

Klinična simptomatika vnetnega revmatizma

POVZETEK. Opisana je klinična simptomatika obolenj, ki sodijo v skupino vnetnega revmatizma. Za revmatično vročino obolevajo predvsem mladi ljudje, značilna je nesimetrična prizadetost velikih sklepov, v primeri z revmatoidnim artritisom, kjer so simetrično prizadeti mali sklepi. O juvenilnem kroničnem artritisu govorimo, če se bolezen pojavi pred 16. letom starosti. Pri mlajših otrocih poteka predvsem sistemsko, pri starejših otrocih podobno kot revmatoidni artritis odraslih.

Za skupino serološko negativnih artritsov je značilno, da zbolijo predvsem moški. V tej skupini je najpogostejši ankilozni spondilitis. Med kolagenozami je največ sistemskega eritematodesa, najredkejši pa periarteriitis.

V skupino vnetnega revmatizma štejemo:

1. Revmatično vročino.
2. Revmatoidni artritis.
 - a) juvenilni kronični artritis (Still-Chauffard),
 - b) ankilozni spondilitis,
 - c) psoriatični artritis.
3. Kolagenoze
 - a) sistemski eritematodes,
 - b) progresivna sistemska skleroza,
 - c) dermatomiositis, polimiositis,
 - d) periarteriitis nodosa.

CLINICAL SYMPTOMS OF THE INFLAMMATORY RHEUMATISM.

Clinical picture of the group of inflammatory rheumatic conditions is presented. Rheumatic fever, commonest among young people, shows asymmetrically affected larger joints in contrast to the rheumatoid arthritis, which presents with symmetrically affected smaller joints. When the condition develops in young persons aged less than 16, it is known as juvenile chronic arthritis. In small children the disease shows a systemic course, whereas in older ones the course of illness is similar to the rheumatoid arthritis in adults.

Males are found to be most frequently affected by the group of serologically negative arthritis, especially ankylosing spondylitis. As regards the collagen diseases, systemic erythematodes prevails, periarteritis being the most rare condition.

* Članek je referat iz ciklusa predavanj na seminarju sekcije za medicino dela ZDMS Slov. dne 3. 6. 1977.

REVMATIČNA VROČINA

Značilno za bolezen je, da obolevajo predvsem mladi ljudje, pretežno med 7 in 20 leti, in če je prizadeto srce, lahko zapušča trajno invalidnost. Klinično poteka bolezen v več fazah:

- invazija hemolitičnega streptokoka: angina, faringitis,
- faza latence ali asimptomatična faza, ki traja 3 tedne, lahko 1 do 6 tednov,
- faza aktivnega obolenja s simptomatiko revmatične vročine.

S i m p t o m i

V večini primerov sta prisotna temperatura in nesimetrični migrirajoči poliartritis: sklepi so topli, rdeči, močno boleči. Prizadeti so veliki sklepi. Običajno pa so prisotne še druge manifestacije, ki jih uporabljamo tudi za določanje diagnoze revmatične vročine: karditis, horea, t. im. Vidov ples, eritema marginatum — nesrbeč makularni ali makulopapularni izpuščaj trupa in vratu, ki se hitro pojavi in hitro izgine, subkutani noduli, boleči na pritisk, ki se pojavijo na ekstenzorni strani okončin, na tetivah rok in nog. Horea, eritema marginatum in subkutani noduli so izredno redki.

REVMATOIDNI ARTRITIS (RA)

Pri RA gre za kronično vnetje, ki je posledica patoloških sprememb limfo-endotelialnega sistema, prizadeti so sklepi, mišičje, koža, podkožno tkivo, periartikularno vezno tkivo, srce in serozne mreže. Potek RA je epizodičen ali trajen.

