

szakambulancián gondozott betegek közül a Szegeden, valamint Szeged járásban lakó szűkített betegcsoportot vettük be, mivel ezen populáció (200000 lakos) betegeinek gondozása kizárólag a klinikán történik. Az első vizsgálatkor az SM prevalenciája Szegeden 38/100000 volt. A betegeket a *Poser* által leírt diagnosztikai kritériumrendszer¹ szerint klasszifikáltuk, valamint meghatároztuk a *Kurtzke* szerinti EDSS-pontszámukat².

Jelenleg 102 szegedi SM-es beteget gondozunk, tehát az SM prevalenciája Szegeden 51/100000, az incidencia az 1995-ös évben 8,5. A férfi-nő arány 1:3,08. A betegek közül 96 klinikailag és laboratóriumiilag határozott SM-es, 6 pedig leletekkel alátámasztott valószínű SM-es. A klinikai körlefolyás alapján a betegek 82%-a relapszusremittáló, 3%-a benignus, 10%-a primer krónikus progresszív, 5%-a sekunder krónikus progresszív SM-es. Az életkor a betegség kezdetén határozott SM-eseknél 33 év, valószínűsítettekénél 34,9 év volt.

A betegség Szegeden leggyakrabban 20-39 éves kor között kezdődik. Az 1995-ben diagnosztizáltaknál a kezdet inkább 30-49 évek felé tolódik. Betegeink 25%-a tünetmentes, 58%-uk teljes napi foglalkozást tud kifejezni (EDSS-pontszámuk 4 alatt), tehát 83%-uk normális életvitelre képes. Nem egész napos az aktivitása a betegek 10%-ának (EDSS-pontszám 4-6 között, 7%-uk tolókcsohhoz kötött (EDSS-pontszám 6-9 között), vagyis összesen 17%-uknak csökkent mozgáskorlátozottság következtében az életminősége.

Irodalom

1. *Kurtzke JF*. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: An expanded disability status scale (EDSS). *Neurology* 1983;33:1444-1454.
2. *Piser C, Paty DW, Scheinberg L, McDonald WI, Ebers GC*. The diagnosis of multiple sclerosis. New York: Thieme-Stratton, 1984.

Tolperison a sclerosis multiplex tüneti kezelésében

Szobor Albert

Jahn Ferenc Kórház, Neurológiai Osztály, Budapest

A sclerosis multiplex (SM) kauzális terápiája - a számos kutatási irány és kísérlet ellenére - ma sem megoldott. A tüneti kezelés ezért ma is fontos. E terápia egyik iránya a betegségben gyakran keletkező izomspaszticitás mérséklése, s ezáltal a mozgáslehetőség javítása.

E kezelés csökkenti az izomfeszülésből származó dys- és paraesthesiát, súlyos esetekben a kontraktúra okozta fájdalmat és megkönnyíti a fizioterápiát. A meglehetősen gyakori spinalis automatizmusokat (főként éjjeli görcsös rángásokat) szintén kedvezően befolyásolhatjuk a relaxációs kezeléssel. A tolperison hydrochlorid (Mydeton, Mydocalm) több mint 30 éve e relaxációs kezelésnek jól bevált formája célszerűen adagolható egyéni formában, gyakorlatilag mellékhatások nélkül, a beteg aktuális állapota szerint a fizioterapeuta által meghatározott napi adagban. Nem hat a tudatállapotr, nem befolyásolja az éberséget.

Egyéb gyógyszerek melletti adásának nincs akadálya. A relaxációt okozó gyógyszerek általában vagy perifériás vagy centrális hatásúak. A tolperison

hatásmechanizmusa kettős: a lidocainhoz hasonló struktúrája következtében membránstabilizáló hatása van, és gátolja a nátrium-kanálisokat, centrális hatásként pedig gátolja az agytörzs és gerincvelő mono- és poliszinaptikus reflexaktivitását. A kedvező és tartós hatás tehát e kettős hatáshelynek és mechanizmusnak tulajdonítható.

Diazepam derivátumokkal együtt adva kifejezetten hatásos mind a spasztikus tünetek és automatizmusok enyhítésében, mind a pszichés tünetek kedvező befolyásolásában. A relaxációs terápia tehát ma is fontos része az SM kezelés tervének, s e tervben a tolperison ma is állandó, fontos, nélkülözhetetlen gyógyszerünknek tekinthető.

Megadózisú szteroidterápia alkalmazása a sclerosis multiplex relapsusában

Bencsik Krisztina, Klivényi Péter, Rajda Cecília, Vécsei László
SZOTE, Neurológia

Neuritis opticeben szenvedő betegeknél *Beck és munkatársai* placebo kontrolllos, kettősvak vizsgálattal igazolták¹, hogy a megadózisú szteroidterápia (1g/nap metilprednisolon parenteralisan 3 napig, majd 1 mg/tskg/nap metilprednisolon 11 napig per os történő adása) hatásos, a beteg állapotában remissiot eredményez.

A SZOTE Neurológia 1994 és 1996 között a *Poser-féle* kritériumrendszer szerint 80 klinikailag és laboratóriumiilag határozott SM-es beteget kezeltünk megadózisszteroid terápiával, akiknek betegsége klinikailag relapsus-remissio formában zajlott. A betegeket két csoportba osztottuk. Az I. csoport EDSS-pontszáma 4 felett, a II. csoport EDSS-pontszáma 4 alatt volt a kezelés kezdetén³. Ezen csoportbeosztás alapja az volt, hogy ha egy SM-es betegnek opticus neuritise zajlik és a visusa 0,4-0,6 között van, EDSS-pontszáma 4-nek tekinthető. Mindegyik beteg 3 napig napi 1g metilprednisolont kapott parenteralisan. A negyedik napon ismételtlen rögzítettük az EDSS-pontszámot. Azon betegeknél, akiknek állapotában nem észleltünk remissiot, újabb két napig folytattuk a parenteralis kezelést, majd ismételtlen rögzítettük az EDSS-pontszámot. A parenteralis kezelést követően 1 napig per os metilprednisolon kezelést alkalmaztunk. A szteroidkezelés után ismételtlen rögzítettük az EDSS-statust.

4-es EDSS-pontszám felett parenteralisan 3 g metilprednisolon elegendőnek bizonyult a remissiohoz (remissio ráta: $2\pm 0,3$), 4-es pontszám alatt 3 nap után a remissio ráta $0,5\pm 0,3$ volt, 5 g parenteralis metilprednisolon adása után viszont a remissio ráta: $2\pm 0,4$.

Vizsgálati eredményeink alapján a neuritis optici esetén alkalmazott megadózisú szteroidkezelés SM-es betegek relapsusában csak 4-es EDSS-pontszám felett eredményez a beteg állapotában remissiot. 4-es pontszám alatt további két napi parenteralis kezelés szükséges a remissio érdekében. Ezen kiegészítéssel a neuritis optici kezelésében igazolt placebo kontrolllos, kettősvak vizsgálattal nyert eredmények SM-es betegeknél is alkalmazhatók.

Irodalom

1. *Beck RW, Cleary PA, Anderson MM et al.* A randomised, controlled trial of corticosteroids in the treatment of acute neuritis. *N Engl J Med* 1992;326:581-588.