



ARTRITÍDA - ZÁPALOVÉ POŠKODENIA KĺBOV

Artritída je skupina diagnóz, pri ktorých dochádza k zápalovému poškodeniu kĺbov. Jestvuje niekoľko foriem artritídy, ktoré sa rozlišujú podľa príčiny:

- reumatoidná artritída a psoriatická artritída – autoimúnne ochorenia (t. j. také, pri ktorých imunitný systém útočí na tkanivá vlastného tela),
- septická artritída – vzniká pri infekcii kĺbov,
- dna (lámká) – vzniká pri ukladaní kryštálikov kyseliny močovej do okolia kĺbu, kde spôsobujú zápal.

REUMATOIDNÁ ARTRITÍDA

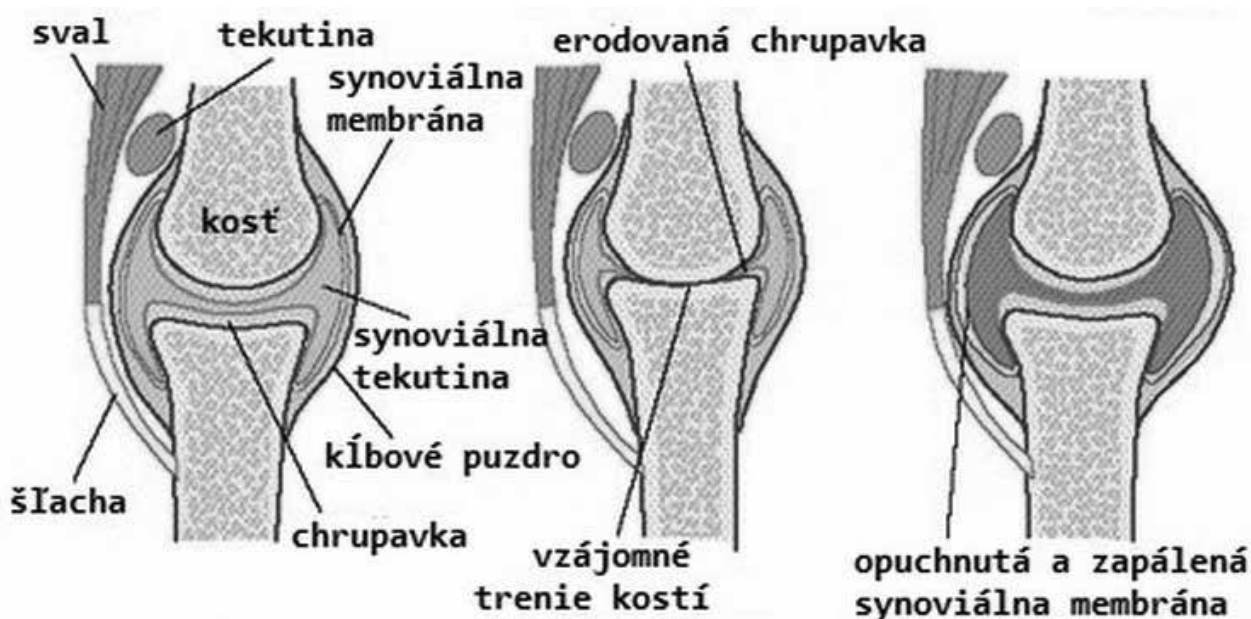
Prvými príznakmi reumatoidnej artritídy sú celková slabosť a únava, bolesti kĺbov, ich začervenanie, opuch a zvýšená teplota kĺbov. Ide o najčastejšiu zápalovú reumatickú chorobu vyvolanú tým, že imunitný systém prestal normálne fungovať. Okrem zápalu kĺbov reumatoidná artritída často postihuje aj iné orgány, predovšetkým pľúca, cievy, srdce, oči a nervy. Mimokĺbové ochorenia a komplikácie skracujú život pacienta

v priemere až o 7 – 10 rokov.

Reumatoidná artritída postihuje 0,5 až 2,1 % populácie, pričom väčšinou postihuje ženy – až 80 percent, čo súvisí aj s hladinou ženských hormónov. V súčasnosti ňou trpí viac ako 20 miliónov ľudí na svete, na Slovensku podľa údajov Národného ústavu reumatických chorôb 53-tisíc. Ochorenie sa prejaví zvyčajne vo veku 20 až 60 rokov, najmä u ľudí, ktorí už majú v rodine toto ochorenie, ale postihuje aj mladých ľudí a výnimočne deti. Mechanizmus vzniku choroby je zložitý a presná príčina nie je doteraz známa. Ovplyvňujú ju však aj ďalšie faktory – dedičnosť, metabolické poruchy a najmä porucha imunitného systému. Podľa odhadov genetické faktory predstavujú približne 50 až 60 % rizika vzniku reumatoidnej artritídy.

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) definuje reumu ako nadradený pojem pre ochorenia vyskytujúce sa na pohybových orgánoch a sú skoro vždy spojené s bolesťami a často aj s obmedzením pohybu. Lekári pod týmto pojmom chápu reumatický okruh foriem s približne 450 ochoreniami.

Pri reumatických ochoreniach sú postihnuté najmä svaly,



Normálny kĺb Osteo artritída Reumat. artritída

šľachy, väzivá a kĺby pohybového aparátu. Jedna z najčastejších a najbolestivejších foriem reumy je zápalová kĺbna reuma (reumatoidná artritída) – nazývaná taktiež polyartritída.

Biele krvinky – pomocník aj škodca

Za normálnych okolností imunitný systém svojimi bielymi krvinkami, ktoré vytvárajú protilátky, bojuje proti infekciám. Keď nefunguje tak, ako má, protilátky môžu vyvolať zápal a biele krvinky začnú napádať vlastné tkanivá a bunky a poškodzovať ich. Postupujúce ochorenie postupne ničí chrupavku a kosť v kĺbe a môže viesť až k oslabeniu svalov, väzov a šliach zabezpečujúcich stabilitu kĺbov. Reumatoidná artritída sa preto označuje aj pojmom autoimunitné ochorenie.

Zmeny súvisia s kĺbovou membránou. Produkuje synoviálnu tekutinu, ktorá vyživuje a chráni chrupavku a kosti kĺbov. Pri poruche imunitného systému sa v membráne hromadia biele krvinky. Odpoveďou je obranná reakcia organizmu – zápal, pri ktorom sa tekutina tvorí nadmerne, tkanivo sa poškodzuje, dochádza k opuchom a kĺby boľia.

Zapálená membrána postupne prerastá do chrupavky a dokáže rozrušiť aj kosť pod ňou. V neskorších štádiách sa premení na zjazvené väzivové tkanivo, ktoré po čase skostnatie a zapríčiní, že kĺb sa nemôže hýbať.

Okrem kĺbov horných a dolných končatín sa problém môže dotknúť aj krčnej chrbtice. Pri deštrukcii prvého a druhého stavca, zodpovedných za pohyb hlavy, sa môžu neskôr vyvinúť aj neurologické komplikácie.

Pri zápaloch bedrového kĺbu sa zhoršuje postoj pacienta, ak sa artritída prejaví v čelustnom kĺbe, zase prijímanie potravy.

Ochorenie je o to nebezpečnejšie, že môže zasiahnuť aj srdce, pľúca, oči alebo aj cievy. Pacienti preto najčastejšie zomierajú na srdcovo-cievne choroby, pľúcne infekcie alebo zlyhanie obličiek. Až 75 % pacientov má zníženú pracovnú schopnosť a po 10 rokoch polovica z nich skončí v trvalej invalidite.

Spúšťače ochorenia

Doposiaľ nie sú známe presné príčiny vzniku ochorenia. Okrem vyššie uvedených genetických predispozícií majú významnú úlohu pri vzniku reumatoidnej artritídy:

- bakteriálne alebo vírusové infekcie
- hormonálne poruchy
- spôsob života
- alergény
- psychický stres

Začiatok ochorenia sa tiež často spája aj s nepriaznivými meteorologickými podmienkami (najmä na jar a jeseň), obdobiami fyziologických zmien v organizme (klimakterické, popôrodné alebo pubertálne obdobie).

V posledných rokoch bolo dokázaných niekoľko nových génov, ktorých zmeny sú spojené so zvýšeným rizikom reumatoidnej artritídy. Stále však nevieme príčinu nadmernej aktivity imunitného systému vyvolávajúceho zápal kĺbov. Pozitívne je, že poznáme chorobné procesy, ktoré prebiehajú v postihnutých tkanivách a vieme podľa toho zvoliť najlepší terapeutický a liečebný postup.

Príčina ochorenia síce ešte nie je známa, ale pri jej vzniku zohráva dôležitú úlohu vrodená náchylnosť pre vznik choroby a niektoré faktory vonkajšieho prostredia. Vďaka najnovším vedeckým poznatkom poznáme chorobné procesy, ktoré v po-

stihnutých tkanivách prebiehajú. Prvotná je aktivácia buniek imunitného systému (najmä pomocných lymfocytov T), ktorá spúšťa produkciu látok nazývaných cytokíny. Tieto aktivujú ostatné bunky imunitného systému a bunky v tkanivách, podporujú zápalový proces a tým sa podieľajú na poškodzovaní tkanív. Hlavné prozápalové cytokíny sú: faktor nekrotizujúci nádory, interleukín 1 a interleukín 6.

