerusok epicondylusai = alkar extensorok, flexorok tapadása, proc. styloideus radii = hüvelyk abduktor, ülőgumó = térdflexorok, trochanter maior = csípő kirotátorok, tuberositas tibiae = m. quadriceps, tuber calcanei = m. triceps surae, Achilles-ín). Ezek közül kétségtelenül a könyök laterális felszínén panaszt okozó teniszkönyök és a mediális felszínen jelentkező golfkönyök a leggyakoribb. Mindezeket legtöbbször nem sporttevékenység, hanem egyéb túlterhelés (pl. az epicondylitis laterális cipekedés) okozza. Enthesopathia esetén az ín- és szalagtapadási helyek nyomásérzékenyek, az itt eredő izmok megnyújtása vagy ellenállással szembeni működtetése fájdalmat vált ki.

Enthesiseknél nem egyszer észlelhetünk csontkemény tapintatú elváltozásokat, exostosisokat is. Ezek lehetnek degeneratív folyamat vagy krónikus gyulladás következményei. Ritkán észlelhető az ismeretlen eredetű exostosis cartilaginea multiplex, mely testszerte jelentkező porcos kinövéseket okoz az enthesiseknél.

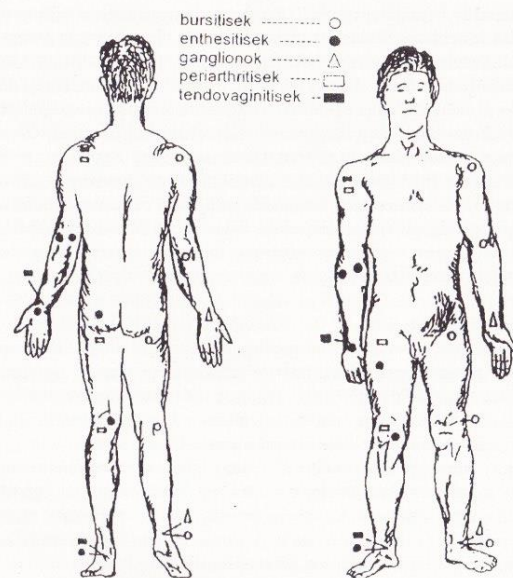
7. Bursitis, tendovaginitis, ganglion

Lokális fájdalmat okozhatnak még a bursitis (nyáktömlő gyulladások), a váll körül (bursa subdeltoidea-subacromiale, subcoraciodica), a könyök hátsó felszínén lévő bursa olecrani, a csípő körüli iliopsoas, ichioglutealis, és trochanter bursa gyulladások. A térd körül a bursa suprapatellaris, infrapatellaris, praepatellaris, valamint a poplitealis cystát legtöbbször létrehozó semimembranosus bursa gyulladása a leggyakoribb. Boka körül malleolusok feletti, az Achilles-in és a sarokcsont mögötti bursa gyulladása fordul elő. A bursa általában duzzadt, benne folyadék tapintható. Az akut bursitis, különösen a bursitis subdeltoidea, iliopsoas bursitis és Achilles-tájéki bursitis igen fájdalmasak. Nagyon gyakoriak a vállat (tendo m.biceps brachii caput longum, tendo m.supraspinatus), csuklót (tendines m.flexoris digitorum spf. et prof., tendines m.extensoris digitorum, tendo m.abductoris pollicis longi és tendo m.extensoris pollicis brevis) – ez utóbbi kettőnek együttes gyulladását nevezzük de Quervain tenosynovitisnek –, bokát (tendo m.extensoris hallucis longi, tendo m.tibialis ant., tendines m.extensoris digitorum longi, tendo m.peronei brevis, tendo m. peronei longi, tendo m.tibialis post, tendo m.flexor digitorum longi, tendo m.flexoris hallucis longi.) – áthidaló inak, inbhüvelyek akut vagy krónikus gyulladása. Ezeket gyakran túlerőltetés, máskor fertőzés, általános ízületi betegség (pl. rheumatoid arthritis) okozza. A ganglion jó indulatú, kocsonyás tartalmú, rugalmas tapintatú, ismeretlen eredetű tumorszerű elváltozás, mely sokszor fájdalommentes. Legtöbbször a csukló dorsális vagy voláris felszínén és a bokatájékon észlelhetjük.

8. Periarthritis

Sokszor az ízület körüli inbhüvelyek, bursák gyulladásával, degenerációjával együtt az ízület diffúz fájdalma jelentkezik. Nem ritkán az ízületi tok is gyulladásba kerülhet, mozgásbeszűkülést okozva. Ezeket az elváltozásokat nevezzük összefoglalóan periarthritisnek, utalva az ízület körüli gyulladásra, elkülönítve ezt az ízületi gyulladástól. Leggyakrabban a váll-, csípő-, térdízület periarthritis fordul elő. Periarthritis humeroscapularis jelentkezhet akut, nagy fájdalommal. Sokszor az éjszakai órákban kezdődik, lokális nyomásérzékenységet, fájdalmas mozgáskorlátozottságot okoz. Amennyiben a kéz algodystrophiájával (Sudeck-szindróma) jár együtt, úgy kéz-váll szindrómáról beszélünk. Krónikus periarthritis humeroscapularis esetében a fájdalom már nem olyan kifejezett, sokszor nincs helyi nyomásérzékenység, de mozgáskorlátozottság mindig észlelhető. Capsulitis, az ízületi tok zsugorodó gyulladása mindig kifejezett (ún. befagyott váll) mozgáskorlátozottsággal jár. Periarthritis humeroscapularis sokszor társul belgyógyászati betegségekhez (diabetes mellitus, myocardialis infarctus, hyperthyreosis stb.).

(2. ábra)



2. ábra Bursitis, enthesitis, ganglion, periarthritis, tendovaginitis leggyakoribb lokalizációi

9. Fasciitis

A fasciák, bonyók elváltozása is okozhat fájdalmat. Gyakori a tenyéri bonye zsugorodása (Dupuytren-kontraktúra), mely általában a IV. ujj tövében kezdődik, s ezen ujjat, majd a többi ujjat is flexiós helyzetbe húzza. Hasonló elváltozás a talpon a Ledderhose szindróma. A comb laterális oldalán lévő fascia lata is gyakran fájdalmas, nyomásérzékeny.

10. Panniculosis, panniculitis

A bőr alatti zsírszövet fájdalmát panniculosisnak, gyulladását panniculitisnek nevezzük. Ilyenkor a bőr ráncbaszedése fájdalmat vált ki, gyakran ún. matracserű gyűrődéseket észlelünk az érintett régióban. Leggyakrabban hőlgyeken. Ezen elváltozás me-

denceövi, gluteális formájától megkülönböztetjük az ugyanezen a tájékon előforduló szintén inkább középkorú és idősebb nőknél előforduló Copeman-herniákat. Ezek a jól tapintható kis fájdalmas csomók a fascia lumbodorsalisra sárvetődő kötőszövetes tokkal borított zsírcsomók. Nem ritkán észlelhetjük a testen szinte bárhol megjelenő egyes vagy számos, jó indulatú, puha tapintatú, fájdalommentlen zsírdaganatot, lipomát is. Ezeket az elváltozásokat el kell különíteni a típusos helyeken jelentkező kóros nyirokcsomó megnagyobbodásoktól, az ízületek körül, ínak feletti lágyrészekben tapintható xanthomáktól (kóros lipid lerakódások), tophusoktól (kóros purinanyagcsere termékek, urátlerakódások), bőr alatt csontos felszíneken megjelenő reumatoid csomóktól, és keményebb tapintatú lágyrész meszesedésektől, valamint a különböző okokból akadályozott nyirokelfolyás miatt végtagokon megjelenő limfödémától, vagy a szimmetrikusan alsóvégtagon jelentkező szív-, vese-, máj- vagy egyéb okból létrejövő ödémától.

