

## Simptomika degenerativnega revmatizma\*

**POVZETEK.** V sestavku je opisana skupina degenerativnih sklepnih obolenj in njihova najpogostnejša lokalizacija. Med revmatičnimi obolenji v širšem smislu je ta patologija najštevilnejša. Omenjena je posledična stopnja invalidnosti in nezmožnosti za delo ter prognoza in njen socialni in družbenoekonomski problem. Prikazana je groba razmejitev med degenerativnimi in vnetnimi sklepnimi obolenji, med primarno in sekundarno obliko artroz, kakor tudi med latentno in manifestno klinično sliko. Omenjeni so možni etiološki sprožilni dejavniki nastanka artroz, ki so večidel kompleksne narave. Simptomatika je deloma odvisna od lokalizacije degenerativnega sklepnega obolenja.

**SYMPTOMATOLOGY OF THE DEGENERATIVE RHEUMATISM.** The author presents the group of degenerative joint disorders and their most common localization. The above group of conditions are found to prevail among the rheumatic diseases. The resulting degree of disablement and decrease in working ability are presented, as well as the prognosis and socio-economical aspects of the disease. Follows a rough delimitation of degenerative and inflammatory joint diseases, primary and secondary arthrosis and latent and manifest clinical pictures of the disorders. Next, the possible triggering factors of the arthrosis, which are mostly of a highly complex nature, are presented. The symptomatology of the degenerative joint disorders partly depends on their localization.

Degenerativna sklepna obolenja okončin in hrbtenice so procentualno najmočnejše zastopana med revmatičnimi obolenji. Posledična sklepna invalidnost brez prehoda v ankilozo je lažje stopnje kot pri vnetnem revmatizmu, zato je prognoza boljša. Kljub temu pa je ta skupina artroz in spondiloz velik socialno-medicinski in družbenoekonomski problem, zaradi velikega izpada delovne sile ali trajne prezgodnje nezmožnosti za delo. Artroze so kronično, nevnetno nesistemske obolenje in so bolj lokalizirane. Pomenijo kompleksno dogajanje, kjer gre primarno za regresivne spremembe mezenhimalnega tkiva, zlasti hialinega sklepnega hrustanca, sekundarna pa so reaktivno-proliferativna dogajanja na kostnem tkivu v obliki razraščanja obrobni sklepni osteofitov in sklerozacije subhondralne kosti.

Obstaja primarna — idiopatična oblika artroze v obliki bolj generalizirane poliartroze in sekundarna oblika, ki je monoartikularna in nastopa kot posledica raznih drugih predhodnih sklepni obolenj.

Morfološke spremembe na sklepih in klinična simptomatika ne gredo vedno vzporedno, saj obstaja lahko latentna faza obolenja, ki se le pod določenimi pogoji manifestira s klinično sliko artroze. Za tako manifestacijo so potrebni določeni sprožilni faktorji, kamor spada genetična predispozicija, familiarno dedni faktorji,

---

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

konstitucionalna manjvrednost sklepnega hrustanca, fiziološka sklepna preobremenitev ob nepravilni statiki, čezmerna obraba ob pomanjkljivi regeneraciji sklepnega hrustanca.

Patogeneza in morfološka slika pri artrozi se očitno razlikuje od vnetnega poliartritisa, zato pomenijo posebno skupino revmatična obolenja. Lahko pa včasih obstajajo določeni medsebojni prehodi, ko se kasnemu stadiju artroze sekundarno pridruži reaktivna vnetna faza ali pa obratno, da se kasni fazi kroničnega poliartritisa pridruži sekundarna artroza. Pri degenerativnih sklepnih obolenjih manjkajo splošni bolezenski simptomi in patološki laboratorijski, serološki in vnetni kazalniki. Artroze in spondiloze prizadenejo oba spola in se začno večinoma v četrtem in petem deceniju, pretežno v obliki latentnega stadija, torej še brez manifestnih kliničnih znakov. Najpogosteje bodo prizadeti sklepi spodnjih okončin, prsti rok ter spodnji del vratne in ledvene hrbtenice, sicer so v manjši meri lahko prizadeti tudi drugi sklepi okončin in segmenti hrbtenice.