Príznaky ochorenia

Príznaky reumatoidnej artritídy sa môžu v závislosti od stupňa postihnutia u pacientov prejavovať rôzne – od miernych až po ťažké, takisto rôznou frekvenciou – niekto trpí bolesťami a stuhnutosťou kĺbov a únavou každý deň, iný menej často. Zápalová aktivita sa najčastejšie prejavuje stuhnutosťou postihnutých kĺbov, ktorá sa zhoršuje pri inaktivite a tiež zápalom najmenej troch kĺbov (najčastejšie sú postihnuté malé kĺby prstov ruky, zápästia, lakťá, kolena, členka a prstov nohy). Postihnuté kĺby sú bolestivé a horúce, dávajú o sebe vedieť v priebehu dňa i noci. Pokračujúci zápal vedie k poškodeniu kĺba, ktorý zhrubne, má obmedzenú pohyblivosť, nestabilitu. Môžu sa objaviť deformity či postupné stuhnutie až nepohyblivosť kĺba.

Postihnutí môžu mať aj mimokĺbové príznaky (reumatické uzlíky, zápal obalov srdca, zápal a zväčšenie lymfatických uzlín, zväčšenie sleziny, znížený počet bielych krviniek, zápal ciev, anémiu a pod.) a tiež všeobecný chorobný pocit spojený so slabosťou, mierne zvýšenou telesnou teplotou, stratou hmotnosti (ktoré však môžu byť príznakmi aj iných závažných ochorení). Popri pohybových obmedzeniach pacienti s reumatoidnou artritídou môžu mať aj depresie so sociálnej izolácie.

Diagnostikovanie reumatoidnej artritídy je náročné, keďže viaceré príznaky sa vyskytujú aj pri iných ochoreniach a je vo výlučnej kompetencii skúseného špecialistu – reumatológa.

Stupne postihnutia

I. stupeň: minimálna zápalová aktivita v kĺbe - slabšie bolesti v kĺboch, krátka ranná stuhnutosť, ktorá trvá okolo 30 minút, pracovná schopnosť sa spravidla zachováva, ale do istej miery môže byť obmedzená (ťažká práca je zakázaná).

II. stupeň: mierna aktivita - bolesti v kĺboch nie iba pri pohybe, ale aj v pokoji, stuhnutosť trvá až dopoludnia, zjavné bolestivé obmedzenie pohyblivosti v kĺboch. Pracovná schopnosť sa spravidla stráca, postihnutý má problémy s každodennými činnosťami - obliekaním, obúvaním, hygienou.

III. stupeň: vysoká aktivita - silné bolesti v pokoji, značný opuch kĺbov a zvýšenie teploty, stuhnutosť počas celého dňa, zjavné obmedzenie pohyblivosti. Postihnutý potrebuje stálu starostlivosť.

Základné príznaky sprevádzajúce reumatoidnú artritídu

- Ranná stuhnutosť prstových kĺbov
- Opuch kĺbov
- Bolesti pri pohybe a tlaku
- Zväčšené uzliny pod kožou v podpaží a predkolení
- Zhoršujúca sa pohyblivosť
- Bledosť v dôsledku ľahkej chudokrvnosti

V počiatočnom štádiu je často obtiažne reumatoidnú artritídu diagnostikovať. Existujú rôzne príznaky, ktoré poukazujú

na prítomnosť ochorenia. Ak sa vyskytnú viaceré z nich v kombinácii, je možné diagnózu jednoznačne stanoviť. Reumatológovia sa pri tom často opierajú o diagnostické kritériá American College of Rheumatology (ACR).

Kritériá ACR pre diagnózu reumatoidnej artritídy

1. ranná stuhnutosť kĺbov alebo v okolí kĺbov (počas minimálne 1 hodiny)
2. zápal kĺbu v troch alebo viacerých kĺbných oblastiach
3. zápal kĺbov ruky, zápästí, stredných alebo základných kĺbov prstov
4. symetrický opuch tých istých kĺbov na oboch stranách tela
5. reumatoidné uzly pod kožou, nad kostnými výčnelkami alebo v blízkosti kĺbov
6. reumatoidný faktor v sére
7. typické rádiologické zmeny reumatoidnej artritídy ako sú kostné defekty alebo odvápnenie.

Spolu musia byť splnené aspoň 4 zo 7 uvedených kritérií. Kritériá 1 až 4 musia pretrvávajúť minimálne 6 týždňov.

Priebeh reumatoidnej artritídy

U väčšiny pacientov je začiatok choroby pomalý, plazivý. U 30 až 40 % má rýchly priebeh. Priebeh najčastejšie charakterizuje striedanie období zhoršenia s obdobiami zníženej zápalovej aktivity. Približne u pätiny pacientov sa ochorenie zhoršuje aj napriek liečbe.

Bolesti a zníženie pohyblivosti

Najčastejšie sú pri ochorení postihnuté kĺby na prstoch rúk, nôh, zápästia a kolená. Postihnuté kĺby sú bolestivé a pri pokračovaní zápalu sa poškodzujú. Prejavuje sa to zhrubnutím, obmedzenou pohyblivosťou, nestabilitou, deformitami alebo postupným stuhnutím kĺbu, v pokročilých štádiách je kĺb dokonca nepohyblivý. Pacienti môžu mať problémy s bežnými úkonmi, ako sú obliekanie, osobná hygiena, chôdza po schodoch, otváranie vodovodných kohútikov, krájanie chleba a podobne. Tým sa znižuje kvalita života pacientov, čo postupne vedie k ich invalidite. Okrem postihnutia kĺbov sa stretávame aj s mimokĺbovými príznakmi choroby ako napr. reumatoidné uzlíky – najčastejšie v podkoží v okolí kĺbov, časté sú zápalové ciev, pohrudnice, srdca a postihnutie pľúc.

Liečba musí byť komplexná

V súčasnosti sa liečba reumatoidnej artritídy zameriava na včasné stanovenie diagnózy a včasné zavedenie účinnej liečby – ešte predtým, ako zápal poškodí kĺb. Cieľom skorej a účinnej liečby je dosiahnuť potlačenie aktivity choroby a udržať, alebo zlepšiť funkčný stav a predísť nezvratnému kĺbovému poškodeniu. Optimálne je dosiahnuť vymiznutie chorobných príznakov (remisiu).

Dôležité je rozpoznať ochorenie čo najskôr. Len u 10 percent pacientov choroba odoznie spontánne bez väčších následkov. Väčšina sa lieči doživotne.

Komplexná liečba si vyžaduje poučenie pacienta o chorobe, o jej priebehu, spôsobe liečby, o nutnosti dodržiavať režimové opatrenia. Pacient nemôže vykonávať fyzicky náročné aktivity, ale sa musí pravidelne venovať liečebnej rehabilitácii. Liečebný telocvik pozostáva z rozcvičovania kĺbov a posilňovania svalov. Jeho cieľom je udržanie rozsahu pohybu a zvýšenie

svalovej sily.

Okrem užívania liekov, ktoré zmiernujú bolesť a zápal, menia pacienti životný štýl, chodia do kúpeľov, špeciálnymi cvičeniami udržiavajú pohyblivosť kĺbov. V prípade progresie choroby so závažnými deformitami kĺbov sú niekedy indikované aj operatívne reumochirurgické zákroky.

V posledných rokoch zápalu pomáha mierniť biologická liečba. Blokuje vznik zápalu, zbavuje pacientov bolesti a brzdí deštrukciu kĺbov. Nevýhodou je zníženie imunity, takže pacienti sú náchyľnejší na infekcie. Hrozí im najmä tuberkulóza, takže musia chodiť na kontroly. Nie každý pacient preto biologické lieky môže brať. Navyše sú aj drahé, s liečbou, ktorú navrhuje komisia národného ústavu, musí súhlasiť aj revízný lekár zdravotnej poisťovne.

Medikamentózna terapia

V úvode choroby sa pacientom podávajú nesteroidové protizápalové lieky (diklofenak, ibuprofén ap.), ktoré zmiernujú bolesť a stuhnutosť kĺbov, zlepšujú kvalitu života pacientov, ale priebeh choroby neovplyvňujú. Glukokortikoidy sú hormóny kôry nadobličky, ktoré majú výrazný protizápalový účinok, ale pri dlhodobom užívaní majú i nežiaduce účinky.

Lieky spomaľujúce ochorenie

V minulosti sa reumatoidná artritída liečila soľami zlata podávanými vo forme injekcií. V ostatných dvadsiatich rokoch sa ako liek prvej voľby používa metotrexát. Spolu so sulfasalazínom, cyklosporínom, antimalarikami, leflunomidom patrí metotrexát medzi lieky, ktoré priaznivo modifikujú priebeh choroby (sú to tzv. „chorobu modifikujúce antireumatiká“). Tieto lieky potláčajú zápalovú aktivitu, ale vo väčšine prípadov iba spomaľujú pokračovanie choroby a dokonca u 25 až 40 % pacientov nie sú účinné.

Biologická liečba

V Slovenskej republike sa začala využívať v roku 2001 a významne zlepšila prognózu pacientov s ťažkými formami reumatoidnej artritídy – aj tých, u ktorých nebola účinná liečba chorobu modifikujúcimi antireumatikami. Biologické lieky sú vlastne protilátky alebo receptory, ktoré sa viažu na prozápalové cytokíny alebo na bunky, ktoré sa podieľajú na vzniku a udržovaní zápalu. Sú namierené proti hlavnému zápalovému cytokínu TNF-alfa (tumor nekrotizujúci faktor). Pretože asi polovica pacientov neodpovedá ani na túto liečbu, okrem liekov proti tumor nekrotizujúcemu faktoru sú možné aj ďalšie typy biologickej liečby – látka namierená proti receptoru cytokínu IL-6, látka proti IL-1, inhibítory kostimulácie, lieky vedúce k apoptóze B buniek. Vo vývoji sú však aj ďalšie lieky.

