

Dr. Siró Béla

MOZGÁSSZERVI BETEGSÉGEK A CSALÁDORVOSI GYAKORLATBAN

A szerző három diplomamunka és saját 52 éves tapasztalata alapján áttekinti a mozgásszervi betegségek alapellátásának egyes kérdéseit. Zömmel minden családorvos kolléga által tapasztalt, de gyakran nem is tudatosuló, látszólag jelentéktelen részletekről van szó, amelyekre, ha figyelnek és tekintetbe veszik, akkor jobbak lesznek a diagnosztikus, terápiás és rehabilitációs eredményeik.

Előre kell bocsátanom, hogy a mozgásszervi panaszok gyakoriak az alapellátásban. Jelentős részükben meg nem szüntethető betegségekről, ill. recidiváló panaszoktól ismételtelen szenvedő betegekről van szó. Előbbi csoportba a sokízületi gyulladások, előre haladott nagyízületi degeneratív elváltozásokhoz társuló fájdalmas, az ízületi funkciót jelentősen korlátozó betegségek, utóbbiba a gerinceredetű, a nagy- és kisízületi degeneratív, ill. enthesopathiás és egyéb eredetű fájdalmas epizódok tartoznak. Ezekon kívül a viszonylag jó állapotban lévő mozgásszervek mellett hevenyen fellépő fájdalmas tünetekkel jelentkezők száma is jelentős.

Különböző felmérések és becslések szerint a családorvosok betegforgalmának 15–20%-át a mozgásszervi panaszokkal jelentkező betegek teszik ki, de az egyéb okokból jelentkező páciensek 30–40%-ának is vannak mozgásszervi panaszai. Magyarország lakosságának 1%-a rheumatoid arthritisben (5:1 arányban nők), továbbá 0,25%-a Bechterew kórban (túlnyomó többségük férfi), hozzávetőleg szintén 0,25% arthritis psoriaticában szenved, ami azt jelenti hogy néhány rheumatoid arthritises valamint két-három Bechterew kóros és arthritis psoriatica miatt kezelést igénylő beteg minden praxisban előfordulhat.

A mozgásszervi panaszok ellátása zömmel az alapellátásra hárul, a krónikus gyulladásos betegek pedig a reumatológussal együttműködésben láthatók el.

Az általunk tárgyalt felmérésekben megkérdezett családorvosok, ugyanúgy mint a családorvosi kar döntő többsége, életkoruknál fogva graduális reumatológiai képzésben nem részesültek. A családorvosi szakvizsga előtti tanfolyamokon volt szó reumatológiáról, de korántsem gyakorlati jelentőségének megfelelő mértékben. Ez gondot leginkább a krónikus gyulladások ellátásában jelent. Az idült polyarthritisek kezelésében a biológiai terápiás lehetőségek merőben új helyzetet teremtenek, aminek a lényege az, hogy az ilyen terápiákat a lehető legkorábban érdemes elkezdeni, mivel annál eredményesebbek, s remény van arra is, hogy az autoimmun gyulla-

dásos mechanizmus tartósan vagy véglegesen kioltódik. Ugyanakkor az ekként kezelt betegek szoros felügyeletet igényelnek tekintettel e kezelések lehetséges súlyos szövődményeire (csökkent védekezés infékciónal [tbc], onkogenezissel szemben.) A korai felismerés hevenyen kezdődő esetekben nem gond. A lappangva kezdődő folyamat miatt viszont a beteg maga sem fordul orvosához, csak ha már, elsősorban a kéz kisízületi panaszai, gátolják tevékenységét. Szimmetrikus kéz-, esetleg láb- vagy egyéb ízület reggeli fájdalma, merevségérzése, esetleg duzzanata okvetlenül reumatológiai kivizsgálást igényel. Szerencsére van olyan laboratóriumi vizsgálat, amely már kezdetben jelzi a rheumatoid arthritis indulását (anti CCP). A családorvos feladata, még ha enyhék is az ilyen panaszok, hogy reumatológiai vizsgálatot kezdeményezzen korai rheumatoid arthritis gyanúja feltűntetésével.