11. Alagút-szindrómák

Olyan körképek tartoznak ide, melyek esetében ér, ideg vagy mindkettő kompressziója okoz panaszt. Anatómiaiilag meghatározott (csontos-szalagos, izmos) alagútban jön létre ez a kompresszió, mégpedig legtöbbször a végtagok ízületeinek közvetlen környezetében. Ezen alagutak beszűkülése során ezen ér-idegképletek nyomás alá kerülése váltja ki a panaszokat, enyhébb esetben csak bizonyos testhelyzetben, vagy éjszakai órákban, vízviszszatartás esetén, súlyosabb esetben állandóan. Ideg-kompresszió esetén neuralgias fájdalom, érzészavar, zsibbadás az elsődleges panasz, a perifériás idegek megfelelően hosszabb fennállás esetén izomsorvadás, izomgyengeség jöhet létre. Érdekes módon végleges bénulás, még hosszú fennállás esetén is elég ritka. Ér-kompresszió esetén hőmérséklet különbség, bőrszín eltérés, fájdalom, zsibbadás a legfőbb panasz.

A panaszok hátterében állhat veleszületett anatómiai rendellenesség pl. nyaki borda, trauma során kialakult anatómiai rendellenesség, degeneratív elváltozás, gyulladásos elváltozás, hormonális ok is. Ez utóbbi kettő esetében általában több régióban is létrejöhet kompresszió, és általában azok szimmetrikusak is, pl. mindkét csuklón, mediánus kompressziója.

Leggyakoribb alagút szindrómák a következők: a mellkaskimeneti szindrómák a plexus brachialis, a., és v. subclavia, carpalis alagút a n. medianus, periformis alagút a n. ischiadicus kompressziójával. Tudni kell azonban, hogy a felsorolás közel sem teljes, gyakorlatilag minden perifériás ízület körül több ilyen alagút szindrómát ismerünk.

DEGENERATÍV ÍZÜLETI- ÉS GERINCBETEGSEGEK

Azon ízületi kórfolyamatot nevezünk arthrosishoz, melyben az ízületi porc pusztulása az elsődleges, s akár tudjuk, ismerjük ennek a kiváltó okát, akár nem. Ez tulajdonképpen az ízület elégtelenségét okozza, tehát végállapota sok egyéb ízületi betegségnek is. Ez a betegség középkorúak és még inkább az idősebbek megbetegedése. A népesség körülbelül 20%-át

érinti, így nyugodtan tekinthetjük népbetegségnek. Jelentősége igen nagy és a népesség öregedésével egyre fontosabbá válik. A panaszok az egyes ízületekben különbözőek.

Tünetei közül kiemelhető a fájdalom, a mozgáskorlátozottság, az ízület deformációja az izvégek csontos deformációja következtében. A fájdalom gyakran a pihenést követően, a mozgás kezdetekor a legkifejezettebb, ez az ún. indítási fájdalom. Ilyenkor olykor hallható is, némelykor csak tapintással észlelhető a crepitáció, mely lehet az ízfelszín egy-máshoz való súrlódásának hangjelensége. Ezt követően az ízület mintegy bejártódik, majd a terhelés fokozásakor ismételtelen jelentkezik a fájdalom, mely pihenésre csökken, illetve megszűnik. Éjszakai fájdalom általában nincs. Természetesen a folyamat súlyosbodása esetén már lehet nyugalomban, pihenéskor, éjszaka is fájdalma a betegnek, főként akkor, ha az ízület steril gyulladása is jelentkezik.

Néha már a betegség kezdetén észlelünk gyulladásos tüneteket, néha túlterhelés kapcsán, csak előrehaladott stádiumban. A betegek az érintett ízületeket tekintve típusos helyekre lokalizálják fájdalmukat. Gyakran helyi nyomásérzékenységet is észlelünk. A fájdalom a deformációk következtében megváltozott statika miatt a túlfeszített izmokban, enthesisekben is jelentkezik. Sokszor izomatrophia, izomgyengeség is kialakul a fájdalmas ízületet mozgató izmokban.

Előrehaladott arthrosisban az ízületi szalagok megnyúlása, az izomatrophia, az ízfelszín megváltozása következtében ízületi instabilitás jöhet létre, mely aztán az arthrosis folyamatot tovább rontja. Az arthrosis ízületi merevségérzetet is okoz a betegnek. Ez rövid ideig, percekig tart, általában a fél órát nem haladja meg. A klinikai tüneteken kívül röntgenelváltozások támasztják alá a diagnózist. Ezek közül legfontosabb a porcpusztulás jele, az ízületi rés beszűkülése. Nagyon gyakran észleljük azonban azt, hogy a röntgenelváltozások, ízületi deformáció mellett sincs panasza a betegeknek. Az arthrosiseket az ismeretlen eredetű ún. primer és az ismert okok következtében megjelenő sekunder arthrosisek csoportjába oszthatjuk.

1. Secunder arthrosisek

A secunder arthrosishoz vezető okok közül a leggyakoribbak:

- veleszületett, fejlődési rendellenesség következtében (pl. csípőízületi dysplasia) ízfelszín kóros terhelhetősége,
- trauma során károsodott ízületi felszín megváltozott statikai viszonyok,
- mikrotrauma (pl. vibrációs ártalom), sportártalom, túlsúly, alsóvégtagi rövidülés, scoliosis okozta ízületi túlterhelés
- hyperlaxitás okozta ízületi túlterhelés
- arthritis okozta porcárosodás
- egyes hormonális, anyagcsere és idegrendszeri betegségek
- gyógyszerek okozta porcárosodás

2. Primer lokalizált arthrosisok

Kézi kisízületi arthrosisok

Heberden arthrosisáról beszélünk a kezekben a distális interphalangealis (DIP) ízületekben jelentkező porcvésztes esetén. Bouchard arthrosisáról pedig proximalis interphalangealis (PIP) ízület érintettsége esetén. Ez a betegség gyakrabban érinti a nőket. Öröklődik, egyes családokban halmozódik, legtöbbször 40-50 éves korban kezdődik. Gyakori még az I CMC (carpometacarpalis) ízület arthrosis is sokszor önmagában is. Ezen ízületek általában mindkét kezét szimmetrikusan érintve deformálódnak, de a folyamat súlyosabb a domináns kézen, a fájdalom főként gyulladásos stádiumban jelentős. A Heberden és Bouchard arthrosis jelentős funkció károsodást főként bizonyos foglalkozásúaknál okoz (pl. zongoristák, titkárnők). Az I. carpometacarpalis ízület arthrosis a hüvelykujj opozícióját, ezzel a hüvelykfogó funkcióját károsítja, ezért komoly funkcionális problémát okoz.

Erozív kéz kisízületi arthrosis

Erozív arthrosis szintén a kéz kisízületi DIP, PIP, ritkábban MCP, I.CMC ízületét érinti. Főként nőkön jelentkező jellemző radiológiai elváltozásokkal jár a betegség. Erózió, tehát kimaródás észlelhető ezen ízületekben, jelentős porcpusztulás mellett. Ez a körkép előzőeknél több panaszt, súlyosabb deformításokat okoz. Későbbiekben a betegek egy részében típusos rheumatoid arthritis alakul ki.

Térdarthrosis (Gonarthrosis)

Leggyakoribb a végtagon előforduló arthrosisok közül. Legtöbbször mindkét térdnél jelentkezik, bár gyakran az egyik oldal a súlyosabb. Indítási, terhelési fájdalom, merevségérzet állandó tünete. Főként lejtőn, lépcsőn lefelé járáskor fokozódnak a panaszok. A fájdalom, nyomásérzékenység leggyakrabban a tibia mediális ízperemen jelentkezik. Gyakori, hogy patellofemorális ízületben is létrejön arthrosis, melyre jellemző a patella ferhurra való rányomásakor jelentkező fájdalom.