Významným priaznivým účinkom biologickej liečby je, že zastavuje pokračujúce poškodenie kĺbov – chrupky i kosti – t. j. zastavuje kĺbovú progresiu choroby viditeľnú na röntgenových snímkach kĺbov. Okrem toho u 30 až 40 % pacientov vedie k vymiznutiu zápalových príznakov choroby, teda navodí remisiu choroby. Liečba biologickými liekmi je najúčinnnejšia v kombinácii s metotrexátom. Je dôležité, aby sa biologická liečba zaviedla hneď, ako sa zistí, že liečba štandardnými chorobu modifikujúcimi antireumatikami nie je účinná, aby sa predišlo závažnému poškodeniu kĺbov a výraznej strate funkčnej schopnosti.

Centrá biologickej liečby

Na indikáciu a podávanie biologickej liečby dnes existuje niekoľko centier. Okrem Národného ústavu reumatických chorôb v Piešťanoch je možné túto liečbu v súčasnosti indikovať aj v ďalších krajských centrách – v Bratislave, Banskej Bystrici, Košiciach a Nitre. Skúsenosti s biologickou liečbou sú tam už niekoľkoročné. Jej priaznivý efekt potvr-

dili u nás aj v zahraničí už mnohé publikačné práce.

Rozdiel medzi axiálnou spondyloartritídou a reumatoidnou artritídou

Reumatoidná artritída

- postihuje najmä drobné zhyby rúk a nôh
- postihnutie je väčšinou symetrické

- prítomný pozitívny reumatoidný faktor

- častejšie postihuje ženy

Axiálna spondyloartritída

- dominuje postihnutie chrbtice
- asociácia s pozitivitou HLA B 27
- postihnutie svalových úponov
- reumatoidný faktor je spravidla negatívny
- častejšie postihuje mužov

BECHTEREVOVA CHOROBA

Bechterevova choroba (ankylozujúca spondylitída, lat. Morbus Bechterev), pomenovaná podľa ruského neurológa Vladimíra Bechterev, je chronické zápalové ochorenie predovšetkým chrbticových stavcov postihujúce až 1 % populácie. Postihuje dva až trikrát častejšie mužov ako ženy; prvé príznaky sa väčšinou objavia medzi 18. a 30. rokom života.

Príčina choroby

Presná príčina Bechterevovej choroby zostáva stále nejasná. Už dlho je však známa súvislosť, ktorá existuje medzi výskytom choroby a prítomnosťou antigénu HLA-B27. HLA antigény sú molekuly na povrchu buniek, podľa ktorých imunitný systém rozpoznáva vlastné bunky od cudzích.

Najrôznejších HLA antigénov existuje veľké množstvo a antigén HLA-B27 možno u bechterevikov preukázať až v 90 % prípadov. U osôb s antigénom HLA-B27 je pravdepodobnosť ochorenia až 300-krát vyššia oproti osobám, ktoré tento antigén nemajú. Prítomnosť antigénu HLA-B27 však ešte neznamená, že budete Bechterevovou chorobou postihnutí. Jedná sa iba o zvýšené riziko.

Príznaky Bechterevovej choroby

Chronická bolesť a stuhnutosť v dolnej časti chrbtice. Bolesť sa často objavuje v mieste sklbenia krížovej kosti s panvou (krížovo-driekové sklbenie), odkiaľ vyžaruje do zadku alebo zadnej strany stehna. Bolesť je najväčšia, ak pacient ostáva v pokoji, zmierňuje sa pri fyzickej aktivite.

Chrbtica sa postupne stáva čoraz menej ohybná, pacient si najprv nedosiahne rukami na kolená, neskôr sa nemôže vôbec predkloniť. Rozvoj choroby je postupný a trvá mnoho rokov, než dôjde do konečného štádia, kedy má chrbticu charakter tuhej neohybnnej tyče. K tomu však dochádza len u menšej časti pacientov.

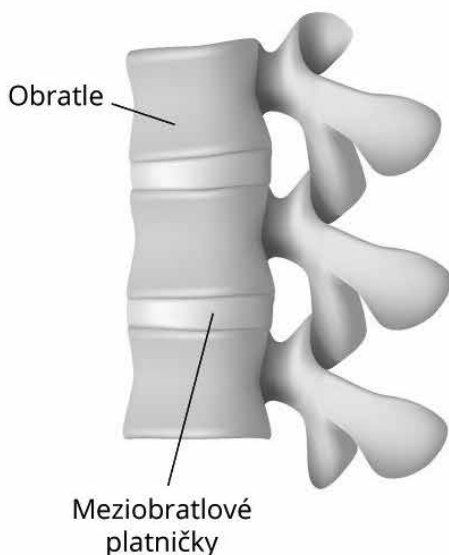
Môže sa objaviť aj bolesť na hrudníku, zvlášť pri hlbokom dýchaní.

Ďalším rysom Bechterevovej choroby je ťažká chronická únava.

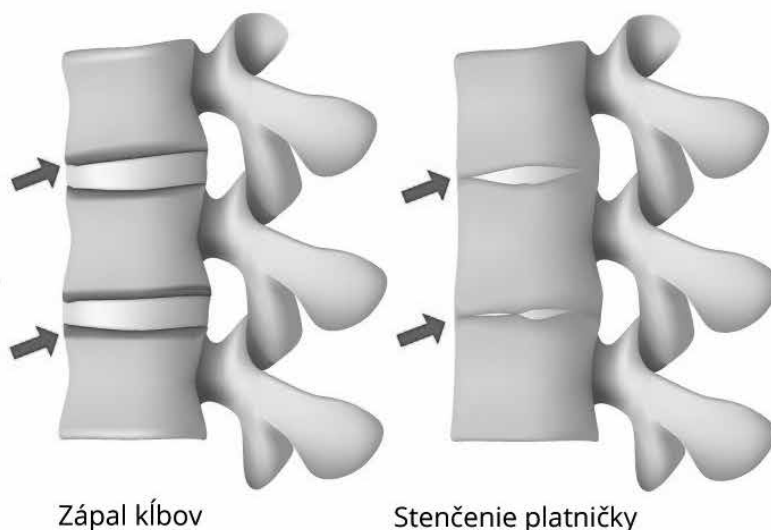
Zhruba 40 % prípadov Bechterevovej choroby je spojených so zápalom očnej dúhovky a riasnatého telieska (tento zápal sa odborné nazýva iridocyklitída). Zápal sa prejavuje bolesťou oka a zvýšenou citlivosťou na svetlo (fotofóbia).

Medzi menej časté príznaky Bechterevovej choroby patrí zápal kĺbov, pľúcna fibróza (zvýšená tvorba väziva v pľúcach) alebo

Zdravá chrbtica



Bechterevova choroba



odlučovanie nechto od nechtového lôžka (tzv. onycholýza).

V mladom veku môže chorobu začínať ako opuchy veľkých kĺbov na končatinách, predovšetkým kolien. Postihnutie chrbtice prichádza neskôr.

Dedičnosť Bechterevovej choroby

Bechterevova choroba nie je dedičné ochorenie v tom zmysle, že by sa jednoducho prenášala z rodičov na deti. Napriek tomu však v jej rozvoji dedičnosť určitú úlohu zohráva. Ak má niekto z vašich blízkych príbuzných (rodičia, starí rodičia, súrodenci) Bechterevovu chorobu, máte aj vy vyššie riziko tohto ochorenia. Nemali by ste preto podceňovať prípadné príznaky, ktoré sú pre počiatky Bechterevovej choroby typické.

Dedičnosť sklonov k Bechterevovej chorobe môže byť založená na dedičnosti antigénu HLA-B27, ktorý výrazne zvyšuje riziko tohto ochorenia. Tento špecifický antigén sa vyskytuje asi u 7 % populácie. Antigény sú molekuly umiestnené na povrchu buniek a slúžia okrem iného ako značka pre imunitný systém, ktorý vďaka nim rozpozná bunky vlastné od buniek cudzích (napríklad bakteriálnych, nádorových alebo transplantovaných). Zostavu antigénov má každý človek individuálny, ale dedí sa z rodičov na deti tak ako krvná skupina alebo fyziogonické znaky (tvar nosa, lebky a pod.). Preto majú blízki príbuzní podobnú zostavu antigénov a dá sa očakávať, že môžu zdieľať tiež rizikový antigén HLA-B27.

Priebeh ochorenia

Priebeh ochorenia môže byť rôzny. U niekoho môže postupovať rýchlo a vzápätí ho invalidizovať, zatiaľ čo v inom prípade sa môže nástup závažných prejavov oddialiť až do neskorého veku. Napriek tomu je možné vysledovať niekoľko spoločných znakov:

Choroba sa objavuje väčšinou postupne v nepravidelných intervaloch. Prvé bolesti pocítite spravidla v dolnej časti chrbta, v oblasti kĺbu medzi krížovou kosťou a panvou. Bolesti trápia pacientov najviac v noci, po dlhej jazde autom, dlhšom sedení v kine alebo na koncerte. Niekedy ich bolesť aj zobudí, prinúti vstať a uľaviť si ľahkým rozcvičením chrbtice.

Choroba prebieha dlhodobo, najmenej 3 mesiace, spravidla však aj niekoľko rokov. Zápalové postihnutie medzistavcových platničiek a ďalších štruktúr chrbtice vedie k postupnému tuhnutiu, niekedy až k ankylóze chrbtice (nepohyblivému zrastu v dôsledku tvorby syndezmofytov – kostených mostíkov medzi stavcami a ku vzniku tzv. bambusovej chrbtice). K tej môže dôjsť už za 14 rokov od začiatku ochorenia.

Cez všetky nádeje, ktoré poskytujú nové lieky a liečebné postupy, stále zostáva najdôležitejším pacientov osobný prístup k chorobe. Pravidelným cvičením a dodržiavaním základných odporúčaní možno podstatne zlepšiť priebeh choroby i rozsah trvalých následkov.

Liečba Bechterevovej choroby

Liečba vyžaduje dlhodobý a odborný prístup. Táto choroba nie je pri dnešných liečebných možnostiach úplne vyliečiteľná a podávané lieky sa zameriavajú na zmiernenie príznakov a spomalenie zhoršovania (progresie) stavu.