A rheumatoid arthritis (országosan kb. 100 000 beteg) esetében a tartós és jó orvos–beteg kapcsolat, az optimális gondozás és terápia előfeltétele a beteg tájékozottsága betegségéről. Az egyik jelen tanulmányban hivatkozott vizsgálatban 75 random kiválasztott beteg ismereteit mérték fel. Nem és kor szerinti megoszlásuk megfelelt a tankönyvi adatoknak. Egy-egy beteg több választ is adhatott. A rheumatoid arthritis okaként a megkérdezett betegek negyede az öröklődést, a férfiak csaknem fele, a nők harmada a munkakörülményeket említette. Az időjárást a férfiak csaknem harmada, a nők viszont kevesen okolták. A nők ötöde és a férfiak 25%-a említette a fertőzést, a nők ötöde és a férfiak 8%-a a stresszt. Az autoimmunitásról mindössze 3 beteg tudott, mindannyian nők. A „nem tudja” és „ismeretlen” választ a férfiak 19 és a nők 25%-a adta. A többségében reális vélelmek mellett sajnálatos, hogy ezen idült beteg emberek negyede e kérdésben tájékozatlannak bizonyult, pedig egy reuma osztályon történt a felmérés. Az esetszám kicsi, de ha extrapolálunk, országosan 25 000 főt is jelenthet. A körlefolyasát a férfiak 44%-a, a nők 36%-a hullámmzónak, a férfiak 37%-a, a nők 47%-a súlyosbodónak tartotta. Stagnálást 31, ill. 24%-uk remélt. Extraarticuláris tünetekről a férfiak 50%-a, a nők 42%-a tudott. Gyógyszer ismereteik az ezredfordulónak megfelelőek voltak: A nem steroid gyulladás gátlókat (NSGY) 81, ill. 90%-uk, a steroidokat 50, ill. 91%-uk, a Methotrexátot 25 ill. 46%-uk ismerte. Az akkor még forgalomban lévő arany készítményről a betegek fele

tudott. Rheumatoid arthritises nők terhességét a férfiak 62, a nők 71%-a megengedhetőnek tartotta. Arról, hogy ez a betegség az élettartamot megrövidítheti, a férfiak 62, a nők 56%-a tudott. A férfiak 25%-a, a nők 56% már fordult betegsége folyamán természetgyógyászhoz. Közülük 1 férfi és 8 nő javult e kezelésektől. Betegségükről a betegek felének szakorvos, negyedének szakorvos és családorvosa is adott felvilágosítást, de a további egy negyednek senki sem. Írásos információt (szórolap, könyv) a férfiak fele és a nők 73%-a vett igénybe. Hangsúlyozandó, hogy a felmérés viszonylag kis mintán történt, de az is hangsúlyozandó, hogy nyugodt, standard környezetben, ahol a betegeknek volt módja átgondolni válaszait. Szerző véleménye szerint valószínűsíthető, hogy több helyen, vagy nagyobb számú beteget kikérdezve hasonló eredményeket kaptak volna. Akit felvilágosítottak betegségéről az általában jó vagy kielégítő válaszokat adott, de azt a szerző elfogadhatatlannak tartja hogy a betegek 25%-a egyáltalán nem részesült orvosi felvilágosításban.

Az idült sokizületi gyulladások az ún. bázisterápia (többnyire Methotrexat) hatására, de spontán is remisszióba kerülhetnek, ilyenkor egyes betegek anélkül hogy megbeszelnék orvosukkal, abbahagyják a gyógyszeresedést, „az orvos szeme elől elvesznek”, s csak panaszaik kiújulásakor jelentkeznek újra. Mások nem veszik tudomásul, hogy a bázis terapeutikumok hatása csak hónapok múlva jelentkezhet. Addig esetleg áthidaló szteroid kezelésre is szükség lehet. Sokan a szteroidoktól félnek, „csodaszerekben” reménykednek. Ha a beteget részletesen tájékoztatjuk a terápiás lehetőségekről, e jelenségek elkerülhetők. A biológiai terápiát arra kijelölt regionális központokban, szigorú ellenőrzés mellett csak olyan betegeken végzik, akik vállalják a tartós együttműködést. A köszvény a purin anyagcsere betegsége, de heveny (podagra), és idült (krónikus arthritis, köszvényes csomók) ízületi tünetei miatt a reumatológia tárgykörébe is beletartozik.