Prodromalni znaki so: splošno slabo počutje, akroparestezije, akrocianoza, mialgije, inapetenca, subfebrilne temperature, hujšanje, močno znojenje. Značilno za RA je simetrična oteklina malih sklepov, predvsem proksimalnih interfalangealnih (PIF) in metakarpofalangealnih (MCF) sklepov. Sklepi so na dotik in pri gibanju boleči, koža nad njimi rahlo pordela. Značilna je jutranja okorelost sklepov, atrofija mišic, bursitisi, tendovaginitisi, revmatični vozlički na mestih kroničnega draženja (komolci). Napredovanje vnetnega procesa povzroči uničenje sklepnega hrustanca kosti, spremembe na sklepnih kapsulah, tetivah in mišicah, dokler se ne razvije klasična slika revmatoidnega artritisa z deformacijami sklepov, ki privedejo do invalidnosti. Diagnozo RA postavimo po diagnostičnih kriterijih po »ARA« (American Rheumatism Association). Diagnostični kriteriji vsebujejo značilnosti, ki jih dobimo iz anamneze bolnika, klinične slike in laboratorijskih izvidov, pri katerih je pomembna predvsem prisotnost revma faktorja (RF) z Waaler-Rosejevo reakcijo in lateks testom. Glede na število prisotnih kriterijev ločimo klasični, definitivni, verjetni in možni RA.

Juvenilni kronični artritis (JKA; Still-Chauffard)

O JKA govorimo, če kdo oboli pred 16. letom starosti. Začetek obolenja je lahko akuten, sistemski brez artritisa: visoka vročina, značilen makularen ali makulopapularen izpuščaj, perikarditis, pnevmonija, splenomegalija. Možno je zamenjati obolenje z revmatično vročino ali levkemijo. Pri 50 % otrok pa je začetek obolenja poliartrikularen, pri 30 % monoartikularen ali oligoartikularen, često asimetričen in razen kroničnega iridociklitisu ni druge sistemske manifesta-

cije. Predvsem pri mlajših otrocih so prizadeti veliki sklepi kot pri revmatični vročini, medtem ko je pri starejših otrocih simetrična prizadetost malih sklepov kot pri RA odraslih. Značilna je prizadetost vratne hrbtenice, ki je pogosteje prizadeta kakor pri RA odraslih, in mandibulotemporalnega sklepa.

Ankilozni spondilitis

Ankilozni spondilitis je v skupini serološko negativnih artritsov po pogostnosti na prvem mestu. V 80 do 90 % obolevajo moški. Gre za kronično progresivno obolenje lokomotornega aparata, predvsem hrbtenice, s prvenstvenim obolenjem sakroiliakalnih, apofizalnih in kostovertebralnih sklepov, vezi hrbtenice, vertebralnih teles in intervertebralnih diskusov. Obolenje privede do popolne zakostenitve torakalne in lumbalne hrbtenice. Pogosto je prizadeta tudi vratna hrbtenica, zato je gibanje glave omejeno. Prizadeti so tudi periferni sklepi tako proksimalni kakor distalni. V 5 % je lahko aortitis z aortno insuficienco, pogosto iritis. Končni stadij ireverzibilne zatrditve sklepov in s tem invalidnosti bolnika se pojavi v 15—30 letih pri 10 % bolnikov.

S i m p t o m i

Prvi simptom je bolečina v križu; značilna je bolečina v zgodnjih jutranjih urah, ki premine ob razgibanju,

- intermitentne ishialogije,
- tendinitis Ahilove kite s kalkaneodinijo.

Kasneje se bolečina vedno bolj lokalizira v oba sakroiliakalna sklepa. Značilna je pasasta bolečina čez križ, kolke, prek prsnega koša, ki se javi že pri najmanjši obremenitvi. Ob pregledu bolnika je značilen izvid izravnana lumbalna lordoza, pojačena torakalna kifoza, zmanjšanje ekspanzija prsnega koša na manj kot 4 cm.

Psoriatični artritis

Psoriatični artritis nastopa pri 5—7 % bolnikov s kožno psoriazjo. Obolevajo predvsem moški. Sklepna prizadetost se razvije ali akutno ali počasi, je monoartikularna, lahko poliartikularna, prizadet je katerikoli sklep, hrbtenica, kolki, v 10—30 % sakroiliakalna sklepa. Prizadetost sklepov običajno sledi kožni psoriazji. Značilna je prizadetost distalnih interfalangealnih sklepov (DIF), in sicer v 70 %, simetričnosti ni, tudi ne paralelizma med kožnimi in sklepnimi spremembami. Redko se razvijejo deformacije, le pri tako imenovanem artritis mutilans, kjer so pogosto psoriatične spremembe tudi na nohtih. Značilna je bolečina v peti — kalkaneodinija.