Používané lieky sa zameriavajú na potlačenie zápalovej aktivity a na potlačenie imunitného systému, ktorý reaguje proti tkanivám vlastného tela (autoimunitné reakcie). V súčasnej dobe sa rozvíja pomerne nová skupina liečiv patriacich do tzv. biologickej liečby. Tieto lieky tiež dokážu potláčať prehnajú a nenormálnej reakciu imunitného systému, avšak robia to veľmi cielene na základe detailných poznatkov o spúšťačoch a priebehu imunitnej reakcie. Preto majú výrazne menšie vedľajšie účinky ako klasické imunosupresívne lieky.

Lieky používané pri liečbe Bechterevovej choroby možno rozdeliť do týchto základných skupín:

Nesteroidné antireumatiká: zmiernujú zápalový proces, potláčajú opuchy a bolesť v postihnutých miestach. Patria medzi ne aj notoricky známe lieky, ako napríklad kyselina acetylsalicylová a ibuprofén. Nevýhodou týchto liekov je pri dlhodobejšom užívaní riziko vzniku žalúdočných vredov s možným krvácaním a ďalšími komplikáciami.

Imunosupresívne lieky: potláčajú reakciu imunitného systému ako celku. To vedie k zmierneniu príznakov a zápalovej aktivity, avšak zároveň to má na svedomí aj početné vedľajšie účinky. Organizmus s potlačenou imunitou je napríklad podstatne náchylnejší k infekčným ochoreniam.

Kortikoidy: sú veľmi účinné pri potlačení zápalu a autoimunitnej reakcie, avšak opäť majú množstvo závažných nežiaducich účinkov. Veľké dávky kortikoidov sa teda používajú len krátkodobo, v prípadoch náhleho zhoršenia choroby a jej príznakov.

Biologická liečba: najnovšia skupina liekov, ktorá sa v súčasnosti intenzívne rozvíja. Na základe detailného poznania imunitných mechanizmov na molekulárnej úrovni je možné vyvinúť lieky, ktoré pôsobia cielene proti určitým látkam spôsobujúcim zápal. To potláča prejavy a postup ochorenia, vracia pacienta do normálneho pracovného i spoločenského života bez bolesti a zároveň minimalizuje nežiaduce účinky obvyklé u menej špecifických liekov. Je určená pre pacientov, ktorí spĺňajú kritériá pre začatie biologickej liečby.

Cvičenie a rehabilitácia

Pri máloktorej chorobe sú cvičenia a rehabilitácia natoľko dôležitá ako práve u Bechterevovej choroby. Vďaka vhodnej rehabilitácii je možné spomaliť rozvoj choroby aj jej ďalší priebeh. Zásadné je, aby bola rehabilitácia vedená odborne a správne dávkovaná. Mala by sa pre chorého stať každodennou súčasťou života.

Rehabilitácia prebieha jednak za priamej spolupráce rehabilitačného pracovníka, ktorý vykonáva masáže a asistuje pri rozcvičovaní chrbtice. Ďalej je pacient poučený o vykonávaní samostatných cvikov, predovšetkým dýchacích cvičení. Dôležitý je nácvik priameho držania tela a udržiavanie obratnosti. Rehabilitácia prebieha pravidelne, väčšinou raz týždenne. Samostatne by ste však mali cvičiť aspoň dvakrát denne, najlepšie ráno a na popoludnie.

Okrem cvičenia je nutné dodržiavať určité režimové opatrenia, dbať na správne držanie tela a vhodnú polohu pri spánku. Pre zmiernenie bolesti je vhodné tiež cvičenie vo vode. Vztlaková sila vody uľahčuje pohyby a znižuje záťaž spôsobujúcu niekedy výrazné bolesti. Cvičenie vo vode tak vedie k uvoľneniu napätia a zlepšeniu pohybového rozsahu.

JUVENILNÁ IDIOPATICKÁ ARTRITÍDA (JIA)

Je najčastejšie autoimunitné chronické ochorenie kĺbov, ktoré môže začať veľmi skoro a vedie ku krátkodobej alebo dlhodobej invalidite. Už v samotnom názve choroby je vystihnutá jeho základná charakteristika. Slovo juvenilná artritída znamená, že zápal kĺbov začína v mladom, resp. detskom veku do 16. roku života. Slovo idiopatická vyjadruje, že nepoznáme priamu príčinu vzniku choroby, ako je to napr. pri reumatickej horúčke. Oddávna sa pri spustení zápalu kĺbov pripisuje význam infekcii niektorými vírusmi, resp. niektorými baktériami. V súčasnosti vieme, že vyvolávajúci príčiny chronického zápalu kĺbov je viac.

K najdôležitejším faktorom vzniku JIA patria zdedené vlny, teda genetická predispozícia. Prítomnosť niektorých génov, ktoré sa častejšie vyskytujú u pacientov s určitou formou JIA, ovplyvňuje imunitný systém. Počas chronického zápalu sa v zvýšenej miere tvoria, najmä bunkami imunitného systému, dôležité mediátory zápalu, ktoré sú zodpovedné za jeho pretrvávanie v kĺboch.

Z vonkajších faktorov sú známe infekcia, psychologický stres, trauma. Choroba má rôzny priebeh. Môže začínať pomaly, ale aj naraz so silnými bolesťami kĺbov. Bolesť sa objavuje najčastejšie v pokoji a býva rôznej intenzity. Dieťa v dôsledku bolesti zapáleného kĺbu odmieta pohyb, čo už pri krátkodobom trvaní choroby vedie k poruche funkcie kĺbu.

Príznaky artritídy

Vo všeobecnosti deti majú menšiu vnímavosť bolesti ako dospelí, a preto prvým príznakom choroby môže byť porucha funkcie postihnutého kĺbu, najčastejšie krívanie. Inokedy je prítomná len bolesť a až neskôr sa objaví opuch kĺbu. Malé deti často nevedia lokalizovať miesto bolesti. Sťažujú si na bolesti nôh a niekedy aj rúk.

Podľa postihnutia počtu kĺbov rozlišujeme formu oligoartikulárnu, artritída nepostihuje viac ako 4 kĺby a formu polyartikulárnu, čo znamená, že zapálených je 5 a viac kĺbov. Horúčka, únava, nechutenstvo a strata hmotnosti sú ďalšie všeobecné príznaky chronickej zápalovej reumatoidnej artritídy.

Z dlhodobého hľadiska sa choroba prejavuje celkovými poruchami rastu, či už v dôsledku pretrvávania vysokej zápalovej aktivity alebo ako dôsledok liečby glukokortikoidmi. Poruchy rastu môžu byť aj miestne v dôsledku poškodenia rastových centier. Napríklad zápal kolenného kĺbu trvajúci niekoľko mesiacov môže zapríčiniť asymetrický rast dolných končatín.

Zápal môže pôsobiť stimulačne na rastové štrbiny, vtedy je noha na strane postihnutého kĺbu dlhšia, alebo môže viesť k predčasnemu uzáveru rastovej štrbiny, a vtedy noha prestane rásť.

Okrem zápalu kĺbov závažným mimokĺbovým príznakom je zápal očí, dúhovky a vráskavca (iridocyklitída), rohovky (keratitída), ktoré pri neskorom diagnostikovaní a nedostatočnej liečbe môžu viesť až k slepote. Zákernosť zápalu očí spočíva v tom, že môže prebiehať pomaly a navonok sa nemusí výraznejšie prejavovať. Pravidelné špeciálne vyšetrenie očí u očnému lekárovi je nevyhnutnou súčasťou dlhodobej starostlivosti o pacienta s JIA.

Zriedkavejšie sa môže vyskytovať aj zápal srdcovej blany či srdcového svalu, ktorý môže prebehnúť bez toho, aby sa rozpoznal a bol správne liečený.

Liečba juvenilnej artritídy

Liečba dieťaťa, u ktorého pediater – reumatológ diagnostikoval juvenilnú idiopatickú artritídu, je komplexná. Obvykle je dlhodobá a jej cieľom je potlačiť zápal a zároveň urobiť všetko preto, aby nedošlo k porušeniu funkcie zapáleného kĺbu a zachovala sa svalová sila, funkcia kĺbov a zabezpečil sa normálny rast, fyzický a psychický vývoj dieťaťa.

Splniť tieto ciele nie je možné bez pediatrického reumatológa, ktorý koordinuje spoluprácu lekárov – špecialistov aj z iných odborov, ako je napr. očný lekár, rehabilitačný lekár, ortopéd, zubný lekár, niekedy aj psychológ. Nezastupiteľné miesto pre splnenie požiadaviek úspešnej liečby patrí rodine dieťaťa. Rodičia majú právo dostať informácie o možnostiach liečby. Pediatrický reumatológ by mal rodičom objasniť plánovanú liečbu dieťaťa a čo sa od nej očakáva.

Aké lieky môže dostávať dieťa s juvenilnou idiopatickou artritídou

Výber vhodných liekov závisí od typu choroby, množstva zapálených kĺbov, prítomnosti iných mimokĺbových prejavov choroby a napokon aj od prítomnosti prognosticky dobrých, resp. nepriaznivých faktorov vývoja choroby.

Základom liečby na začiatku choroby sú lieky, ktoré tlmia bolesť, znižujú teplotu a majú aj mierny protizápalový účinok. Tieto lieky by sa mali podávať pravidelne aspoň 6 – 8 týždňov, kým sa preukáže ich účinok. Počas liečby týmito liekmi je potrebné sledovať nežiaduce vedľajšie účinky. Tieto sú vždy vyznačené na príbalovom letáčku, napriek tomu by mal lekár ústne informovať rodiča aspoň o tých najzávažnejších.