V začetni fazi artroze kontura in povišana sklepa ne bo spremenjena, v kasnejši fazi pa bodo konture nepravilne bodisi zaradi obrobni osteofitov, zadebeljene sklepne ovojnice ali sekundarno vnetne eksudativne faze. Simptomi artroze so večina lokalne narave, često pa ni pravega razmerja med stopnjo morfoloških sprememb, rentgenskimi znaki in subjektivnimi ter kliničnimi sklepnimi simptomi.

Bolečina se med mirovanjem in počitkom zmanjša ali celo izgine in ni tako izrazita kot pri artritisu. Pri ponovni mobilnosti po daljšem mirovanju sklepa pa postane spet izrazita, vendar traja kratko dobo, nekaj minut, dokler se sklep spet ne razgiba, kar je v nasprotju z bolečino pri poliartritisu, kjer traja bolečnost in otrdelost nekaj ur. Objektivno bo sklepna špranja boleča, predvsem se slišijo in tipljejo krepitacije ob ugotavljanju sklepne gibljivosti. Počasi napredujoči degenerativni proces kljub že močno izraženim artrotičnim spremembam lahko ostane dolgo nespoznan in brez subjektivnih težav. Manifestna oblika artroze ima često izražene tudi znake sekundarnega vnetja z eksudacijo in močno sklepno oteklinostjo.

Rentgenološko vidne artrotične spremembe često niso v pravem sorazmerju z objektivnimi sklepnimi spremembami in subjektivnimi simptomi. Simptomi bodo odvisni predvsem od posameznih artrotično prizadetih sklepov in njihove progresije. Sklepna bolečina bo predvsem pri obremenitvi in na pasivne gibe, otrdelost sklepa med počitkom, reflektorni spazmi obsklepnih mišic in kasneje atrofija miškulature ter zato omejena gibljivost sklepa. Možna je sprememba položaja sklepnih ploskev in sprememba sklepne konture. Znaki vnetja so manj izraziti in so večidel posledica sklepne preobremenitve ali dodatne travme. Često nastopijo prvi manifestni simptomi artroze po sklepnem prenaporu ali telesni preobremenitvi ali akutno po travmi. K zgodnjim simptomom spada hitra utrujenost sklepa s klecanjem. Lokalizirana sklepna bolečnost zlasti v področju obrobni sklepnih izrastkov. Važna je ocena možne sklepne gibljivosti.

Artroze lahko prizadenejo vse sklepe, vendar bodo sklepi spodnjih okončin pogosteje prizadeti. Na rokah je pogostna **Heberdenova poliartritoza** z značilnimi kostno-hrustančastimi grčičastimi izrastki na distalnih prstnih členih dorzalno, ki deformirajo distalne interfalangealne sklepe, distalne falange so često deviirane in flektorno angulirane. V zgodnjem stadiju so ti izrastki lahko zmerno boleči, natekli, toplejši, kasneje neboleči (možna zamenjava s protinom!). Pogostnejši so

pri ženah, zlasti v dobi menopavze, pri nastanku igra vlogo familiarno dedni faktor. Tej obliki se včasih pridružijo podobne spremembe na PIF sklepah kot Bouchardovi noduli (pomembni v diferencialni diagnozi nasproti revmatoidnemu artritisu).