Csipőarthrosis (Coxarthrosis)

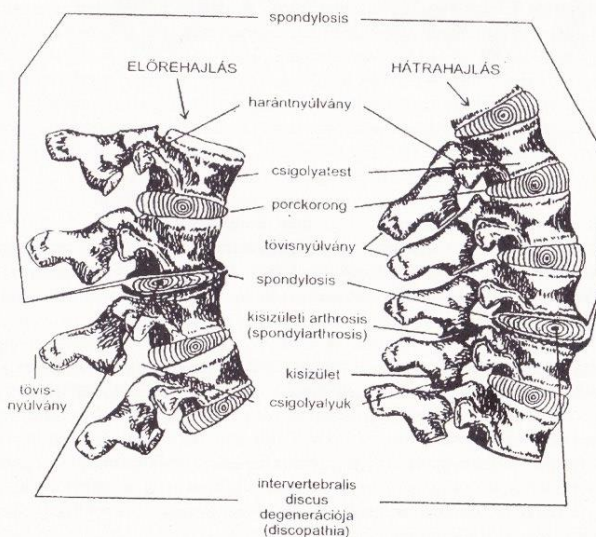
Kétoldalt lágyékban, trochanter tájon, gluteálisan jelentkező fájdalom jellemzi, de nem ritka, hogy a beteg egyedüli panaszaként comb vagy térdfájdalmat említ és csak gondos fizikális vizsgálat deríti ki a valódi okot. Főként emelkedőn, lépcsőn felfelé megterhelő a járás. Gyakran alakul ki izomatrophia a m.quadriceps femorisban és a gluteális izmokban. Csipőarthrosisban másodlagosan combfej elhalás is létrejöhet. Ismert azonban a combfej primer necrosis, valamint más betegségekhez (SLE, alkoholizmus, steroid kezelés stb.) való társulása is, melyek végül viszont coxarthrosisoz vezethetnek.

3. Primer generalizált arthrosis

A sokízületi arthrosis a DIP, PIP, csípő, térd, MPT (metatarsophalangealis ízület) valamint az intervertebrális kisízületek egyidejű elváltozásával jár. A betegség lefolyásában a generalizált formában nagyon eltérő eseteket különböztethetünk meg az enyhe, de mindig progresszív lefolyástól, az időszakosan panaszt sem okozótól, a gyakori gyulladásos szakaszokkal járótól a gyors progressziójú formákig, mely, ha teherviselő ízületet érint és komoly mozgáskorlátozottságot okoz, rokkanttá teheti az egyént.

4. A gerinc degeneratív elváltozásai: spondylarthrosis, discopathia

A gerinc intervertebrális ízületeinek arthrosis a leggyakoribb elváltozások közé tartozik. Főként a középső és alsó nyaki és az alsó ágyéki szakaszon jelentkezik. A degeneratív megbetegedés érinti a kisízületeket valamint a discus intervertebrális is. (3. ábra) Ha a kisízület arthrosis (spondylarthrosis) a kezdeti elváltozás, akkor a kialakuló mozgáskorlátozottsághoz és a statika megváltozásához a már nem elég rugalmas discus intervertebrális nem tud alkalmazkodni, és ennek az elfajulása is fokozódik. Gyakoribb azonban, hogy a discus intervertebrális degenerációja (discopathia) bontja meg a gerinc dinamikus egységét, instabilitást okozva, megterhelve az ízfelszíneket, melyek szélein a zárólemezek, ízületi nyújtványokon csontkinövések (spondylosis) próbálják mintegy stabilizálni az instabil szegmentumot. A csigolyatestek hátsó felszínén, valamint a kisízületek peremén kialakuló csontos kapcsok olykor szűkíthetik a foramen intervertebrálét, irritálhatják a kilépő gerincvelői idegyököket, valamint beszűkíthetik a gerinccsatornát (stenosis canalis spinalis secundaria).



3. ábra Discopathia, spondylarthrosis segmentum mobile-n jelölve

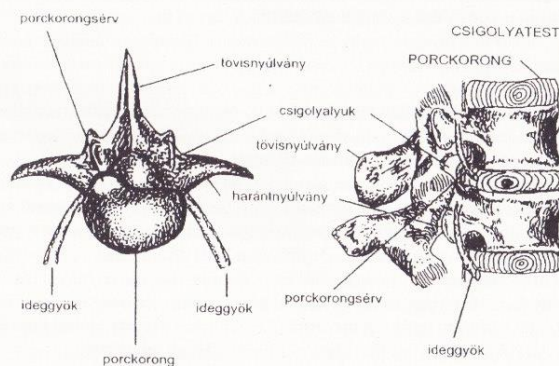
Az instabilitás következtében az egyes csigolyák egymáshoz képest előre vagy hátra elcsúszhatnak (spondylolisthesis, retrolisthesis) a csigolyaívek a túlterhelés miatt esetleg átszakadhatnak (spondylolysis), csigolyák közötti tövisnyúlványok összeérhetnek, dörzsölődhetnek – állízületet (Baastrup szindróma) hozva létre. Az egymás feletti csigolyák között félficam, ízületi blokk (az intervertebrális ízületek bizonyos irányú reverzibilis mozgáskorlátozottsága) alakulhat ki, teljesen megváltoztatva a gerinc statikáját. A beteg panaszait sokszor a másodlagosan túlterhelt izmok fájdalmassága, vagy a kórosan feszülő ligamentumok enthesitise okozza. A beteg állandó vagy visszatérő fájdalomról (krónikus nyaki myalgia, lumbago), mozgáskorlátozottságról, esetleges a felső- (cervicobrachialgia), illetve alsóvégtagba (lumboischialgia) kisugárzó fájdalomról panaszkodik. Ez a fájdalom lehet radikuláris jellegű, vagyis éles, zsinórszerű, melyet zsibbadás, neurológiai tünetek (reflexkiesés, érzészavar, bénulás) kísérhet, vagy kisugárzó fájdalom, mely nem éles, nem csíkszerű, inkább szétterjedő, melyet nem kísérnek neurológiai tünetek. A nyaki fájdalom mellett nem forgó jellegű szédülés, hányinger, fülzúgás, hallás-, és látászavar, nagyon ritkán nyelészavar, vagy akár mellkasi szorító fájdalom is jelentkezhet tünetként. Ezeket a nyaki gerinc porckorong elváltozása mellett, részben a csigolyák harántnyúlványai alkotta csatornában futó artéria vertebrális és az azt körülvevő szimpatikus idegrostok irritációja vagy nyomása okozza. Az ágyéki szakasz fájdalma gyakran a terheléstől függő – főként a hirtelen megterhelés, a „rossz” testtartással való terhelés, tartósan előrehajló testhelyzetben való huzamosabb megterhelés váltja ki. Természetesen egyéb betegségek másodlagosan is vezethetnek az ágyéki és nyaki gerinc degeneratív elváltozásaihoz: a különféle scoliosisek, alsó végtagi rövidülések, hyperlaxitások, de akár osteoporosis következtében létrejövő statikai elváltozások is.

Meg kell említenünk a Scheuermann-kórt, mely ismeretlen eredetű csigolyafejlődési zavar. Fiatal korban a háti kyphosis fokozódását okozza, paravertebrális spazmussal jár, az izomzatban myogelosisos csomók tapinthatók. A betegek hátfájdalmat, az izomzat fáradékonyságát panaszolják. A betegség későbbiekben szintén degeneratív gerinc-elváltozáshoz vezethet.

Ismert egy olyan betegség, melyet sokszor észlelünk a mindennapi gyakorlatban, s a degeneratív gerincbetegségektől el kell különíteni. Ez a betegség a DISH (diffúz idiopathias sceletalis hyperostosis), középkorú, időskorú II. típusú diabetes mellitusban szenvedőkön a leggyakoribb. A csigolyák teste előtti és mögötti hosszanti szalagok és a test bármely részén, de leggyakrabban a medencén lévő szalagtapadások megszédésével jár együtt, mind a discus intervertebrálisok, mind a kisízületek épek. A betegség a gerinc oldalirányú mozgáskorlátozottságát okozza, fájdalomtalanul, a paravertebrális izomzat általában spasztikus.