Megbízható statisztikák szerint gyakorisága világszerte nő, és eléri, sőt helyenként jelentősen meghaladja a rheumatoid arthritist. Az öregujj alapízületének heveny gyulladásának ill. a hozzá gyakran társuló bokaízületi gyulladásnak a kórismézése nem gond. Az idült, esetleg ritkán jelentkező és/vagy az egyéb ízületeket aszimmetrikusan érintő gyulladás viszont a SNSA (szero-negatív spondylarthritis) nagyízületi gyulladásával téveszthető össze tünetileg. A kéz kisízületek gyulladása hasonlíthat a RA-re, a Heberden–Bouchard csomók aktív gyulladással szakára. A magas szérum urát szint, a RF, az antiCCP pozitívitás hiánya és a rtg felvételen az eróziók, sávós oszteoporózis hiánya valamint az ízületi tok és a diafizis csontthártyája mentén jelentkező mészappositio szól a köszvényes eredet mellett. A köszvényes és RA-es csomók is hasonlíthatnak egymásra, de a RA-es csomók előszeretettel nyomásnak kitett csontfelületek felett, míg a köszvényes csomók szinte bárhol, pl. a fülkagyló porca felett is kialakulhatnak. Nagyszámú

betegről szerzett tapasztalatok alapján a diéta változtatlanul fontos, de liberálisabbak lehetünk, ugyanakkor az alkohol, főleg a vörösbor elsőrendű rohamprovokálónak bizonyult. Roham esetében a colchicin előírat szerinti alkalmazása, hatástalanság esetén indometacin, sőt szisztémás ill. lokális szteroid jön szóba. A colchicint régóta alkalmazzák külföldön, jó tapasztalatokkal, napi 1 tbl. adagban roham megelőzése céljából. Ez a gyakorlat hazánkban nehézkesen terjed el. Ha urát túlprodukciónak okozza a magas urát szintet akkor allopurinol adása tanácsos. Adagja egyénileg állítandó be kisebb adaggal kezdve, urátszint ellenőrzéssel, sz.e. emelkedő adagban. Mindkét tartós kezelés rendszeres laboratóriumi kontrollt igényel. Összefoglalva: ha szokatlan, más arthritisekre nem jellemző kis- vagy nagyízületi arthritist észlelünk akkor gondoljunk köszvényre is.