**Koksartroza** je progredientno obolenje in jo je v začetni latentni obliki težko ugotoviti. Morfološke sklepne spremembe in klinični simptomi ne gredo vedno paralelno. Pri moških nastopa nekoliko pogosteje z napredujočo motnjo sklepne gibljivosti. Primarna oblika nastopa šele po 50. letu in je bilateralna, simetrična z možno različno stopnjo destrukcije. Sekundarna oblika je monoartikularna in posledica raznih predhodnih pridobljenih ali prirojenih obolenj ter nastopa lahko že v mlajših letih. Zgodnji simptomi z lokalno bolečino v kolku, globoko v dimljah ali stegnu. Hitra utrujenost. Zavrtja je zlasti notranja rotacija in abdukcija. Palpatorno boleča glava femorja in glutealna regija. Anomalija kolčnega sklepa se kaže tudi v legi medenice in drži trupa. Razlikovati je treba destruktivne in hiperplastične oblike.

**Gonartroza** je kot latentna oblika najpogostnejša oblika in prizadene oba spola, nekoliko pogosteje žene, zlasti v dobi mene, kjer igra dodatno vlogo preobremenjenost zaradi pogostne adipoznosti. Pri nastanku igra vlogo tudi profesionalna preobremenitev ali pretirano športno udejstvovanje. Primarna oblika bo bilateralna, sekundarna enostranska.

Klinični simptomi gredo z otrdelostjo in omejeno gibljivostjo kolena, z lokalizirano ob sklepno bolečino ali bolečino ob spremembi sklepne položaja, intenziteta bolečine bo odvisna od mehanične in funkcionalne obremenitve kolena, ob mirovanju pa je to lahko neboleče. Palpatorno boleča je zlasti lateralna medialna sklepna špranja, pa tudi pod pogačico in na spodnjem robu patele. Objektivno bo v začetku koleno normalnega videza, kasneje pa lahko zadebeljeno in deformirano, bodisi zaradi obrobni osteofitov in zadebeljene sklepne kapsule ali pa zaradi sekundarno reaktivnega vnetja in sklepne eksudacije. Reflektorna spastična kontrakcija ob sklepni mišic povzroča bolečnost in omejeno gibljivost, kasneje pa atrofijo mišic. Obstajajo lahko spremembe v poziciji sklepni ploskev in tudi glede patelarne lege. Funkcija kolena bo zavrtja, krepitacije zaznavne.

Artrozam perifernih sklepov analogni degenerativni pojavi na hrbtenici so spondilozе. Hrbtenica z medvretenčnimi vložki, intervertebralni in paravertebralni sklepi z obhrbteničnimi ligamenti in mišicami, z bližnjim živčevjem in ožiljem pomenijo funkcionalno enoto, zato bo vsaka najmanjša motnja tega sistema združena z motnjo hrbtenične statike in dinamike. Predvsem diskusi se nagibajo k degenerativnim spremembam, postanejo nižji, neelastični, se zmečajo, razpokajo pod vplivom statičnega pritiska in tedaj govorimo o diskartrozi. Reaktivno vzdraženje longitudinalnega ligamenta ob nasadišču na periostr vretenc povzroča proliferacijo osteofitov ob robovih vretenc, se pravi deformantno spondilozo, ki jo pospešujeta čezmerna obremenitev in nepravilna drža telesa. Ta pomeni sekundarno dogajanje in poteka često latentno brez manifestnih kliničnih znakov. Pod vplivom raznih sprožilnih dejavnikov bodo lokalni klinični simptomi izraženi z bolečino in omejeno gibljivostjo zaradi reflektornih mišičnih spazmov, oddaljeni simptomi pa v obliki parestezij, refleksnih anomalij v motnji gibljivosti in senzibilnosti ter motnji periferne prekrvitve okončin. Kompresivni sindrom hrbtenice

združuje številne podobne klinične slike s pestro klinično simptomatiko. Osnova vsem pa so degenerativne spremembe na posameznih ravneh hrbteničnih segmentov, ki so često lahko že starostno pogojene in latentne ter se bodo pod vplivom dodatnih dejavnikov manifestirale v obliki kompresivnega sindroma. Klinični sindromi cervikalnega dela nastanejo pretežno osteogeno z zoženjem intervertebralnih kanalov, kompresivni sindromi torako-lumbalnega dela pa z dinamično-mehaničnimi premiki degenerativno spremenjenih diskusov. Pri tem gre lahko za akutni premik ali za poznejšo kronično posledico diskartroze. Vsako zoženje vertebralnih kanalov prizadene poleg spinalnih živčnih korenin in simpatičnega pleteža tudi spremljajoče ožilje. Diskartroze in spondiloze lahko torej po raznih mehanizmih povzročijo zoženje spinalnega in intervertebralnih kanalov oz. foramnov.