5. Discus hernia

A discus intervertebrális anulus fibrosusának megszakadása hirtelen, nagy erőművi behatásra vagy krónikus túlterhelés hatására, fokozatosan jöhet létre. A nucleus pulposus mindkét esetben hátrafele kiboltosulhat (discus prolapsus), vagy akár ki is záródhat, sérvessedhet (discus hernia). Ilyenkor a sérv gyakran a kilépő idegyököt nyomja. (4. ábra)



4. ábra Discus hernia

A leggyakoribb a nyaki szakaszon a C V–VI és az ágyéki szakaszon az L IV–V és L V–S1 csigolyák között. A panaszok egyrészt vertebrálisok: nyaki vagy deréktáji fájdalom, elkerülő ún. antalgias tartás az idegyök nyomása előli elhajlás (emiat látunk néha teljesen elferdült gerinctartást), a gerinc érintett szegmentumában jelentkező kifejezett paravertebrális izomspazmus, mozgáskorlátozottság.

A vertebrális tüneteken kívül észleljük az adott idegyökre jellemző tünetegyüttest: az idegyököknek megfelelő fájdalom zsinórszerű éles, hasító kisugárzását, zsibbadást. Az idegyök nyújtásával provokálható a típusos fájdalom, érzészavar. Az L 5 és S 1 gyök nyújtási tünete a Lasegue-tünet: extendált térdrel emeljük az alsóvégtagot hátán fekvő betegen, s 20–60°-ra emelve típusos, radicularis fájdalom jelentkezik. Az L 4 gyök nyújtási tünete a femorális jel: hasonfekvő betegen a térdet behajlítva 90–120°-nál a comb elülső felszínén jelentkezik neuralgiás-radicularis fájdalom. A femorális jel nemcsak L 4 gyök érintettség, de a combideg idegygyulladása (femorális neuralgia) esetén is pozitív. Femorális neuralgiát gyakran okoz diabetes mellitus, alkoholizmus is. Bénulás is kiale-

kuhat a gyök által beidegzett területen. Bizonyos gyökök kompressziója jellemző reflex kieséseket is okozhat. A nagy, mediális, nyaki discusok elérhetik a gerincvelőt s így akár alsóvégtagi tüneteket is okozhatnak. Az alsóvégtagi discus herniák nyomhatják a cauda equinat is így mindkét alsóvégtagba kisugárzó fájdalmat, valamint az alsóvégtagi bénulások mellett sphincter bénulást (vizelet, széklet incontinentia), gáttáji érzésvizet okozhatnak. Előfordulhat egyszerre több discus intervertebrale herniálódása is és előfordul az is, hogy egy hernia elhelyezkedése olyan, hogy mindkét oldali gyököt vagy a tőle distálisan kilépő azonos oldali gyököt is nyomhatja.

OSTEOPOROSIS

A generalizált csontbetegségek legjelentősebbje, mely a mésztartalom csökkenésével jár oly módon, hogy az ásványi-anyag csökkenésével együtt a szerves anyagtartalom is csökken, mégpedig egyenlő mértékben. A csontszövet tömege fogy meg, elvékonyodnak a csontgerendák. Ez a változás a csontok teherbíró-képességének csökkenését okozza, s ezért törékenyebbé teszi a csontokat. A csontanyagcsereben alapvető szerepe van a kalciumnak, foszfornak, hormonoknak (elsősorban nemi hormonok, mellékpajzsmirigy hormon), vitaminoknak, legfőképpen a D vitaminnak. A megbetegedés előfordul primeren, önálló megbetegedésként, valamint sekunderen más betegség következményeként. A primer forma is kétféle lehet. A postmenopausalis vagy praesenilis és az időskori vagy senilis. A csonttritkulás tekintettel a populációban való előfordulási gyakoriságra, (kb. 10–15%) szintén népbetegségnek tekinthető.

1. Postmenopausalis osteoporosis

Menopausának nevezzük a ciklusos petefészek-működés befejeződését, az utolsó szabályos menstruációt követő időszakot a nő életében. Ebben az időszakban lejátszódó hormonális változásoknak hatása van a csontanyagcsere is. A női nemi hormonok, az ösztrogének ugyanis gátolják a csontlebontható sejtek, az osteoclastok fokozott működését. E sejtek a hormonhatás alól felszabadulva, fokozottan bontják le a csontot, gyorsabban, mint azt a csontépítő sejtek munkája pótolni tudná. A nők a menopausában tehát veszítik a csonttömegüket, ráadásul 15–20%-uk olyan gyorsan, hogy néhány év alatt akár az eredeti csonttömeg 30–40%-át is elveszthetik. Vannak hajlamosító tényezők is, így a fehér vagy sárga embertípushoz való tartozás, az alacsony testalkat, késői menarche, korai menopausa, tehát rövid ivarérett kor, alacsony szülésszám, alkoholfogyasztás, dohányzás, túlzott kávéfogyasztás, bizonyos gyógyszerek szedése. Az ember csúcscsonttömege 25 éves korára alakul ki. Ebben 70%-ban az öröklődés szerepe a döntő, de az el nem hanyagolható 30%-ban rendkívül nagy szerepet játszanak a környezeti tényezők: a megfelelő fehérje és kalcium bevitel, a megfelelő fizikai terhelés. Túlzott fizikai terhelés azonban (pl. Marathon-futó

nők) a menstruáció elmaradásához, osteoporosishoz vezethet. A betegség lassan, fokozatosan progrediál, emiatt lappangó-kórnak is nevezik ezt a betegséget. A betegség kezdetben legtöbbször nem okoz fájdalmat, majd főként a gerincen vehetjük észre a fokozódó deformitásokat, statikai elváltozásokat. A hát évek alatt fokozódó kyphosisa a testmagasság csökkenését hozza létre, a háton az ún. boszorkány püpot okozva. A mellkas és medencecsont közti távolság is megrövidül. Ekkor már általában fájdalmat is panasznak a betegek. Az ún. „micro” törések, a megváltozott statika miatt túlfeszített izmok spazmusa, enthesisek vongálódása, helyi esonthártya irritáció a fájdalom oka. A fájdalom leggyakrabban az ágyéki és a háti gerinceszakaszokon jelentkezik és sokszor a mellkasba, hasba sugárzik. Mivel a mozgulatok fájdalmat okoznak, a betegek kevesebbet is mozognak, ezáltal csonttömegük, izomerejük csökken, mely a statikai elváltozások további progresszióját okozhatja. Vizsgálatkor helyi nyomás-ütögetési érzékenység észlelhető bordakosárnak, gerincnek megfelelően. Ezt a lappangó-kórt sokszor csak hirtelen csonttörés bekövetkezésekor ismerik fel. A csontváz minden részét érinti csontvesztés (a koponyát kivéve), mégis legsúlyosabb a gerincen. Törések a háti és ágyéki szakaszon fordulnak elő, s ezek sokszor minimális teher emelésére következnek be. A törés olykor nagyon fájdalmas, nem egyszer fekvésre kényszerítve a beteget. Az ágyéki csigolyatörés nem ritkán alsóvégtagba sugárzó fájdalmat okoz. Az ún. traumás csigolyatörésektől eltérően a postmenopausalis kompressziós csigolyatörések szövődményeként rendkívül ritkán találkozunk idegrendszeri, gerincevelői sérüléssel. Sokszor jól mutatja a betegség progresszióját az egyre több és több csigolya törése. Jellemző még az orsócsont törése, bordatörés és az idősebb korban a combnyaktörés.