A jelen tanulmányban tárgyalt két további diplomamunka a családorvos lehetőségeit és feladatait próbálta feltárni a mozgásszervi betegek ellátásában. A vizsgálat 14 kollégával készült interjú révén történt, volt köztük nagy- és kisvárosi, ill. falusi praxisban tevékenykedő is. Az interjúkat két részletben két orvostanhallgató egymástól függetlenül készítette. Miután a családorvosok válaszai gyakorlatilag megegyeztek, szerző összevontan tárgyalja azokat. A praxisok létszáma 1147 és 2977 fő között, a 60 évnél idősebbek aránya 15,5% és 30,5% között váltakozott. Betegforgalmukban a mozgásszervi betegségek fő diagnózisként 10–40%-ban (átlag 21%), kísérő betegséggént 20–50%-ban (átlag 30%) fordultak elő. A táppénzesek 3–34% volt mozgásszervi beteg. Mozgásszervi panaszokkal kétszer annyi nő, mint férfi fordult orvosához. A megkérdezett kollégák közül 12 a lumbális gerinc, 9 a térdek, 6 a csípők, 5 a könyvek, 3–3 a nyaki, háti gerinc és vállak, 1 a csuklók megbetegedését tartotta a leggyakoribbnak. Az önkezelők arányát 3 kolléga 10% alattinak, a többiek 10–20% közöttinek, míg egyikük 50% körülinek becsülte. Az önkezelés okai: az orvoshoz járás munkahelyi idővesztés, a betegek féltik munkahelyeiket, ill. a mezőgazdaságban munkáik nem halaszthatóak. Olcsó, nem vényköteles gyógyszereket, kenőcsöket vásárolnak, meglévő panaszaikkal tovább dolgoznak. Az akkor vény nélkül kapható metamizolt, paracetamolt preferálták. Ez az 1996–97-beli helyzet azóta annyiban változott, hogy a metamizolt, elsősorban az EU egészségügyi szervei veszélyesnek nyilvánították, vénykötelessé tették. Mindennek ellenére, különösen az idősebbek ragaszkodnak hozzá. Rövid ideig és nem nagy adagban szedve komolyabb szövődmény nem valószínű, viszont az esetek többségében fájdalomcsillapító hatása meggyőző. (Szerző 1956 óta tartó orvosi tevékenysége során metamizol okozta szervkárosodást még nem észlelt.) Az orvoshoz fordulónak gyakran nincs pénze a gyógyszer kiváltására, pedig orvosuk igyekszik a legolcsóbb készítmények közül válogatni. Analgetikumokat, NSGY-kat mindegyik kolléga, gyenge opioidot, izomrelaxáns 4–4 kolléga, szisztémás ill. ízületbe adott szteroidot 2–2

kolléga alkalmazott. 3 rendelőben lett volna fizioterápiára lehetőség, de finanszírozását az OEP megszüntette. Az alternatív gyógymódokat hárman elutasították, a többiek tolerálták, amennyiben úgy ítélték meg, hogy nem ártalmas.

A fájdalom a leggyakoribb reumatológiai panasz, ha figyelünk rá, a legjobb nyomravezető is.

A beteg panaszait, elsősorban a fájdalmat legalább az első alkalommal érdemben elemezni kell. Miután a betegek jó része panaszainak jelentkezése után rövidebb-hosszabb idő elteltével jelentkezik, tisztázandók az előzmények, amelyek esetleg hónapokig tartottak, vagy akár évekkorábban már jelentkeztek, de enyhébb formában és spontán vagy öngyógyszerelésre szűntek. Lényeges, hogy a fájdalom, minél hosszabban áll fenn, funkcionálisan annál inkább áthangolja az idegrendszer érintett részeit a perifériától a kéregig, és annál inkább hajlamos, függetlenül kiváltó okától öfenntartóvá válni, ún. krónikus fájdalom szindrómává alakulni. A kezdetben jól lokalizálható, így diagnosztizálható fájdalom kiterjed, a beteg maga sem tudja megmutatni punctum maximumát, „mindene fáj”, és mindentől, pszichés avagy fizikai stressztől. Előbb-utóbb larvált vagy manifeszt depresszió is csatlakozik. E folyamat megelőzhető, ha a beteg még akut fájdalmával idejében jelentkezik, kellően hatásos, érélyes, akár gyenge opioid fájdalomcsillapításban, lokális, intracután, ill. musculáris injekciós kezelésben részesül és orvosa meggyőzi, hogy lehetséges panaszaitól megszabadulnia. Derült már ki banális ischialgiás betegről, hogy végtagbénulástól félt, és ez akadályozta javulását. Fordítva, mivel igen ritkán a kiszakadt porckorongó sáv valóban irreverzibilis gyöki károsodást okozhat, az ischialgiás beteg figyelmét fel kell hívni arra is – lehetőleg pánikkeltés nélkül – hogy ha alsó végtagi izomgyengeséget, széklet- és vizelettartási zavart észlel, azonnal jelentkezzen kontroll vizsgálatra.