KOLAGENOZE

Sistemske eritematode

Obolenje povzroča poliorgansko simptomatiko. Pri večini bolnikov opazujemo zvišano temperaturo, utrujenost, izgubo teka in hujšanje. Pri 90 % obolijo sklepi, gre za artritis tipa RA, ki je skoraj praviloma nedeformanten. Značilne so kožne spremembe, dostikrat kot odraz fotosenzibilnosti, in to eritem nosu in

lic, t. im. metuljček, eritem vratnega izreza. Eritem pa se lahko pojavi tudi kjerkoli po koži trupa in okončin. Včasih je izpuščaj makularen ali makulopapularen. Pri nekaterih bolnikih je izraženo izpadanje las — alopecija. Značilni so vaskulitisi: posledica vaskulitisa arterij prstov rok je Raynaudov fenomen, zaradi vaskulitisa ustne sluznice ulceracije v ustih, redkeje ulceracije nosne sluznice. Možne so tudi ulceracije na konicah prstov. Posledica vaskulitisa cerebralnih arterij so spremembe centralnega živčnega sistema, ki jih klinično srečujemo kot psihoze, konvulzije, hemiplegije oziroma kot polinevritisa perifernega živčevja. Najvažnejše so spremembe na ledvicah, in to v 75 % in te tudi običajno določajo potek in prognozo bolezni. Spremembe so od benignega mezangijskega glomerulonefritisa do difuznega proliferativnega, ki vodi bolnika v uremijo in smrt. Prizadeta so pljuča tako parenhim kot plevra, srce in hematopoetski sistem, kjer gre največkrat za znižanje števila levkocitov pod 4.000, lahko pa tudi za hemolitično anemijo in trombocitopenijo. Pri mnogih bolnikih so povečane bezgavke, vranica in jetra.

Progresivna sistemska skleroza (PSS)

PPS je na drugem mestu po pogostnosti med kolagenozami. Kot prvi simptom se često pojavi Raynaudov fenomen, čez nekaj mesecev šele sprememba kvalitete kože in artritis. Kožna simptomatika je večinoma izrazitejša od morebitnega poliartritisa. Koža postane tanka, napeta, svetlikasta in se težko dvigne od subkutanega tkiva. Redko se klinično spremeni koža vsega telesa. Značilen je ptičji izraz obraza, mikrostomija, napeta je koža prstov rok, t. im. sklerodaktilija, kar privede lahko do flektornih kontraktur prstov rok. Značilna je depigmentacija kože, teleangiektazije, pojav ulkusov, atrofija mišic. Bolniki tožijo za disfalgijo. Rentgenološko je požiralnik dilatiran. Peristaltika slaba oziroma ni več izražena. Zaradi prizadetosti pljuč, ki je najizrazitejša in najpogostnejša med kolagenozami pri PSS v smislu fibroze, so bolniki cianotični in dispnoični.

Dermatomiozitis — polimiozitis

Če so prizadete samo mišice, in to progaste, govorimo o polimiozitisu, če tudi koža, o dermatomiozitisu. Obolenje nastopa kot samostojno, idiopatično ali pa v sklopu malignih tumorjev. Bolezen lahko nastopi v katerikoli starosti. Potek je lahko akuten, perakuten ali kroničen z bolečinami v mišicah, včasih tudi v sklepih, s temperaturo, slabim počutjem, glavobolom, znojenjem, bruhanjem, oteklina okrog oči. Muskulatura je prizadeta simetrično. Oteklina mišic je testenasta. Vnetnim mišičnim spremembam se kasneje pridružijo atrofije, kontrakture mišic. Zaradi prizadetosti larinksa so bolniki disfonični, zaradi prizadetosti dihalnih mišic dispnoični, zaradi požiralnika disfagični. Značilna je mišična slabost, posebno proksimalnih mišic. Za dermatomiozitis je značilen modrikastordeč eritem okoli oči, okrog ustnic, na prsih, okoli nohtov. Od parenhimskih organov so prizadeti srce (miokarditis), jetra, ledvice.