1. Z dorzo-lateralnim ali manj pogosto dorzo-medialnim prolapsom diskusa.
2. Z osteogenim zoženjem intervertebralnega kanala.
3. Ob diskartrozi nastalo zblížanje vretenc in sekundarno zoženje kanala.
4. Ob artrozi paravertebralnih unkovertrebralnih sklepov in sekundarni spondilartrozi pride lahko do subluksacij vretenc, ki dodatno močno zožijo bližnje intervertebralne kanale. Spodnji vratni del hrbtenice bo najpogosteje prizadet zaradi svoje dinamike, spodnji lumbalni segment pa zaradi največje statične preobremenitve ob pokončni drži. Ob čezmerni obremenitvi se bo predhodno okvarjeni medvretenčni vložek s svojim manj elastičnim zdrizastim jedrom začel bočiti na manj odpornem mestu obročkovih veziv, zlasti v dorzo-lateralnem delu. Tako bodo nastale različne stopnje mehaničnih premikov diskusa od začetne protruzije do prolapsa in hernije diskusa, ki zožujejo intervertebralni kanal in lahko komprimirajo v njem ležeče in potekajoče formacije. Pri teh pojavih pomeni diskartroza latentni patološki potencial, ki se je pod vplivom raznih mehaničnih dejavnikov manifestiral z vertebralnim sindromom. Cervikalni sindrom je glede na oddaljene simptome razdeljen v okcipitalni-cerebralni in cerviko-brahialni sindrom. Za sprožitvev kompresijskega mehanizma zadostujejo že najmanjši procesi, ki zožujejo intervertebralne kanale in povzročajo lezije spinalnih živčnih korenin. Pri kefalo-cervikalnem sindromu so značilni kefalo-cerebralni simptomi, ki se manifestirajo s spremembo v drži glave, po sunkovitih gibih ali travmi, po dolgotrajni prisilni drži. Subjektivno obstoje bolečine in krepitacije v zatilju, glavobol v obliki migrene, šumenje v ušesih, motnje vida. Objektivno obstaja palpatorna in perkutorna občutljivost zgornjih vratnih vretenc in izstopišč subokcipitalnih živcev ter občutljivost zatilnega mišičja, obstaja prisilna drža vratu, gibljivost glave je omejena, obstajajo parestezije in motnje senzibilnosti v področju zgornjih cerviko-spinalnih živcev. Reflektorni spazem določenih vratno mišičnih skupin s fiksirano otrdelostjo vratu kot torticollis.

Pri cerviko-bazilarnem sindromu pride zaradi degenerativnih sprememb zgornjega in srednjega dela malih paravertebralnih sklepov do kompresije vertebralne arterije, vertebralnega nervusa in spremljajočega globokega simpatičnega pleteža, ki potekajo na vratu skozi intervertebralne foramne. Glavni simptom je cervikalna migrena zaradi vaskularnih cerebralnih motenj, ki jih povzročijo kompresija vertebralne arterije in vzdraženega simpatikusa. Često obstajajo tudi motnje v požiranju, kolcanju, motnje vida, kolaps, pa tudi trofične kožne spremembe ob sindromu boleče rame.