2. Senilis osteoporosis

70 évesnél idősebbekben alakul ki a nőket és férfiakat egyaránt érintő időskori csonttritkulás. Lassúbb lefolyású, mint a postmenopausalis forma. Gyakran csípőtáji törés hívja fel rá a figyelmet. Tekintettel az időskorra, a meglévő egyéb más betegségekre sokszor igen nehéz feladat ezen betegek teljes rehabilitációja, ezért a megelőzésre kell a hangsúlyt helyezni. A csípőtáji törést szenvedettek 50%-a a törést követő egy éven belül meghal.

3. Secunder osteoporosisok

Ilyenkor egyéb betegség okozza a csonttritkulást: emésztőszervi, felszívódási zavar, hormonális-, vérképzőszervi-, gyulladásos ízületi betegség, vesebetegség, egyes gyógyszerek stb. Mozgásszegény életet élők pl. tartósan fekvőbetegek, asztironauták szintén veszélyeztetettek, ezeken a személyeken inaktivitási osteoporosis alakulhat ki.

GYULLADÁSOS ÍZÜLETI MEGBETEGEDÉSEK

Az ízületi gyulladás (arthritis) alapvetően az ízület belhártyájának gyulladása, mely később az ízület egyéb szöveteire is ráterjedhet. Tünetei: spontán vagy mozgásra, nyomásra jelentkező fájdalom, duzzanat, az ízület feletti bőr melegsége, vörössége s az ízület mozgáskorlátozottsága. A synovialis belhártya gyulladása ezen tünetek megjelenése természetesen függnek a kórformától, az érintett ízülettől és a szervezet reakcióitól is. Egy ízület gyulladását monarthritisnek, 2-4 ízület gyulladását oligoarthritisnek, míg ennél több ízületet polyarthritisnek nevezzük. Gyakori, hogy kezdetben egy ízületet érintő betegség, napok, hetek, hónapok múlva egyre több ízületet érint.

1. Monarthritis

Monarthritis hátterében először mindig valamely fertőző kórokozó után kutatunk. A kórokozó közvetlen az ízületbe kerülve okozhat gyulladást. Okozhat azonban úgy is, hogy valamilyen felső légúti, tápcsatorna, vagy genitális fertőzést követően, a kórokozó maga nem kerül az ízületbe, csak bizonyos alkotórészei, illetve a kórokozó ellen képződő ellenanyagok okoznak ún. reaktív gyulladást. Ezen kórokozók között találunk baktériumokat, gombákat, vírusokat, bár ez utóbbiak gyakrabban okoznak polyarthritiszt.

Bakteriális ízületi gyulladás

Baktérium bekerülhet az ízületbe sérülés, orvosi beavatkozás (injekció, műtét) során, vagy véráram útján valamely távolabbi szervből, vagy közvetlen ráterjedéssel bőr, lágyrész, csont gennyeséből. Ilyen esetben legtöbbször heves, gyulladásos tüneteket észlelünk, lázzal kísérve. Időskorban, csökkent immunitású betegeken (pl. AIDS-esek), immunitást csökkentő gyógyszereket szedőkön a tünetek enyhék is lehetnek, bár e tényezők hajlamosítanak is fertőzésre. A szeptikus ízületi gyulladás lehet halálos kimenetelű még megfelelő kezelés esetén is. Mérsékelték a tünetek alacsonyabb virulenciájú kórokozó esetén. Egyes kórokozók krónikus ízületi gyulladást okozhatnak, mivel a beteg nem fordul az enyhe tünetek miatt orvoshoz, vagy a diagnózis megállapítása késik. Példaként említhetjük erre a napjainkban ismételen gyakoribbá váló tbc-s ízületi gyulladást.

Reaktív arthritis

Reaktív arthritis nemcsak egy ízületet érinthet, hanem sokszor több ízületet is, legtöbbször aszimmetrikusan. Reaktív arthritis gyanúja esetén mindig keresnünk kell a belső szervi előzményeket, az esetlegesen még észlelhető bőr, belső szervi tüneteket. Ilyen betegséget (Lyme-kór) okozhat a kullancs élősdije a *Borrelia* nevű *Spirochaeta* baktérium. Ilyen betegség a streptococcus mandulagyulladást, torokgyulladást követően jelentkező ún. rheumás láz. Ez gyermekeken, lányokon és fiúkon, két-három héttel a fertőzést követően láz kíséretében jelentkezik. Általában több nagyízületet érint aszimmetrikusan, szív- és idegrendszeri megbetegedést is okoz. Szerencsére ma a streptococcus mandulagyulladások megfelelő antibiotikus kezelése miatt ritkán látható e megbetegedés. Re-

aktív arthritist okoznak a *Yersinia*, *Salmonella*, *Brucella*, *Shigella*, *Campylobacter* nevű bélfertőzést okozó baktériumok, de ide tartozik a szexuálisan terjedő *Chlamydia* okozta reaktív arthritis is.

Traumás arthritis

Gyakran okoz monarthritiszt, sokszor gyulladásos synovitis-sel, ritkán véres folyadékgyülemmel. Sérülések után fordul elő legtöbbször egy, a fájdalom által kiváltott gyulladásos megbetegedés az algodystrophia (szinonimák: Sudeck-szindróma, reflex sympathetic dystrophia-szindróma), melyre igen jellemző a foltos csonttritkulás. A kezdeti gyulladásos tüneteket, keringési elváltozások kísérik. A vegetatív tünetek lezajlása után az ízületek sokszor kontraktúrában rögzülnek. Leggyakrabban kézen, lábfejen, bokán, térdén észleljük.

Köszvény (arthritis aurica)

Végül még egy, gyakran egyetlen ízület gyulladásával járó betegséget kell megemlítenünk. A köszvény a purinanyagcsere zavarával, magas húgysav vérszinttel járó, ízületekben, illetve más szervekben urát-kristály kicsapódással járó betegség. A betegség leggyakrabban a 40-50 éves férfiakat érinti, akiknek általában zsír és szánhidrát anyagcserezavaruk is van és gyakran elhízottak. Az ízületi gyulladás gyakran puringazdag, bőséges étkezés, alkoholfogyasztás után jelentkezik, legtöbbször rohamszerűen az I. MTP ízületben. Jelentkezhet csuklón, könyökön, térdén, bokán s többízületen egyszerre, asszimmetrikusan is. Az elsődleges formától elkülönítjük a szövet szétesés, vagy csökkent húgysavkiválasztás miatt létrejövő másodlagos köszvényt, mely leggyakrabban daganatos betegségek, vesebetegségek, gyógyszerártalmak szövődeményeként jöhet létre. Megfelelő kezeléssel a primer köszvényes betegnek nagy része tünetmentes lehet, ismertünk azonban krónikus megbetegedést is.

2. Oligoarthritis

Ide sorolunk több olyan ízületi gyulladást, mely legtöbbször 2-4 ízületet érint, de sokszor egy ízület megbetegedésével kezdődik.