Ďalšou skupinou sú lieky, ktoré neúčinkujú proti bolesti a zápalu ihneď, ale až po niekoľkých týždňoch až mesiacoch. V súčasnosti sa liečba týmito liekmi začína skôr, už počas prvých mesiacov od začatia choroby. Nevyhnutné je sledovať bezpečnosť liečby kontrolou vybraných laboratórnych ukazovateľov v 4 až 8 týždňových intervaloch.



Hormonálna liečba glukokortikoidmi v infúznej alebo tabletkovej forme je v súčasnosti vyhradená pre liečbu ťažkých foriem JIA. Oveľa častejšie sa podávajú kortikoidy priamo do chorého kĺbu. Cieľom takéhoto postupu je zabrániť mnohým nežiaducim účinkom, ktoré sú dôsledkom celkového podávania glukokortikoidov.

Pre najzávažnejšie formy JIA, ktoré nedostatočne odpovedajú na klasickú liečbu, je vyhradená biologická liečba. Biologická liečba priamo zabraňuje tvorbe alebo účinku bielkovín, ktoré sprostredkujú zápal. V budúcnosti sa nádeje vkladajú aj do génovej liečby, ktorá bude určite opodstatnená pre niektoré formy JIA.

Neodmysliteľnou súčasťou komplexnej liečby je pravidelná rehabilitácia, niektoré fyzikálne postupy, používanie protetických pomôcok a psychologická príprava.

Prognóza ochorenia

Na otázku rodičov, aká je prognóza choroby ich dieťaťa, je ťažko odpovedať. Na začiatku ochorenia sa často nedá jednoznačne určiť priebeh choroby, či sa ju podarí úplne potlačiť ale-

bo jej aktivita môže s rôznou intenzitou pretrvávajúť až do dospelosti. Platí však, čím dlhšie trvá zápal kĺbu, tým je väčšie riziko jeho poškodenia s následným obmedzením až stratou funkcie. Aj z tohto pohľadu je juvenilná idiopatická artritída závažná choroba.

Liečba tejto choroby patrí do rúk skúseného odborníka – špecialistu, ktorý starostlivo monitoruje liečbu a jej účinky. Dieťa s chronickým zápalom kĺbov je často limitované vo svojich aktivitách, častejšie môže chýbať v škole.

Cieľom komplexnej liečby pacienta s JIA je zabezpečiť čo najlepšiu kvalitu života. Vďaka súčasným možnostiam liečby sú výsledky podstatne lepšie ako boli pred rokmi. Úspech liečby je podmienený dobrou spoluprácou s rodičmi a dobrým rodinným zázemím dieťaťa.

Optimálna je integrácia chorého dieťaťa medzi ostatné deti. Veľmi dôležitou je motivácia k vzdelávaniu a využívanie každej schopnosti dieťaťa. Cieľom je dosiahnuť vzdelanie, ktoré v dospelosti umožní adekvátnu prácu, a tým aj lepšiu kvalitu života a nezávislosť.

PSORIATICKÁ ARTRITÍDA

Psoriatická artritída je chronické zápalové reumatické ochorenie, ktoré sa podľa niektorých zdrojov vyskytuje skoro tak často ako cukrovka. Prejavuje sa zápalom kĺbov a vo väčšine prípadov tiež prítomnosťou kožného postihnutia psoriázou. Iba zriedkavo bývajú pri psoriatickej artritíde chorobne zmenené vnútorné orgány, nervovocievny systém alebo oči.

Psoriáza, v slovenčine označovaná aj ako lupienka, je chronické kožné ochorenie, ktorého názov pochádza od brnenského rodáka Hebru z roku 1841. Do jeho čias sa toto ochorenie spolu s ďalšími kožnými chorobami označovalo spoločným výrazom psóra. V neskoršom období sa dokonca psoriáza považovala aj za jednu z foriem lepry – psóra leprosa. Možno odtiaľ pochádzajú všetky tie obavy z jej infekčnosti, ktoré sú známe z histórie. V dávnej minulosti sa postupne opisali všetky kožné formy psoriázy a potvrdilo sa, že nie je prenosná, ale podmienená geneticky. Postihuje asi 3 % populácie, najmä belochoch, menej černochoch a u eskimákov je ojedinelá. Psoriáza sa prejavuje zapálenými červenými plochami s nadmernou tvorbou striebřistých šupiniek.

To, že psoriázu môžu sprevádzať aj kĺbové ťažkosti, si v roku 1973 všimli páni Wright a Moll. Ochorenie označili ako artritídu spojenú so psoriázou. Neskôr sa zaužíval názov psoriatická artritída (v skratke PsA).

Príčina psoriatickej artritídy a jej klinický obraz

Presnú príčinu tak psoriázy ako aj psoriatickej artritídy ani dnes nepoznáme. S istotou ale vieme, že obe sú dedične podmienené, pričom na ich vzniku sa podieľa súhra viacerých prírodných súvislostí. Veľakrát to bývajú infekcie, ktoré narušia rovnováhu imunitného systému a bývajú spúšťacím momentom pre objavenie sa ako psoriázy, tak aj zápalu kĺbov. Okrem angíny ale-

bo chrípky to býva aj drobný úraz kĺbu, hormonálne zmeny alebo stres, ktoré sa môžu uplatniť ako provokačný faktor. Je potrebné vedieť, že nie každý pacient so psoriázou musí mať súčasne postihnutý pohybový aparát. Psoriatická artritída vzniká u 10 až 40 percent mužov a žien chorých na psoriázu často až po rokoch od objavenia sa kožných prejavov. Najčastejšie začína psoriáza aj artritída súčasne a iba zriedkavo sa stáva, že zápal kĺbov predchádza psoriatickým kožným prejavom.

Priebeh psoriatickej artritídy býva rôznorodý. Veľakrát sa choroba začína nevýraznými bolesťami a opuchom jedného alebo viacerých kĺbov, šlachových úponov či zápalovými bolesťami chrčtice. Prognosticky najnepriaznivejšie sú formy PsA, pri ktorých zápal postihuje veľa kĺbov vrátane chrčtice, pričom mnohí pacienti majú súčasne aj nepriaznivý nález psoriázy. Správne zvolenou liečbou možno priaznivo ovplyvniť priebeh a prognózu choroby aj u týchto pacientov.

Podmienkou úspešnej liečby je stanovenie diagnózy psoriatickej artritídy. Skúsený lekár spozná chorobu podľa jej typických prejavov. V oblasti kĺbov končatín možno nájsť zápalové postihnutie koncových článkov prstov, ktoré sa prejavuje ich bolestivým opuchom a začervenaním kože nad nimi. Iným typickým znakom choroby je tzv. lúčovité postihnutie kĺbov toho istého prsta, kedy je celý prst zdurený a pripomína svojim výzorom párok či klobásu. Preto sa v praxi používa aj termín „párkovitý“ alebo „klobásovitý“ opuch. V medicínskej terminológii sa označuje ako daktylitída, ktorá sa nemusí vyskytovať na všetkých prstoch končatín a môže sa kombinovať s postihnutím koncových tzv. distálnych článkov prstov. V dôsledku opuchu sú kĺby menej ohybné a pokiaľ zápal trvá dlhšiu dobu a nelieči sa, môže viesť k rôznym deformitám. U pacienta sa vtedy zhoršuje pohyblivosť, často sa stráca v dôsledku deformít kĺbov rúk aj úchopová funkcia ruky a pacient je odkázaný v bežnom živote na pomoc inej osoby. Niektorí pacienti,

u ktorých zápal poškodí chrbticu, pripomínajú výzorom pacientov s Bechtereovou chorobou. Bolesť chrbtice ich spravidla budia nad ráno, pričom po prebudení sa pociťujú stuhnutosť chrbtice, ktorá sa zmiernuje v priebehu predpoludnia.

Diagnostika psoriatickej artritídy

Postihnutie kĺbov typické pre psoriatickú artritídu odlišuje toto ochorenie od iných zápalových reumatických chorôb. Najčastejšie je v praxi potrebné odlišenie od reumatoidnej artritídy a ankylozujúcej spondylitídy nazývanej tiež Bechtereova choroba, ktoré môžu mať viaceré prejavy choroby podobné ako PsA.

Pri stanovení diagnózy PsA pomáha lekárovi v praxi aj RTG vyšetrenie, pri ktorom sa zápalové deštruktívne zmeny nachádzajú v kĺbových lokalitách typických pre toto ochorenie, teda na koncových článkoch prstov rúk a nôh, lúčovite na kĺboch toho istého prsta alebo na chrbtici. Pri diagnostických nejasnostiach môže byť nápomocné aj genetické vyšetrenie, pri ktorom sa nachádzajú pre ochorenie typické gény HLA B27 – najmä u pacientov s postihnutím chrbtice, B13 a cw6 pri kožných nálezoch psoriázy. Napokon už samotná existencia psoriázy u pacientov so zápalovými kĺbovými prejavmi vedie k stanoveniu diagnózy psoriatickej artritídy, hoci existuje malé percento pacientov s iným zápalovým reumatickým ochorením a náhodným súčasným výskytom psoriázy. Diagnostiku psoriázy sťažuje skutočnosť, že po nej musí lekár cieľe pátrať, pretože sa môže vyskytovať na oku skrytých plochách kože. Niekedy býva iba vo vlasatej časti hlavy a niekedy postihuje dokonca iba nechty. Pri postihnutí vlasatej časti hlavy sa môže zameniť za tzv. seborrhoickú dermatitídu a pri výskyte na nechtoch platničkách zas za plesňové ochorenie nechtoch. Často až dermatológ špecializovanými metódami môže stanoviť diagnózu psoriázy. V mnohých prípadoch aj jemu pomáha genetické vyšetrenie pacienta, ktoré sa robí v špecializovaných zariadeniach.