A beteg fájdalmát laikus módon lokalizálja, amit pontosítani kell. Ha például a beteg arra panaszkodik hogy fáj a térd, akkor leggyakrabban valamilyen térdízületi betegsége lehet, előfordulhat azonban hogy pl. fibula fejecsszindrómája van, ami más jellegű kezelést igényel, tehát a gondos vizsgálat sosem mellőzhető! Sokszor nem könnyű eldönteni, hogy a fájdalom nyaki gerinc vagy váll eredetű-e, hasonlóképpen hogy a lumbális gerinc, a sacroiliacalis vagy esetleg a csípőízület-e a fájdalom forrása. Rtg-felvételen arthrosis és discopathia egyaránt látható lehet. Ilyenkor csak a részletes fizikális vizsgálat segíthet, aminek alapján a fizioterápiát, lokális injekciós technikákat célzottan alkalmazni lehet.

Az izomrelaxánsok csak a fokozott tónusú, ill. spasticus izmokra tudnak hatni (dëfense, kényszertartás, éjjeli izomgörcsök), egyébként feleslegesek. Ha a mozgásra, mozgásra jelentkező fájdalomról valószínűsíthető, hogy izomeredetű, lehet velük próbálkozni, de hatásosságuk minden esetben ellenőrizendő. Az éjjeli izomgörcsök kivédésére hasznos az este lefekvéskor bevett 6 mg tizadine-t tartalmazó retard tbl.

Krónikus gyulladáson és/vagy degeneratív eredetű fájdalmas állapotok esetében meg kell tanítani a beteget arra, hogy igyekezzen a NSGY-ból, ill. szteroidból a lehető legkisebb, még hatásos adagot kitapasztalni, ill. az adagolást panaszai alakulásához igazítani.

Akut fájdalmas állapotok bárkin, fiatalabb egyéneken is kialakulhatnak, sportolókon, fizikai munkát végzőkön és gyakran olyanokon, akik edzetlenek és átmenetileg nagyobb fizikai megterhelést vállalnak. Természetesen krónikus mozgásszervi panaszoktól szenvedő idősebb korosztályokban is felléphet akut fájdalom. A krónikussá válás megelőzésére fontos a lehető legerélyesebb fájdalomcsillapítás, akár gyenge opioidok is adandók, lokálisan lidocain, esetleg szteroiddal. A laikus beteg úgy gondolja, ha nagyon fáj, a baj is nagy. Éppen ezért fontos elmagyarázni, hogy helyzete kellemetlen, de nem veszélyes, így a gyógyulást gátló pszichés mechanizmusok is kiiktathatók. Természetesen a szükséges vizsgálatok nem mellőzhetők, de „megnyugtató” tomográfia vagy MRI túlzás. Mindnyájan sokszor hallottuk praxisunkban: „Doktor úr tessék nekem injekciót adni”. És kap. Ha tudjuk, hogy ez egy többlet pszichés hatás, amely a gyógyulást segíti, elfogadható. Ha magunk is elhiszük, hogy ua. a molekula izomba szúrva hatásosabb, vagy hamarabb felszívódik, lásd a gyári gyógyszerismertetőkből, az már naivság. Különösen kövér betegek esetében a szokásos hosszúságú tű el sem jut az izomzatig, az injekció a zsírszövetbe jut és előbb utóbb jól tapintható göb lesz belőle. Hogy az ilyen esetekben mi szívódik fel egyáltalán, ki tudja? A szerző azt fel sem meri tétélezni, hogy esetleg más háttere is lehetne a hazánkban elterjedten alkalmazott injekciós adagolás módnak. Sajnos a betegek a rectális beviteli módot, a kúpokat legtöbbször nem fogadják el, pedig így a felszívódás a NSGY molekulák többségében gyorsabb, és a rectum nyálkahártya jobban is elviseli e vegyületeket mint a gyomor.

Minden mozgásszervi eredetű fájdalmas állapotra jellemző hogy ha sikerül is megszüntetni a tüneteket, a panasz később mégis kiújulhat, bármilyen gyógykezelést is alkalmazunk. A recidíva nem az előző terápia minőségétől függ hanem a mozgásszervek állapotától, igénybevételétől, sőt akár a véletlentől. Erről a tünetmentessé vált páciens fel kell világosítani, és arról is hogy az újra jelentkező panaszok esetén azonnal jelentkezzen.