Periartritis nodosa

Periartritis nodosa je najredkejše obolenje med kolagenozami. Obolenje prizadene male in srednje velike arterije. Klinična slika je odvisna od prizadetosti

organov. V 74 % so prizadete ledvice (albuminurija, mikrohematurija, renalna hipertenzija), nadalje prizadete koronarke, kar se odraža z napadi angine pectoris, motnjami srčnega ritma. Prizadeto mezenterialno ožilje povzroča simptomatiko prebavil, vazo nervorum simptomatiko perifernega živčevja. Bolniki imajo subfebrilne temperature, postopoma hujšajo, prognoza obolenja je slaba.

Z a k l j u č e k

Ko smo se nekoliko natančneje seznanili s posameznimi kliničnimi slikami vnetnega revmatizma, ugotavljamo, kako pestre in raznolične so lahko klinične slike in hkrati, kako zelo so podobne druga drugi (revmatična vročina, Still-
-Chauffard). Možno je tudi prepletanje med posameznimi obolenji, tako imenovanimi »overlap« sindromi. Ugotavljamo tudi, kako različen je lahko potek iste bolezni, ko enkrat mine brez posledic (revmatična vročina brez prizadetosti srca), pri drugem bolniku pa vodi v trajno hudo invalidnost (revmatična vročina s prizadetostjo srca).

L i t e r a t u r a

Baldwin D. S., G. R. Gallo (1975): Lupus Nephritis: Iz Naomi F. Rethfield (ed): Clinics in Rheumatic diseases, W. B. Saunders Company Ltd., London—Philadelphia—Toronto, 1, 639—660.

Gilland B. C., M. Mannik (1974): Progressive systemic sclerosis (diffuse scleroderma). Iz: Harrison Principle of Internal Medicine, 7th ed. Mc Graw-Hill-Kogakuska Ltd., A Blakiston Publication, Tokyo.

Mannik M., B. C. Gilliland (1974): Systemic Lupus Erythematosus. Iz: Harrison Principles of Internal Medicine. 7th ed. Mc Graw-Hill-Kogakuska Ltd., A Blakiston publication, Tokyo.

Mannik M., B. C. Gilliland (1974): Vasculitis. Iz: ibidem.

Ogryzlo M. A. (1972): Ankylosing Spondylitis. Iz: J. L. Hollander (eds): Arthritis and Allied Conditions. 8th ed. Lea & Febiger, Philadelphia, 699—735.

Ragan Ch. (1972): The clinical picture of rheumatoid arthritis. Iz: J. L. Hollander, D. J. Mc Carty (eds): Arthritis and Allied Conditions. 8th ed. Lea & Febiger, Philadelphia, 333—340.

Tyler F. H., R. D. Adams (1974): Acute and subacute myopathic paralysis. Iz: Harrison Principles of Internal Medicine. 7th ed. Mc Graw-Hill-Kogakuska Ltd., A Blakiston Publication, Tokyo.

MENEŽERSKA BOLEZEN PRI ŽENSKEM SPOLU

O menežerski bolezni veliko govorimo in pišemo. To je bolezen, ki nastane zaradi preobremenjenosti človeka v javnem življenju, ki se kombinira še s stresi, katerim smo v vsakodnevem življenju izpostavljeni skoraj vsi. Včasih je bila omejena predvsem na moški spol in se je pojavljal okoli 40. do 50. leta življenja. V zadnjem času pa po vsem svetu opazujejo, da so ji zelo podvržene tudi ženske, ki so zaposlene predvsem na važnih in odgovornih mestih. Kajti če hočejo take ženske opraviti v službi enako delo kot moški, a jih doma poleg tega čaka še množica dodatnih del, ki so jih moški kljub vsej enakopravnosti še v veliki meri oproščeni, so brez dvoma v celoti mnogo bolj obremenjene kakor moški. In če poleg tega še kade in pijejo črno kavo, tudi njihovo srce in drugi organi bolj trpe. Zlasti za nikotin pa je ugotovljeno, da oži krvne žile, povzroča zvišan krvni pritisk in tako še dodatno obremenjuje srce, za katero se potem ne smemo čuditi, da prezgodaj odpove ali pa vsaj dela težave lastniku, kar bi se brez teh dodatnih škodljivih dejavnikov ne dogajalo.

B. B.