E csoportba tartoznak, az ún. seronegatív spondarthritisek.

a) *Seronegatív spondarthritis*ek, *Spondylarthritis ankylopoetica* (SPA, *Bechterew-kór*)
Ide azokat a betegségeket soroljuk, amelyeknek közös jellemzőjük, hogy nagyon gyakran a HLA B 27 szöveti antigénnel rendelkezőket betegítene meg és gyakran járnak együtt a sacroiliacalis ízület, a gerincisízületek gyulladásával, alsóvégtagi oligoarthritis-sel. Nem ritka az enthesitis. Kéz vagy lábujjakon fordul elő a tendinitis okozta, ún. kolbászujj, mely az egész ujj duzzadtságát okozza. Gyakoriak a szem-, nyálkahártya- és bőr-tünetek. A sacroileitis és spondylitis elcsontosodáshoz (ankylosis) vezethet. Ebbe a körbe tartoznak a gyulladásos bélbetegségekhez csatlakozó ízületi gyulladások (colitis ulcerosa, Crohn-betegség), egyes reaktív arthritis-ek, a pikkelysömörhöz (sporiasis vulgaris) társuló ízületi gyulladás. Ez lehet azonban polyarticularis, a DIP ízületeket érintő, illetve a rheumatoid arthritishez hasonló szimmetrikus sokízületi gyulladás is. Ide soroljuk a Reiter-kórt, melynek jellemzője, hogy

ízületi gyulladása mellett szemgyulladás, húgycsőgyulladás, esetleg psoriasisos bőrgyulladás is van a betegnek. A Reiter-kór reaktív arthritis, melyet járványos időben (pl. háború) elsősorban dizentériás bélfertőzés vált ki, nem járványos időben leggyakrabban szexuális úton terjedő Chlamydia vagy Ureoplasma fertőzés váltja ki. AIDS-esek betegségének első jele lehet psoriasis arthritis vagy Reiter-kór.

A csoport legtipusosabb betegsége a spondylarthritis ankylopoetica (SPA, Bechterew-kór). E betegségeket azért nevezik seronegatívnak, mert a rheumatoid arthritisre jellemző rheumatoid faktor e betegek vérében általában nem mutatható ki.

Az SPA krónikus, gyulladásos megbetegedés, mely elsősorban a gerinc ízületeit, a sacroiliacalis ízületeket érinti, de érintheti a perifériás ízületeket, általában a töizületeket, elsősorban a csípőt. A betegség családi halmozódást mutat. Általában férfiakat betegíti meg, nőket mintegy 5-6-szor ritkábban, s a nők betegsége általában enyhébb. A férfiak megbetegedése is nagyon különböző lehet, enyhe deréktáji fájdalomtól súlyos mozgáskorlátozottságot okozó formákig.

A betegség legtöbbször 20-25 éves korban jelentkezik, lappangva, deréktáji-keresztcsonttáji fájdalommal. Éjszakai, hajnali órákban jelentkezik legtöbbször a fájdalom, a derék mindkét oldalán, gyakran az alsóvégtagba kisugározva, ischialgiát okozva. Időszakos csípőízületi fájdalommal is kezdődhet. Néha az enthesitisek okozta panaszok; a sacroiliacalis, ülőgumó fájdalmassága áll előtérben. A szem szivárványhártyájának gyulladása – mely ritkán vaksághoz is vezet – is lehet első tünete a betegségnek. Belső tüneteiként szív, tüdő, idegrendszeri elváltozások jelentkezhetnek a későbbiekben. A kezdeti tünetek után nagyon különböző lehet a kórfolyás. Sokszor a kezdeti lokalizációban stagnál sokáig, máskor progresszív proximál felé terjedve, megbetegíti a háti, nyaki gerincszakaszt is. A costovertebrális ízületek, costosternális junciók gyulladása, ankylosisa mellkasi fájdalmat, a mellkas mozgásbeszűkülését okozhatja. A gerinc érintettségét a fájdalomon kívül a mozgáskorlátozottság is jelezheti. Kezdetben a rotáció a lateralflexió szűkül be szimmetrikusan. Végstádiumban ún. bambuszsnád gerinc alakul ki, ilyenkor egyik irányba sem észlelhető gerincmozgás. Ennek elkerülése az orvosi kezelésen kívül, a naponkénti gyógytorna fontosságára kell felhívni a figyelmet, mellyel a mozgásbeszűkülés megelőzhető, illetve csökkenthető. Amennyiben a kezelések ellenére a betegség progresszív, úgy arra kell törekedni, hogy gerinc elmerevedése egyenes testtartás mellett jöjjön létre. Nagyon fontos, hogy a beteg éjszaka sima, kemény alapon fektüdjék. A gerinc mozgáskorlátozottságával együtt jár sokszor a paravertebrális izomzat fájdalmas spazmusa, így kezelésében a gyógymasszázs is szerepe van.

3. Polyarthritisek

Kezdődhetnek akutan, kifejezett gyulladásos tünetekkel, lázzal, belső tünettelen, vagy polyarthralgiával, olykor akár monarthritissel is. Az ízületi gyulladás nagyon gyakran szimmetrikus és érinti a kéz és láb kisízületeit. Idetartoznak az, ún.

kötőszöveti betegségek, melyeket autoimmun betegségnek is neveznek, utalva a betegség kialakulásában szerepet játszó megváltozott szervezeti immunitásra. A rheumatoid arthritis a leggyakoribb ilyen betegség, de idetartozik a gyermekkorban jelentkező juvenilis krónikus arthritis, valamint több más vasculitissel (érfalgyulladással) járó egyéb betegség: a systemas lupus erythematosus (SLE), Sjögren-szindróma, progresszív systemás sclerosis stb.



Hattyúnyak-deformitás



Gomblyuk-deformitás



Ulnaris-deviáció



Ulnafej dorsalis subluxációja

5. ábra RA-s kézdeformitások

a) *Rheumatoid arthritis*

Krónikus, progresszív, szimmetrikus, deformításokat okozó, sokszor belszervi elváltozásokkal járó polyarthritisz, mely nagyon gyakran érinti már kezdetekben is a kéz-, és láb kisízületeket, mégpedig az MCP, PIP, MTP ízületeket.

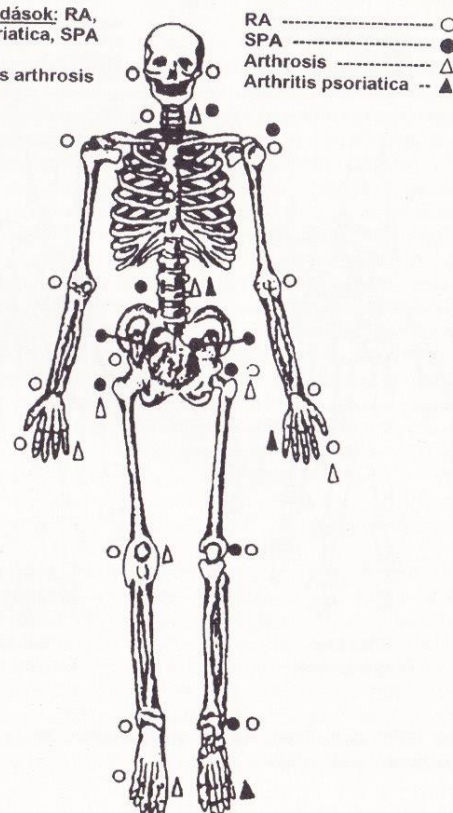
A betegség háromszor gyakrabban érinti a nőket, a betegség 35–55 éves korban kezdődik leggyakrabban, Magyarországon mintegy százezer beteggel számolhatunk. A betegség valamennyi perifériás ízületet, valamint a nyaki gerinc kisízületeit is érintheti. Az atlantoaxialis ízület sublaxatiója okozhat akár hirtelen halált is a nyúltvelő összenyomása révén. A betegség gyakran jár csukló és bokatáji tenosynovitis-sel. A kéz-kisízületi arthritis az ízületek deformációját okozza, gyakran létrehozza az ujjak típusos ulnar deviációját, a processus styloideus dorsal felé való elmozdulását, az ún. bilyentyű tüneteket, az ujjak hatványak (MCP ízület flexió, PIP hyperextenzió, DIP flexió helyzetben való helyzete) vagy gomblyuk (MCP extenzióban, PIP flexióban, DIP hyperextenzióban áll) deformitást. (18. ábra) Ezen deformitások mellett a kéz izmok atrophája jön létre. A betegek félóránál hosszabb ideig tartó reggeli ízületi merevségre is panaszkodnak. A betegség lefolyása igen különböző, vannak igen enyhe lefolyású esetek, de mintegy 10%-ban olyan súlyos, hogy évek alatt tolócsisiba kerül a beteg, orvosi kezelés ellenére is. Éppen a körlefordulás változatossága miatt alakította ki Steinbrocker a funkcionális osztály beosztását:

- I. A beteg mindennapi élettevékenységeit nehézség nélkül ellátja.
- II. A mindennapi élettevékenységeit az ízületek mozgáskorlátozottsága ellenére elvégzi ugyan, de nehézségek, fájdalom és discomfort árán.
- III. Önmagát segítségével ellátja, de csak néhány foglalkozás követelményének tud eleget tenni.
- IV. Ágyhoz vagy tolócsisához kötött beteg, aki önmagát alig vagy egyáltalán nem tudja ellátni.

b) *Egyéb polyarthritisek*

Polyarthritist okozhatnak még bakteriális fertőzések, kísérheti, megelőzheti a dagadtos megbetegedéseket, mellékpajzsmirigy túlműködés okozta megbetegedés is járhat sokízületi gyulladással. Vírusok is okozhatnak polyarthritist és ezek legtöbb esetben nyomtalanul gyógyulnak a betegség gyógyulásával. (6. ábra)

Ízületi gyulladások: RA, arthritis psoriatica, SPA valamint polyarticularis arthrosis lokalizációja



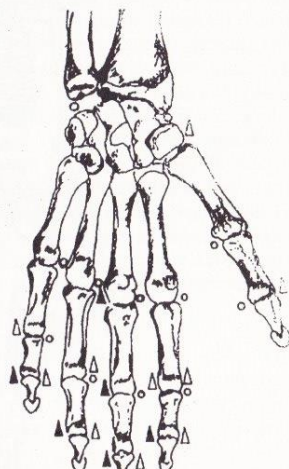
6. ábra Ízületi gyulladások, RA, arthritis psoriatica, SPA, valamint a polyarticularis arthrosis lokalizációja

Izületi gyulladások: RA,
arthritis psoriatica, SPA
valamint
polyarticularis arthrosis
lokalizációja

RA ○
SPA ●
Arthrosis △
Arthritis psoriatica -- ▲



Jobb kéz
Tenyéri nézet



Bal kéz
Tenyéri nézet

6/a. ábra Ízületi gyulladások, RA, arthritis psoriatica, SPA, valamint a polyarticularis arthrosis lokalizációja

REUMATOLÓGIAI DIAGNOSZTIKA ÉS TERÁPIA ALAPJAI

1. Diagnosztika

A reumatológiai diagnosztika alapja a beteg kórtörténetének helyes feltárása, korábbi betegségeivel való esetleges összefüggés felismerése, majd az alapos belszervi és mozgásszervi fizikális vizsgálat. A legfontosabb tisztázandó, hogy panaszai és tünetei alapján a betegünknek mozgásszervi betegsége van-e? Panaszai és tünetei alapján betegsége: akut-e, krónikus-e vagy krónikus betegség akut fellángolásáról van-e szó?

A betegsége szisztémás vagy lokális? Egy vagy több testrészre lokalizálódik-e? Milyen anatómiai, szöveti struktúrák elváltozásai okozzák panaszait? Gyulladásos, daganatos betegség kizárható-e? A mozgásszervi betegségben szenvedők fájdalmat, vagy valamilyen anatómia elváltozást vagy funkciózavart panasznak. Tudnunk kell, bármilyen is az elsődleges, a későbbiekben kezelés hiányában, vagy néha akár annak dacára is a másik kettőhöz vezethet. Sokszor már a körelőzmény megismerése és a fizikális vizsgálatkor egyértelmű, biztos kórismét állíthatunk fel. Mások laboratóriumi vizsgálatokra is szükség van, főként a gyulladásos, anyagcsere, daganatos betegségek kórismézéséhez, valamint a betegség lefolyásának megítélésére, a terápia hatásának, mellékhatásainak ellenőrzésére. A reumatológiai gyakorlatban legtöbbször érvizsgálatokat végzünk. Ha sikerül valamely ízületből ízületi nedvet nyernünk, úgy ennek analízisére is feltétlenül szükség van. A napi gyakorlatban gyakori diagnosztikai eszközeink a különböző képalkotó eljárások. Ide tartoznak a hagyományos röntgenvizsgálatok, a számítógépes röntgenvizsgálat (computer tomographia), az ultrahangvizsgálat, a mágneses rezonancia-vizsgálat (MRI), izotópvizsgálat, valamint a kontrasztanyag röntgenvizsgálatok az ízületek (arthrographia), erek (angiographia), gerincesatoma (myelographia) megjelenítésére.

A sokféle eljárás a különböző struktúrák pontos megítélésére, a kórfolyamat jellegére, a terápia hatásosságára, bizonyos betegségek kizárására ad megfelelő információt. Ritkán a pontos diagnózis érdekében más eszközös vizsgálatra, így pl. az ízület belülről való megtekintésére (arthroscopia), vagy szövettani vizsgálatra, csontsűrűség mérésére, vagy az izmok (pl. elektromyographia), idegek pl. elektroneurographia), erek (pl. Doppler) elváltozásai miatt azok pontosabb vizsgálatára lehet szükség. Nyugodtan mondhatjuk, hogy a reumatológia betegségek diagnózisa néha nagyon gyors és kevés eszközzel elvégezhető, azonban vannak olyan esetek, melyek tisztázására az orvostudomány ma ismert legújabb, legkorszerűbbnek tartott eszközeivel, módszereivel sem egyszerűek.

Terápiás eszközeink hasonlóak, mint bármely más orvosi szakmáé. A gyógyítás során folymodunk a pszichoterápiához, fizioterápiához, gyógyszeres terápiához, valamint a sebészeti terápiához. Természetesen a különböző betegségeknél egyik vagy másik kerül előtérbe.

2. Gyógyszeres terápia

Gyógyszeres terápiánál fájdalom esetén elsőrendű fontosságú, annak megfelelő csillapítása, erre ma már igazán sokféle lehetőségünk van. A gyulladáscsökkentő gyógyszereket mind szájon át, mind a keringésbe juttatva, mind helyileg a lágyrészekbe, ízületbe adva helyi érzéstelenítőkkel együtt alkalmazhatjuk. Egyes betegségeket ún. specifikus szerekkel kezelhetünk, pl. ilyenek az antibiotikumok, vagy a csontanyagcserére ható szerek. Vannak olyan szerek, melyeket izomlazítóként alkalmazunk, s vannak olyanok, melyeket kiegészítőként esetlegesen hiányuk miatt, így a különféle vitaminokat, ásványi anyagokat.

3. Sebészeti kezelés

Sebészeti kezelésre a következő esetekben van szükség:

Lágyrész-rheumatismus

- az alagút szindrómák eredménytelen konzervatív kezelése az alagút sebészeti felszabadítását indokolja
- inhuvelygyulladások esetén synovectomy, szalag és inszakadás esetén rekonstrukció jön szóba
- bursitisek, ganglionok, pattanó ujjat okozó csomók sebészileg eltávolíthatók
- Dupuytren-kontrakció esetén a tenyéri fascia eltávolítását végzik
- ritkán enthesopathiákat, csontkinövéseket is operálni kell

Degeneratív gerincbetegségek

- konzervatív kezelésre nem gyógyuló radiculitis vagy bérulás, cauda szindróma, melyet discus hernia okoz
- spondylolisthesis, ha a tünetek konzervatív kezelésre nem javulnak

Arthrosis

Ha a fájdalom és a funkciózavar nem csökkenthető tűrhető értékűvé

- csípőízületi arthrosis esetén a leggyakrabban végzett műtét a teljes csípőízületi endoprothesis beültetése.
- térdízületi arthrosis O-láb, X-láb kialakulása esetén a sípcsont vagy combcsont át-fűrészelésével, tengelybe állításával és rögzítésével korrigálható
- térdízületi endoprothesis is behelyezhető, ez lehet teljes ízületi prothesis, vagy ún. szánkó prothesis, amikor a mediális vagy laterális vagy mindkét ízfelszínt pótolják
- egyéb arthrosisok esetén sebészeti kezelésére ritkán van szükség