Nem igaz, hogy oszteoporózisban a szteroidok lokálisan vagy szisztémásan nem adhatók, megfelelően kezelt oszteoporotikus beteg nyugodtan kaphatja, de csak rövid ideig, egy-két hétig.

Calciumot oszteoporózisban szenvedő betegnek lehet adni Ca tartalmú veseköves előzmények, ill. vesekövesség esetében is. Modern statisztikai módszerekkel ugyanis nem volt igazolható, hogy a kalciummal kezelt körében a vesekövesség gyakoribb lenne.

Korábban tankönyvi tétel volt, hogy malignus tumoros előzmény, ill. tumor megléte esetén mindennemű fizioterápia tilos recidíva, ill. metasztázis lehetőségé miatt. Az áttétek képződése mai ismereteink szerint a

tumorsejtek és az immunvédekezés harcának kimenetétől függ. Közvetlenül a tumort és a tumorközeli képleteket nem szabad fizioterápiás módszerekkel kezelni, de más testrészeket mindennemű veszély nélkül lehet.

Rossz szokások a terápiában

Banális degeneratív eredetű gerinc vagy nagyízületi panaszok esetében szokás a pihentetés mellett valamelyik NSGY (COX2 gátló) felírása rutinszerűen két hétre, majd kontroll. Az, hogy e gyógyszercsoport melyik képviselője lesz hatásos az adott betegen, nem látható előre, de 2–3 napon belül, amikor a steady state állapot, azaz a csaknem egyenletes vérszint kialakul, megmutatkozik. Ha hatástalan, váltani kellene, de ehelyett a beteg a gyógyszert fölöslegesen és hasztalan tovább szedi két hétig, mivel ekkor következik a kontroll. Az ilyen esetekben helyesebb lenne, ha orvos a betegét úgy tájékoztatná, hogy ha néhány napon belül javulást nem észlel, újból jelentkezék, hogy más gyógyszerre válthassanak. Nagyízület vagy gerinc degeneratív eredetű idült fájdalom esetében, néhány nappal hosszabb várakozási idő lehet célszerű. Nehezen kommentálható, de előfordul, hogy a betegen egy készítmény hatástalannak bizonyul, orvos erre felírja, tudva, avagy tudatlanul ugyanezen vegyület egy más nevű változatát, amely aztán csökkenti, akár szünteti a beteg panaszait.

Vannak olyan állapotok – degeneratív, vagy gyulladásos eredetűek – amelyekben teljes tünetmentesség nem érhető el. Ezt a betegnek őszintén fel kell tárni, megbeszélni vele, hogyan gazdálkodik a fájdalomcsillapítókkal vagy NSGY-kal: csak panaszainak súlyosabb időszakában vegyen be, bizonyos napi adagot ne lépjen át, amint jobban van csökkentse az adagot, vagy próbálja szüneteltetni szedését. Egyes felmérések szerint vannak és nem is kevesen, akik évekig NSGY-t szednek folyamatosan, szükségtelenül, persze ehhez mindig kell valaki olyan is aki felírja nekik.

El kell magyarázni a betegnek, hogy ha nincs éppen fájdalom, a fájdalomcsillapító nincs mire hason és megelőző hatása sincs.

Nem ritkán, nyilván jó szándékból vagy megszokásból, fájdalommal járó mozgásszervi betegségre a betegnek párhuzamosan két NSGY-t javasolnak. A COX 2 enzimet gátolja mind a kettő, de egy is megtenné. Nem tudhatjuk melyik, vagy mindkettő volt-e hatásos, s ha a beteg később újra jelentkezik, melyiket javasoljuk vagy újból mindkettőt? Ezekben az esetekben elsősorban az allergiás és gastrointesztinális mellékhatások és/vagy szövődmények esélye duplázódik meg.