Liečba psoriatickej artritídy

Pri liečbe pacienta s PsA musí lekár brať ohľad nielen na zápal kĺbov a chrbtice, ale aj na prítomnosť kožnej psoriázy. Niektoré lieky, ktoré sa bežne používajú na liečbu kĺbového zápalu, môžu totiž zhoršovať psoriázu. Z toho dôvodu sa dnes už menej používajú a pokiaľ sa aj ordinujú, býva to u pacientov s minimálnym nálezom psoriázy.

Väčšina v praxi používaných liekov má schopnosť zmierniť zápal kĺbov a súčasne zlepšiť psoriázu.

K základom liečby počínajúcej psoriatickej artritídy patria

nesteroidové antiflogistiká. Pokiaľ zápal kĺbov pretrváva, musia sa ordinovať ďalšie tzv. chorobu modifikujúce liečivá, ktoré majú schopnosť dlhodobejšie a účinnejšie brzdiť zápalový deštruktívny proces na kĺboch a chrbtici. Dokázaný priaznivý účinok tak na psoriázu, ako aj na zápal kĺbov, má metotrexát prostredníctvom ovplyvnenia chorobných reakcií imunitného systému. Podobne pôsobí aj cyklosporín, ktorý má dokázaný účinok najmä na psoriázu. Slabší protizápalový účinok na zápal kĺbov, ale takmer žiadny účinok na psoriázu sa potvrdil pri salazopyrine. Preto sa jeho použitie odporúča pri miernom priebehu psoriatickej artritídy. Spomínané lieky sa môžu používať aj v rôznych vzájomných kombináciách, čo umožňuje liečiť nižšími dávkami a účinnejšie ovplyvniť súčasne kožný nález psoriázy a kĺbový zápal. Niektorým pacientom na posilnenie účinku týchto liekov pridávajú lekári aj glukokortikoidy, ktoré sa môžu podávať aj priamo do zapálených kĺbov a lieči sa nimi lokálne aj psoriáza.

Po vyčerpaní možností uvedených štandardných liečebných prostriedkov má lekár v špecializovaných centrách možnosť použiť v indikovaných prípadoch psoriatickej artritídy aj najnovšiu tzv. biologickú liečbu. Je určená tým pacientom s PsA, ktorých zápalové reumatické ochorenie nedostatočne reagovalo na klasickú, bežne dostupnú liečbu. Biologická terapia je namierená proti hlavnému pôvodu zápalu, ktorým je tzv. tumor nekrotizujúci faktor. Tento má kľúčovú úlohu v procesoch, ktoré vedú k objaveniu sa psoriázy a zápalu kĺbov. Jeho zvýšené hodnoty sa našli v psoriatických ložiskách, ale aj šlachových úponoch a šlachových puzdrách u pacientov s PsA. Liečba biologickými prostriedkami je v indikovaných prípadoch veľmi účinná, má však aj svoje riziká. Preto lekár, ktorý liečbu môže indikovať, musí tieto riziká poznať a zvážiť ich pri predpísaní biologického liečiva. Iba tak môže byť biologická liečba účinná a bezpečná aj v prípadoch závažnej psoriázy alebo ťažších priebehoch PsA. Z toho dôvodu je forma biologickej terapie na Slovensku vyhradená pre špecializované pracoviská, ktoré sa zaoberajú diagnostikou a liečbou reumatických chorôb. Biologická liečba predstavuje novú nádej aj pre chorých s ťažkým, veľakrát invalidizujúcim priebehom PsA na plnohodnotnejší život.

Liečba pacienta s psoriatickou artritídou by mala byť komplexná. Nemala by spočívať iba v ordinácii liekov, ale mala by využívať aj balneorehabilitáciu na ovplyvnenia funkčného deficitu pohybového aparátu. Pokiaľ došlo napriek terapii k vývoju deformít kĺbov, prichádzajú na rad reumochirurgické výkony, korekčné operácie a umelé náhrady kĺbov.

SEPTICKÁ ARTRITÍDA KĹBU

Infekčnou (septickou) artritídou kĺbu nazývame infekčné postihnutie kĺbu, kedy je pôvodca bakteriálny agens. Akútna forma septickej artritídy je zvyčajne vyvolaná niektorou z nasledujúcich baktérií – Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae streptokoky skupiny B; chronická forma je vzácnejšia, spôsobuje ju často Mycobacterium tuberculosis alebo Candida albicans, ale pôvodcom môže byť akýkoľvek patogén.

Infekcia sa do kĺbu môže dostať dvoma spôsobmi. Prvým je priamou cestou z okolia pri úraze, u ktorého dôjde kanálom k prieniku mikroorganizmov do kĺbu. Podobne aj prestupom infektov z okolitej kosti pri osteomyelitíde. Pomerne častou príčinou je infekcia kĺbu pri punkcii kolena pri odbere synoviálnej tekutiny alebo pri podaní lieku injekciou priamo do kĺbu.

Druhou cestou je tzv. hematogénna infekcia, u ktorej sa do kĺbu baktérie dostanú inou cestou krvou z ložiska inde v tele (hnisavé ložisko na prstoch, hnisavé vačky zubov...).

Na vznik infekčnej artritídy má vplyv celkové oslabenie organizmu pri niektorých chorobách, kedy dochádza k oslabeniu imunity. Medzi rizikové skupiny patria pacienti s diabetes mellitus (cukrovka), pacienti s reumatoidnou artritídou, užívajúci kortikoidy (astma bronchilae), pacienti s nádorovým ochorením, pacienti po nedávno vykonanej operácii kĺbov; medzi ďalšie rizikové faktory patrí vek nad 80 rokov. Nie sú zvýšené zápalové hodnoty, najčastejšie postihnutým kĺbom je kolenný alebo bedrový kĺb, ale môže sa vyskytovať v akejkolvek lokalizácii. Septická artritída musí však byť včas rozpoznaná a liečená, pretože môže v krátkej dobe spôsobiť deštrukciu kĺbu.

Príznaky

Pretože ide o infekčné ochorenie, je v popredí celkový stav pacienta: prítomná horúčka, triaška a príznaky celkového schvátania pacienta. V oblasti infikovaného kĺbu je výrazná bolesť, opuch a začervenanie. Kĺb je naplnený tekutinou, ktorá vedie spolu s bolesťovosťou k obmedzeniu pohybov v danom kĺbe. Pri vykonaní laboratorného vyšetrenia sú výrazne zvýšené zápalové markery (sedimentácia, CRP, zvýšené hladiny leukocytov). Náplň kĺbu je zistiteľná buď prehmataním kĺbu (kolena) alebo pri ultrazvukovom vyšetrení, čo je jasnou indikáciou na vykonanie punkcie kĺbu a odsatie vzorky na ďalšie mikrobiologické vyšetrenia (na zistenie pôvodcu infektu a jeho citlivosť na antibiotiká). Punkt je u infekčnej artritídy vždy výrazne zakalený, hnisavý, niekedy má až charakter smotany. U pacientov s poruchou imunity nemusia byť príznaky celkom evi-

dentné (stav bez teplôt, bez začervenania kĺbu, s minimálnym opuchom) a môže dôjsť k prehliadnutiu postihnutia.

Terapia

V prípade, že je podozrenie na infekčné postihnutie kĺbu (teploty, vysoké CRP i sedimentácia), je potrebné v prvom rade odobrať vzorku na kultiváciu a následne nasadiť antibiotiká. V prípade opačného postupu by mohlo byť mikrobiologické vyšetrenie falošne negatívne. Antibiotiká sa v prvej fáze nasadzujú tzv. naslepo podľa skúseností lekára alebo zvyklostí pracovišťa a následne sa upravujú podľa preukázaného pôvodcu a zistenú citlivosť na antibiotiká. Zároveň s nasadením antibiotík je potrebné vykonať otvorenú alebo artroskopickú revíziu kĺbu, pri ktorej sa vypustí z kĺbu hnis, kĺb sa vypláchne a zavedie sa do neho preplachovacia laváž (hadičky, ktoré vyplachujú kĺb a odstraňujú zvyšné baktérie a hnis). Niekedy je potrebné odstrániť aj zrasty v kĺbe, vzniknuté zápalom. V prípade, že z nejakej príčiny nie je možné vykonať revíziu a laváž, je nutné aspoň odsasť hnis z kĺbu. Výplach ponechávame v kĺbe niekoľko dní, kým kontrolným mikrobiologickým vyšetrením nezistíme, že pôvodca zápalu už nie je prítomný. Pri liečení infekčnej artritídy sa antibiotiká podávajú väčšinou dlhodobo (po dobu niekoľko týždňov aj mesiacov), kým nedôjde k normalizácii zápalových markerov. V prípade neskorej diagnostiky alebo chybné liečby môže dôjsť k deštrukcii kĺbu so stratou jeho funkcie.

DNA, UŽ CHOROBA NIELEN KRÁĽOV

DNA je to jedno z ochorení, ktoré si človek môže zapríčiniť aj sám. Choroba totiž úzko súvisí so stravovaním, životným štýlom a pohybom. V Európe v súčasnosti trpí dnou asi 1 percento obyvateľov, hoci skutočné čísla môžu byť aj vyššie. Je to choroba najmä mužov, až 90 % pacientov tvoria muži vo veku okolo 40 rokov. U žien sa vyskytuje dna menej často, najmä v prechode, ktorý však nastáva u mnohých žien skôr, ako tomu bývalo kedysi.

DNOU v minulosti trpeli aj mnohí významní panovníci, politici, vedci, ako Ľudovít XIV., Darwin, Goethe, Newton, ale aj starí Egypťania či grécky lekár Hippokrates a ďalší. Aj preto sa nazývala „choroba kráľov či bohatých“. A tiež ešte z jedného dôvodu – v minulosti sa tradovalo, že postihuje najmä ľudí z vyššej vrstvy, a to kvôli tomu, že konzumujú príliš veľa mäsa, alkoholu a iných pokrmov a nápojov, ktoré majú na toto ochorenie vplyv.