Cerviko-brahialni sindrom z glavnim simptomom bolečine v rami, vzdolž roke in zatlja, ki se čez noč poveča. Obstaja občutek napetosti in nabrekliosti prstov rok. Obstaja palpatorna občutljivost vratne in ramenske miškulature in brahialnih plexusov vzdolž ramen in rok, pa tudi občutljivosti epikondilov nadlahtnice. Krepitacije v zatlju pri rotaciji glave. Senzibilnostne motnje z zmanjšano občutljivostjo za bolečino ob prijemu in dotiku predmetov. Zaradi reflektornih spazmov miškulature vratu in ramen bo gibljivost glave in vratu omejena in boleča, kasneje pride do mišične atrofije ramen in rok. Večkrat so vidne vaskularne trofične spremembe. Vzrok nastanka je diskovertebralna alteracija spodnjega dela vratne hrbtenice, ki povzroča kompresijo spodnjih cervikalnih spinalnih živčnih korenin. Sprožilni dejavniki spremene latentno stanje v manifestni kompresivni sindrom, tudi ob določenih gibih trupa in rok.

Parestezije so odraz vazomotornih motenj prekrvitve in simpatičnega porekla. Težave se lahko povečajo pri določenih gibih glave in rok. Vzrok nastanka je večina osteogene narave, prolapsi diskusa pa so bolj redki. Torakalni sindrom je združen z diskartrozo in prolapsom diskusa torakalne hrbtenice. Obstaja pekoča bolečina med lopaticama v obliki interkostalne nevralgije ter lokalna bolečina v področju prizadetih vretenc. Zaradi pogostnega draženja simpatičnega pleteža se bolečina lahko projicira tudi v visceralne organe, zato bodo subjektivne težave podobne kot pri vazomotorni angini pectoris ali suspektnem miokardnem infarktu, pa tudi težave podobne obolenju želodca ali žolčnika. Objektivno so občutljivi spinozni nastavki vretenc, obstajajo reflektorni paravertebralni mišični spazmi z nepravilno krivino hrbtenice, ki bo omejeno gibljiva. Bolečina torakalne hrbtenice se pri gibanju poveča. Motnje senzibilnosti z značilnimi Haedovimi conami torakalno.

Lumbalni sindrom se javlja najpogosteje, klinična simptomatika pa je izražena z lumbalgijo in ishialgijo. Klinična slika gre z akutno ali počasi nastalo bolečino v lumbalni hrbtenici, s spazmi paravertebralnih mišic in omejeno gibljivostjo v križu, otrdelost in prisilna drža trupa, lumbalna lordoza izgine. Pri objektivni preiskavi bo lokalna bolečina na neposredni udar in aksialni pritisk, često nepravilna drža s skoliozo.

Vzrok leži v diskovertebralni alteraciji. Ishialgija pa je večina odraz hernije diskusa ali prolapsa, večidel z L<sub>4</sub>—L<sub>5</sub> ali L<sub>5</sub>—S<sub>1</sub>. Iz teh področij izhajajoče korenine spinalnih živcev bodo komprimirane, živčna debla vzdražena in napeta, bolečina pa bo izžarevala vzdolž poteka ishiadičnega živca po stegnu zadaj do zunanega stopala. Bolečina se poveča pri napanjanju, kihanju, kašlju. Prisilna drža skuša zmanjšati bolečino v ledju. Blokado lumbalnega segmenta dokazujemo s Šobrovim znakom. Fleksija trupa na bolno stran je združena z ishiadično bolečino vzdolž boleče noge. Stalno prisoten je Lasaguejev znak z modifikacijami. Spinozni izrastki prizadetih področij so boleči. Važno je ugotavljanje nevroloških izpadov, oslabelost ali pomanjkanje patelarnega in Ahilovega refleksa, senzibilnostne motnje, kot hipesteziija ali hipersteziija. Ishialgija je periferni nevralgični sindrom. Ugotovljena mišična atrofija prizadete noge in sedala govori za dolgotrajno ishialgijo. Pri prolapsu diskusa so komprimirana kavdalno ležeča debla spinalnih živcev L<sub>1</sub>, L<sub>2</sub>, L<sub>3</sub>, ki so korenine n. femoralis, in L<sub>4</sub>, L<sub>5</sub>, S<sub>1</sub>, ki so korenine n. ishiadikusa.