Gyulladásos ízületi betegségek

- synovectomiát, vagyis az ízületi belhártya műtéti eltávolítását végzik, ha az ízület gyulladása, vagy polyarthritisz esetén egy-egy ízület gyulladása nem befolyásolható kellően más módszerekkel
- egyes már destruált ízületek (pl. csukló, alsó ugróízület) esetében az ízület elmer-

- vitése (arthrodesis), más esetekben amikor a mozgékonyág megtartása a fontos (térd, csípő, kéz kisízületek) endoprothesis behelyezése jön szóba
- deformitások mérséklésére, vagy megelőzésére helyreállító műtétek végezhetők
- rheumatoid arthritis okozta altantoaxialis dislokáció is sokszor műtétrel oldható meg

4. Fizioterápia

A fizioterápia nélkülözhetetlen a reumatológiai betegségek kezelésében, hisz a mozgásfunkciók semmi mással nem javíthatók, mint mozgásterápiával. A fizioterápia legfontosabb ága ép ezért a gyógytorna. A fizioterápia többi ága a mechanoterápia mint pl. a masszáz, a hőkezelés, fény és elektroterápia, a hydro- és balneoterápia legnagyobb részét a gyógytornát előkészítő terápiai módszerek. Fellazítják, bemelegítik a kezelendő testrészt, az egész szervezetet a gyógytornához. Persze a fizioterápia ezen ágának vannak önálló feladatai. Ezek:

- fájdalomcsillapítás
- vérbőség fokozás
- izomspasmus oldás
- gyulladáscsökkentés
- izomerősítés
- kontrakció oldás
- vénás és lymphás keringésjavítás

Fizioterápia egyik lényeges ága a dietoterápia. Túlsúlyos betegek lefogyasztása, csontritkulás megelőzésére diéta javaslása mindennapos feladataink közé tartozik.

5. Pszichoterápia

A reumatológiai betegségek között sok a krónikus, nem gyógyuló, sőt előrehaladó, rosszabbodó betegség, mely mozgáskorlátozottságot teszi a betegre, rontja a beteg és családja életminőségét. Ezek a betegek nem elsősorban pszichológus és pszichiáter, hanem a gyógyításukat végző, gyógyító csapat (team) és sorstársaik bátorítására, lelki támogatására szorulnak, hogy kezdetben megbarátkozzanak a betegséggel, mely osztályrészükké jutott, megtanulják életüket a betegséghez igazítani, megtanuljanak betegséggel élni, később pedig biztatni, támogatni őket, ha fáradnak, csüggednek a betegséggel folytatott harcban. A beteg hozzáállása, lelkiállapota, kiegyensúlyozottsága rendkívül sokat számít a gyógyulásban. Érdekes különbözőségek vannak az egyes betegségekben szenvedők között. Az SPA-sok optimisták, aktívak, akarnak tenni a gyógyulásukért, sokáig munkaképesek. A rheumatoid arthritis depresszióra hajlók, csüggedtegek, sokszor fel akarják adni. A fibromyalgiások szorongók, depressziósok, neurotikusok. Az arthrosisosok sokszor jókedvűek, jovialisok, a discopathiában szenvedők gyakran tele vannak panasszal, rosszkedvűek, bekecsereleknek a talán nem is nagyon súlyos betegségeikbe.

A krónikus betegek betegsége elején kell „kézbe-venni”, elmondani neki a betegsége

lényegét, de ugyanakkor beléoltani a gyógyulásba vetett hitet, mozgósítani energiáit a gyógyulásra. Ez persze nem elsősorban a gyógymasször, hanem a kezelörvos, gyógytornász, nővér feladata. A gyógymasször azonban egy-egy biztató szavával, iránymutatásával segítheti a team többi tagjának ilyen irányú munkáját.

Rendkívül fontos, hogy a gyógymasször a teamnek az a tagja, aki a legközvetlenebb testi kapcsolatba kerül a beteggel, hisz a beteg szinte aláveti testét a gyógymasször kezének. Nagy bizalommal és várakozással leleplezi előtte minden testi nyomorúságát. Ez a testi kapcsolat nagy előny, amellyel azonban nem szabad sohasem visszaélni. Nagyon fontos, hogy a gyógymasször szakszerűen fogadja az új beteget, ismerje meg a beteg problémáit s ezeket vegye komolyan. A betegnek éreznie kell, hogy itt Ő a legfontosabb. A beteget, betegségét tisztelni kell. Helyes, ha a masször megmagyarázza mikor mit fog csinálni s később ellenörzi, megkérdezi, hogy sikerült-e elérni a célt. Éppen a kialakuló kapcsolat miatt sokszor a beteg sokkal bizalmasabb a gyógymasszörhöz, mint a nővérhez, orvoshoz, gyógytornászhoz. Az orvosi titoktartás a gyógymasszört is kötelezi. Sokszor azonban a beteg épp a segítséget keresi, ha a gyógymasszörnek olyasmi jut a tudomására, mely a beteg gyógyulását, gyógykezelését befolyásolja, azt a nővér, orvos tudomására kell hoznia. Leghelyesebb ezt a beteg beleegyezésével tenni.

A beteg megnyugtatójának, bátorításának eszközeivel a masszörnek is élnie kell, szükséges chcz az empátia, mely nélkül a gyógyító munka sohasem lehet teljesen jó eredményű.

6. Rehabilitáció

A betegség bizonyos szervezeti károsodással, testi funkciók (pl. járás) romlásával, esetleg elvesztésével (fogytékosság), illetve az egyén társadalmi helyzetének (keresőképtelenség, csökkent munkaképesség, közúti járműre való felszállás elvesztése) megváltozásával (rokkantság) jár.

A károsodás (impairment) lehet anatómiai, élettani vagy pszichológiai vagyis ez szerí, szervezeti fokon jön létre.

A fogytékosság (disability) a funkcióban való fogytakozást, csökkentértékűséget jelent, vagyis egyéni szinten érvényesül. Ugyanazon károsodás egyeseknél okoz fogytékosságot, másoknál, akik e károsodást megtanulják kompenzálni, nem.

A rokkantság (handicap) az egyén társadalomba való beilleszkedésének a zavara; a károsodott nem tudja megszokott munkáját végezni, nem tud kedvenc hobbijának hódolni, megváltozik a helyzete a családban. Ez sem jár együtt párhuzamosan a károsodás vagy fogytékosság fokával. Egy fiatal lány arcán lévő heg elhelyezkedési, házassági esélyeit csökkenti, egy fiatal férfinál ez sokkal kevesebb problémát okoz.

A rehabilitáció nem más, mint a károsodottat, fogytékost, rokkantat képessé tenni arra, hogy újra megtalálja helyét az életben, a társadalomban.

Az orvosi rehabilitáció az elvesztett funkciókat igyekszik visszaállítani, vagy pótolni orvosi eszközökkel.

A foglalkozási rehabilitáció a megváltozott munkaképességű károsodottat igyekszik eredeti foglalkozásának folytatására képessé tenni, pl. a munkahely, munkacszköz megfelelő kialakításával, vagy átképzéssel, melyben a pedagógiai rehabilitáció is szerepet játszik. A szociális rehabilitáció a károsodott életkörülményeit igyekszik úgy megváltoztatni, hogy a társadalomba beilleszkedjék.

A krónikus mozgásszerí beteg gyógyítása és orvosi rehabilitációja sok tekintetben nem válik el, hanem összefonódik. Hlyenkor koncentráltan, komplex kezeléssel igyekszünk az elvesztett funkciókat helyreállítani és/vagy pótolni. Ebben a gyógymasszörnek is igen fontos szerepe van.