Metabolická porucha kyseliny močovej

DNA je vlastne metabolickou poruchou látkovej premeny a je známa aj pod inými názvami, lat. artritís urica, ľudovo pakostnica či podagra. Radí sa medzi reumatické choroby a jej podstata spočíva v tom, že mikrokryštály soli kyseliny močovej (uráty) sa usádzajú do kĺbových chrupiek alebo aj do kože, obličiek či ciev. Kyselina močová vzniká v organizme odbúraním

látok – purínov, ktoré sú súčasťou ľudských buniek.

Z tela sa následne kyselina vylučuje obličkami alebo črevom. Problém vzniká, ak človek nemá (alebo má iba v nedostatočnom množstve) enzým urikáza, ktorý túto kyselinu rozpúšťa. Kyselina močová sa začína v tele usádzať, čo sa prejaví bolesťami kĺbov, najmä v oblasti prstov, kolien alebo členkov. Ložiská kyseliny močovej môžu mať na postihnutých miestach podobu hrbolčekov.

Ako vzniká DNA?

Zvýšenie kyseliny močovej vzniká v ľudskom organizme buď vrodeným defektom (DNA sa často vyskytuje u viacerých členov rodiny) alebo nesúlalom medzi tvorbou tejto kyseliny a jej vylučovaním.

Hlavnou príčinou primárnej DNY je zvýšená koncentrácia kyseliny močovej v organizme. To môže byť vyvolané jej nadmernou tvorbou alebo nedostatočným odbúraním. Vyše 90 % pacientov má selektívnu poruchu vylučovania kyseliny močovej obličkami.

Sekundárna DNA vzniká ako dôsledok niektorých chorôb, napr. štítnej žľazy, obličiek, ale aj pri niektorých onkologických ochoreniach, vplyvom niektorých liekov, dokonca aj pri otrave olovom.

Záchvaty DNY

Pre DNU sú typické záchvaty. Môžu sa objaviť vtedy, keď sa poruší diéta, ale aj pri vyčerpaní, strese alebo zvýšenej fyzickej námahe. Záchvat DNY môžu vyvolať aj niektoré lieky, napr. na liečbu vysokého krvného tlaku alebo diuretiká (lieky na odvodnenie). Obdobia pokojného obdobia a záchvatov sa môžu striedať v rôznych intervaloch týždňov, mesiacov až rokov. Súvisí to aj s tým, do akej miery sa objavia deformity na kĺboch a či ochorenie prejde do štádia tzv. usadenín, ktoré zanechávajú deformity na koži.

Pri porušení diéty, napr. tak, že osoba skonzumuje v nadmernom množstve potraviny alebo nápoje, ktoré obsahujú vo zvýšenej miere látky puríny, sa následne soli kyseliny močovej začnú ukladať v podobe kryštálikov v tkanive kĺbov, čo spôsobuje zápal a veľkú bolestivosť. Ochorenie môže postihnúť (najčastejšie) kĺb palca nohy, ale aj iné kĺby nôh a rúk. Lekár pri diagnostike vidí, že postihnutý kĺb je opuchnutý, červený, teplý, citlivý na dotyk.

Bolesť prichádza nečakane do kĺbov, väčšinou na palcoch nôh a rúk. Človek má problémy nielen pri chôdzi a pohybe, ale často ho bolesť sprevádza v sede či ležiac na posteli. Prognóza závisí od liečby a od priebehu ochorenia. Ak sa choroba stane chronickou, môže viesť až k invalidite a k nutnosti dialýzy.



DNA a pridružené komplikácie

Neliečené alebo nedostatočne liečené ochorenie môže mať vážne následky na celkové zdravie. DNA má úzky súvis s vysokým tlakom, ale aj ochoreniami močových ciest a obličiek (môže viesť k obličkovým kolikám). Objaviť sa tiež môžu výrazné bolesti hlavy, tráviace ťažkosti, ako aj kožné prejavy napr. ekzém a poruchy zraku. Vo vážnych prípadoch môže DNA viesť k poškodeniam kĺbov a kostí, metabolickým poruchám a ďalším závažným ochoreniam.

Normálne hladiny kyseliny močovej

- ženy do 340 mikromol/liter

- muži do 420 mikromol/liter

Rizikové faktory vzniku dnavej artritídy všeobecne sú

- výskyt v pokrvnej rodine (dedičnosť)
- obezita
- hypertenzia
- užívanie thiazidových diuretik
- konzumácia alkoholu
- diabetes mellitus
- ochorenia obličiek
- dlhodobé, prípadne časté užívanie antibiotík

DNA a jej liečba

Základom liečby DNY je diéta, ktorá je založená na obmedzení purínov v strave. Avšak ani bez liekov to nepôjde. Lieky na DNU znižujú v tele tvorbu kyseliny močovej. V štádiu akútneho záchvatu je nutné tlmieť zápal a bolesť analgetikami a ďalšími látkami.

Zápal v organizme môžu pomôcť zmierniť antireumatiká, ale aj omega-3 masné kyseliny, vitamín C a vitamín E. Pacientom s DNOU pomáhajú (nie však v období záchvatov) aj kúpele v sírnych termálnych vodách, fyzikálna liečba a rehabilitácie. Novinkou je nová biologická liečba DNY.

Pre pacientov s DNOU platia 3 dôležité pravidlá

1. udržiavanie ideálnej hmotnosti
 2. pitný režim 2 – 3 litre tekutín denne, predovšetkým v podobe čistej vody, čiastočne minerálok, čajov (napr. žihľavový, prasličkový), ale žiaden alkohol; dostatok tekutín podporuje vylučovanie a zlepšuje metabolizmus
 3. konzumácia dovoleného jedla v malých dávkach a častejšie
- Záchvaty DNY sa objavujú najmä v noci a predchádza im zvýšená konzumácia potravín s vysokým obsahom purínov alebo piva a alkoholu. Spúšťačom u indisponovaných osôb môže byť aj prekonaný stres, operácia alebo aj bežná viróza.

Pozor na puríny

Puríny sú organické zlúčeniny, ktoré sa v rôznom množstve nachádzajú takmer vo všetkých rastlinných a živočíšnych potravinách. Medzi potraviny s vysokým obsahom purínov patrí mäso a mäsové výrobky, ale pre pacientov s DNOU sú nevhodné aj iné potraviny, napr. kakao, rôzne korenia, strukoviny alebo už spomínaný alkohol.

Potraviny s vysokým obsahom purínov

Týmto potravinám sa pacienti s DNOU majú vyhýbať alebo aspoň ich obmedzovať:

- niektoré druhy rýb: pstruh, sardinky, sled, kapor, ančovičky (sardelky), krab, kaviár
- mäso: vnútornosti, pečeň, mozoček, bravčové, hovädzie mäso, údeniny, vývar
- zelenina: šošovica, hrach, fazuľa, špenát, kapusta, cesnak, chren, karfiol, brokolica, špargľa
- pochutiny: kakao, korenia (napr. grilovacie), droždie

(v malom množstve v potravinách neprekáža),
čokoláda, majonéza, horčica, sójová omáčka

- alkohol, pivo, víno
- kofeín a kolové nápoje
- vyprážené, korenisté jedlá

Potraviny s nízkym obsahom purínov

(vhodné pre pacientov s DNOU):

- ryža, cestoviny
- biele pečivo
- nepľnotučné mlieko a výrobky z neho
- iba výnimočne: kuracie a králičie mäso
- zelenina (čerstvá): zemiaky, pór, zeler, koreňová zelenina, obilniny, kukurica
- ovocie – čerstvé, ale i zavárané – čerešne, jahody, jablká, hrušky, červený melón, grapefruit, banány

Životný štýl DNA a jeho dodržiavanie

Pri DNE je kľúčovou voľbou na ceste k zlepšeniu zdravotného stavu zmena životného štýlu a dodržiavanie prísnej DNA diéty.

Ak choroba nie je liečená a prechádza do chronickej formy, môže poškodiť vnútorné orgány a viesť až k takým závažným zmenám v organizme, že to môže človeka vyradiť z pracovného i bežného života.

Je dôležité konzumovať potraviny v čo najčerstvejšom stave, vyhýbať sa úprave jedál pečením, vyprážením a uprednostňovať surovú zeleninu, ovocie, prípravu jedál v pare a pod. Napriek tomu, že je diéta pri dne veľmi prísna, je dôležité dbať na to, aby bola strava pestrá, plnohodnotná, výživná, teda nie jednostranná. Žiadne prejedanie sa, vhodnejšie sú menšie porcie.

Treba obmedziť stravu s vyšším podielom tukov a vyhýbať sa aj ostrým jedlám.

SJÖGREN OV SYNDRÓM

Sjögrenov syndróm (SjS) je chronické autoimunitné ochorenie, systémovo postihujúce spojivé tkanivo, ktoré je charakterizované hlavne zníženým vylučovaním žliaz s vonkajšou sekréciou. SjS častejšie postihuje ženy, v pomere 9:1. Prvé príznaky sa objavujú medzi 40. až 60. rokom, hoci výskyt tohto ochorenia bol však už opísaný aj u detí.

Ochorenie sa môže vyskytovať buď ako samostatné – ide o primárny SjS, alebo pri iných reumatických chorobách, keď ide o sekundárny SjS. Najčastejšie sa sekundárny SjS vyskytuje v súvislosti s reumatoidnou artritídou a systémovým lupus erythematosus, ale nachádzame ho aj pri dermatomyozitíde, progresívnej systémovej skleróze, polymyozitíde alebo pri Sharpovom syndróme.