A paracetamol készítményeket rendszeresen aluladagolják, pedig pl. egy 500 mg hatóanyag tartalmú tablettának 4x2 tbl lenne a napi maximális adagja, ameddig a gyakorlatban ritkán emelik. Ebben az adagban persze nem is tanácsos hosszasan alkalmazni, és odafigyelést, labor (fvszám, májenzimek, vizelet) kontrollt igényel.

Ismétlődő és/vagy idült mozgásszervi panaszok esetében maga a beteg, de vele élő családtagjai, vagy ha egyedül

él, a sorsáért, ellátásáért erkölcsileg felelős rokona, barátja is joggal szeretné tudni a beteg jövődöbéli sorsát, meddig őrzi meg önálló képességét, járóképességét, mikor és mekkora segítségre fog szorulni. Kompetens választ erre leginkább családorvosa tud adni, aki feltehetőleg a leghosszabb ideje ismeri, kezeli a beteget, ill. sz.e. a megfelelő egészségügyi intézménybe irányítja. A mozgásszervi betegségek, kóros állapotok eleve progresszívek, de hogy mennyire az nemcsak a páciens szomatikus, hanem pszichés adottságaitól és pszichoszociális helyzetétől, családi környezetétől is függ. Ezt is leginkább a családorvos tudja megítélni. A környezet részéről két hiba lehetséges: a túlkímélés vagy ellenkezőleg, a beteg állapotának figyelembe nem vétele, túlterhelése. Mindkettő a maradék funkciók gyorsabb romlásához vezet. A családorvos mindkét esetben nehéz helyzetben van. Óvatosan kifejtheti az előnyöket, hátrányokat, tarthat kiselőadást, de ez ritkán hatásos. Sokszor az idős beteg családtag körül „játszmák folynak”, ami nem csak a beteget de környezetét is stresszeli, épphogy ellátják, de nem sokat törődnek vele.

A betegek sem egyformák. Van aki a beteg szerepet kihasználva kiszolgáltatja magát, és van, aki amennyire teheti disszimulálja nehézségeit, nehogy környezetét terhelje. Az előbbi magatartás a környezetét terheli, és magának is árt, mivel a mozgás, a tréning hiánya mozgásszervi funkcióinak gyorsabb beszűküléséhez vezet. Utóbbi bizonyos határig lassítja a progressziót, de lehetőségeit túllépve rontja a mozgásszervi állapotot. Ezeket a nehezen korrigálható helyzeteket is leginkább a családorvos észlelheti betege meglátogatásakor, ha erre egyáltalán van ideje.

Az idős kor egyik legnagyobb veszélye az elesés. Ez fokozottan igaz a mozgásszervi betegségekben szenvedő idősekre. Idős korban lassabban működnek a védekező, az elesés következményeit csökkentő reflexek. Idős nők körében gyakori az oszteoporózis. Már kis traumára combnyaktörés következhet be, aminek a jó műtéti technika, gondos ápolás, korán kezdett rehabilitáció mellett is van mortalitása. A lakás, fürdőszoba, WC akadálymentesítése, kapaszkodók felszerelése és csípővédő nadrág csökkentheti az elesés ill. a törés esélyét.

A mozgásszervi betegek jelentős hányada a visszaesés, ill. állapotromlás megelőzése érdekében rendszeres gyógytornára, életmód váltásra, sokuk tetemes fogyásra szorulna. Ehhez a területi egészségügyi ellátás keretében vajmi kevés lehetőség áll rendelkezésre. Gazdagabb országokban tudják, bár hazánkban is mondják, hogy a rehabilitáció, egyben profilaxis olcsóbb –, szebben mondván költségkímélőbb – mint a gyógyszeres vagy műtéti segítség.

A felmérések és saját tapasztalatai mondatják a szerzővel hogy a lakosság már kisiskolás korban elkezdett és következetesen folytatott egészségnevelése, a betegek érdemi felvilágosítása és saját szakismereteink bővítése nélkül a mozgásszervi betegek eredményesebb kezelése nehezen képzelhető el. A felnőtt lakosság ismereteinek bővítése a médiumok feladata lenne.