Pôvod a priebeh ochorenia

Pôvod podobne ako pri iných systémových ochoreniach spojiva nie je známy. Na základe množstva klinických a epidemiologických štúdií pri vzniku ochorenia majú významnú úlohu niektoré vrodené danosti, hormonálne vplyvy a vonkajšie vyvolávajúce momenty. Z genetických daností sú to HLA-antigény genómu DR3, DQ a DQ1, kým DR4 je častejší pri sekundárnom SjS. Častejší výskyt u žien napovedá, že určitú úlohu tu majú ženské pohlavné hormóny. Z vonkajšej stimulácie sa za spúšťací mechanizmus považujú niektoré vírusové ochorenia, napr. vírus Epstein-Barrovej alebo aj retrovírusy. Nejasnou otázkou zostáva, prečo autoimunitná aktivita proti vlastným tkanivám pretrváva aj po odznení spúšťacieho ochorenia.

Klinický obraz choroby je podmienený postihnutím žliaz s vonkajšou sekréciou autoimunitným zápalom. Tento sa prejavuje najprv bujnením, potom atrofiou výstelkovej vrstvy (epitelu) žľazy a infiltráciou žľazového tkaniva lymfocytmi

a plazmocytmi, ktoré sú príznakom zápalu a produkujú protilátky proti vlastným orgánom tela chorého. Uvedený chorobný proces vedie spočiatku k rozširovaniu, postupne k zužovaniu vývodov žliaz, premene aktívnej štruktúry žliaz na väzivo a k zániku ich funkcie. Vo výnimočných prípadoch infiltrácia bunkovými elementmi stratí zápalový charakter a zmení sa na malígne bujnenie a vedie k vzniku malígnych lymfómov.

Klinický obraz

V klinickom obraze sa uvedené procesy prejavujú suchosťou slizníc a kože zo zníženého až nedostatočného vylučovania slinných a slzných žliaz, ale súčasne môžu byť postihnuté aj žľazy zvlhčujúce dýchacie cesty, žalúdok, exokrinné žľazy podžalúdkovej žľazy a vaginálnej sliznice.

Chorý má pocit suchých pálivých očí „ako by mu piesku nasypali“. Časté sú opakované zápaly spojiviek, neskôr i poškodenie a olupovanie vrchnej vrstvy rohovky. Nedostatok slín sa na začiatku prejavuje len zvýšenou potrebou zapíjať suchú potravu vodou, no pri vystupňovanej poruche pretrváva suchý pálivý pocit v ústach a na jazyku, tvoria sa ústne kútiky a iné zápaly na ústnej sliznici.

Lokalizácia ochorenia v tráviacom trakte vyvoláva nedostatok tráviacich štiav a chronický zápal slizníc pažeráka a žalúdka. Postihnutie podžalúdkovej žľazy obmedzuje vylučovanie tráviacich fermentov, ktoré produkuje pankreas, a je spojené s nechutenstvom a poruchami trávenia.

V oblasti obličiek je postihnutá najmä ich podkôrová tubulárna časť, kde sa z prefiltrovaného moču spätne vstrebávajú potrebné živiny a soli. Následkom je tzv. renálna acidóza, občas až renálny diabetes insipidus. Ak imunitný proces zasahuje i cievy, môžu byť poškodené i filtračné klbká (glomeruly) s následným obmedzením filtračných funkcií.

Postihnutie ciev sa prejavuje v kožnej forme purpurou –

drobnými bodkovými krvácami v podkoží, ktoré najčastejšie býva lokalizované na predkoleniach. Býva sprevádzané hypergamaglobulinémiou. Ide o hypersenzitívnu vaskulitídu. Miernejším symptómom je tzv. Raynaudov syndróm, ktorý sa prejavuje chladnými končatinami, belením prstov v chlade. Je spôsobený poruchou periférnej cirkulácie.

Sprievodným znakom SjS môže byť aj autoimunitný zápal štítnej žľazy, ktorý sa prejavuje najprv zvýšenou, potom zníženou funkciou štítnej žľazy a napokon poruchou jej štruktúry.

Bolesti kĺbov a svalov sa pravidelne vyskytujú pri autoimunitných ochoreniach. Pri SjS môžu mať formu epizodicky sa vyskytujúcich artritíd, ktoré v niektorých prípadoch prejdú do chronicity, a tým i do ďalšieho ochorenia reumatoidnej artritídy.

Z celkových prejavov sa objavujú slabosť, malátnosť, nechutenstvo, mierne zvýšenie teploty najmä večer a v noci.

V laboratórnom obraze nachádzame zvýšené zápalové reaktanty, sedimentáciu červených krviniek a CRP. V krvnom obraze je častý pokles počtu bielych krviniek, krvných doštičiek, niekedy aj anémia.

Takmer 90 % chorých má pozitívne reumatické faktory, často vo vysokých titroch. Môže byť prítomná pozitivita antinukleárných protilátok, protilátky typu SSA a SSB, orgánovo špecifické protilátky: proti štítnej žľaze, hladkému svalstvu, žalúdovej sliznici a slinným žľazám. Časté sú protilátky proti jednotlivým krvným elementom alebo ich časticiam, polyklonálna alebo monoklonálna hypergamaglobulinémia.

Prognosticky významná je prítomnosť protilátky SSA u mladých žien postihnutých týmto ochorením. V tehotnosti žien s vysokou pozitivitou týchto protilátok je zvýšené riziko srdcových chýb u plodu, a preto vyžadujú zvláštne liečebné postupy pred graviditou a počas nej.

Diagnostika

Vychádza z klinického a laboratórneho obrazu, nemá ale na svete jednotné kritériá. Uznávajú sa tzv. kritériá zo San Diega a klasifikačné kritériá vytvorené Európskym epidemiologickým centrom.

V oboch sú tieto spoločné znaky:

a) Symptómy a objektívne príznaky suchosti očí

- pocit pálenia očných spojiviek, znaky zápalu spojiviek
- objektivizácia slzným (Schirmerovým) testom – menej ako 8mm/15 min.

- farbenie rohovky bengálskou červeňou – olupovanie rohovky
- b) Symptómy a objektívne príznaky suchosti úst
- nedostatok slín – objektivizácia slinným testom (menej ako 15ml/15 min.)
- sonografické, sialografické alebo scintigrafické vyšetrenie slinných žliaz
- biopsia a histologické vyšetrenie slinných žliaz
- c) Laboratórne vyšetrenie
- pozitivita reumatického faktora
- pozitivita anti-SSA a SSB-protilátok
- pozitivita ANA-protilátok

Diferenciálna diagnostika

Vylúčiť prípady sekundárneho SjS pri reumatických chorobách uvedených vyššie. Z ostatných chorôb vylúčiť suché syndrómy pri chronických alergických zápaloch spojiviek a dýchacích ciest, cukrovke. Z iných chorôb treba vylúčiť biliárnu cirhózu, sarkoidózu a malígne ochorenie lymfatických a slinných žliaz.

Liečba SjS

Liečba je pri SjS dvojaká – kauzálna a substitučná.

Pri kauzálnej, teda príčinnej, liečbe sa snažíme zasiahnuť do autoimunitného zápalu a patrí do rúk odborníka, ktorý o nej rozhodne na základe zhodnotenia klinického obrazu.

Používajú sa antireumatiká II. radu, potláčajúce autoimunitný zápal, ku ktorým patria chlorochíny, metotrexát, cyklosporín a imuran.

Substitučná liečba sa snaží odstrániť vedľajšie príznaky a nahradiť chýbajúce vylučky žliaz. Patria sem rôzne druhy umelých slz (Arufil), ústne spreje, umelé sliny (Saliva, Glandosan, Sialin), žuvačky podporujúce vylučovanie slín, vaginálne lubrikancia a lieky stimulujúce vylučovanie bronchiálnych, žalúdočných a pankreatických štiav, vitamíny a koenzým Q podporujúce regeneráciu slizníc. Pri kĺbových a svalových bolestiach sa podávajú nesteroidné antireumatiká a analgetiká, obvykle spolu s liekmi, ktoré majú ochranný vplyv na žalúdočnú sliznicu.

Úspech liečby závisí od včasného zachytenia choroby. Ani intenzívna a dlhodobá liečba nemôže nahradiť poškodené a už nefunkčné žľazy a úplne odstrániť prejavy suchých slizníc. Napriek tomu je potrebné v nej pokračovať, aby sa zachovali ešte funkčné žľazy a nerozvinul sa obraz systémového poškodenia mimožľazových orgánov.

Spracované podľa dostupných zdrojov.

Prílohu pripravil: Ing. Maroš Silný



HUMANITA Plus – špecializovaná príloha pre zdravotne postihnutých a znevýhodnených ľudí. Vychádza ako súčasť časopisu HUMANITA, časopisu dobrovoľníckeho sektora Slovenskej republiky. Časopis HUMANITA vydáva Slovenská humanitná rada, IČO: 17316014, s podporou grantu MPSVR SR. Registrácia pod č. MK SR 710/92, ISSN 1336-2208. Objednávky prijíma redakcia. Nevyžiadané rukopisy a fotografie nevracame. Uverejnené príspevky nehonorujeme. Šéfredaktor: Ing. Maroš Silný. Adresa redakcie: Budyšínska 1, 831 03 Bratislava 3, telefón: 02 5020 0500 a 02 5020 0511, e-mail: shr@changenet.sk, web: www.shr.sk. Snímky: Archív. Grafická úprava: gr8design, s. r. o., Pezinok. Tlač: RAX, s. r. o., Bratislavská 10, 841 06 Bratislava. Distribúcia: Slovenská humanitná rada, Budyšínska 1, 831 03 Bratislava. Časopis vychádza 2-krát v roku. Náklad 3 500 kusov. © SHR