

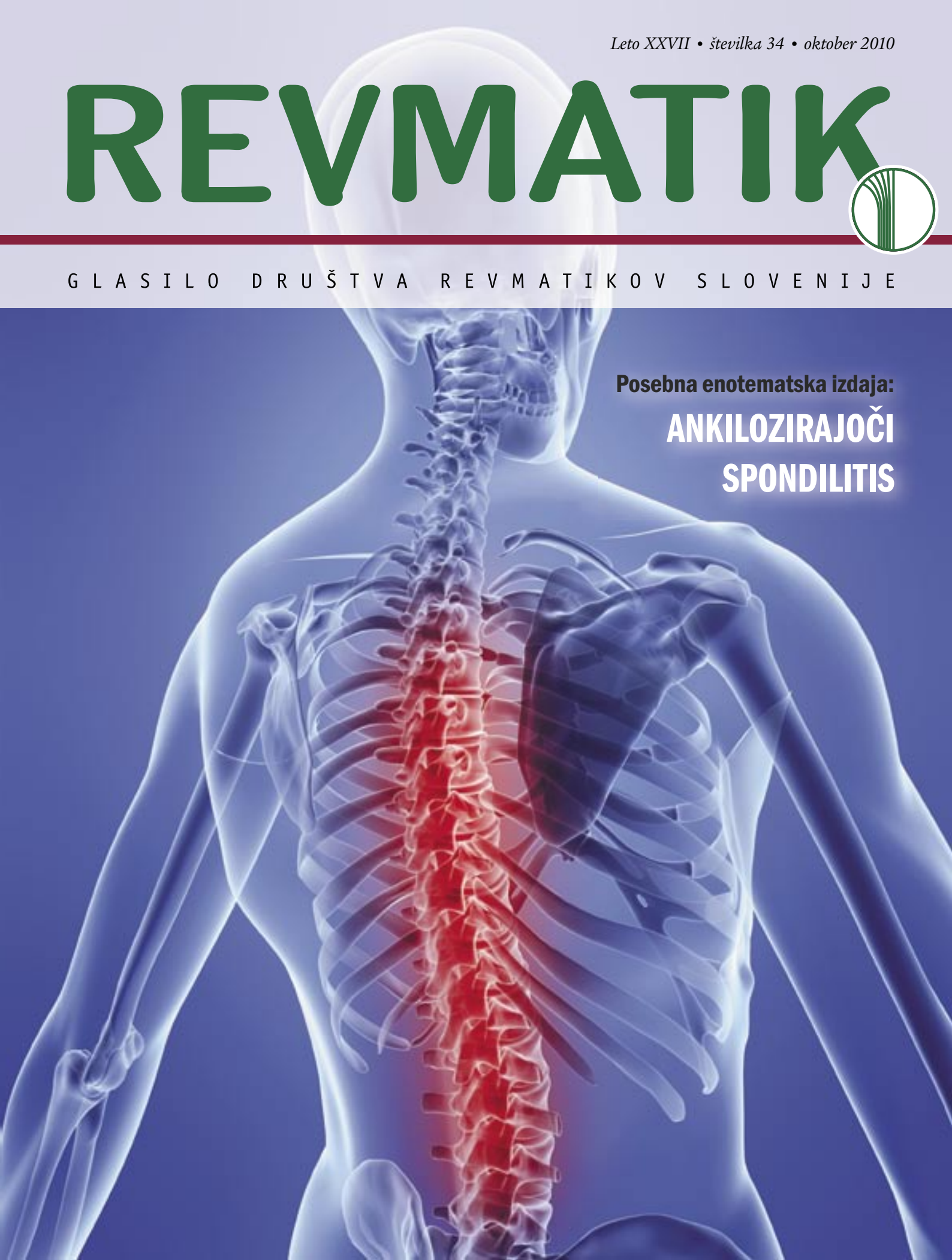
Leto XXVII • številka 34 • oktober 2010

# REVMATIK



GLASILO DRUŠTVA REVMATIKOV SLOVENIJE

Posebna enotematska izdaja:  
**ANKILOZIRAJOČI  
SPONDILITIS**





<b>UVODNIK</b> .....	3
<b>Pregledni članek: AS SKOZI VSE TEGOBE IN ČAS</b> .....	4
<b>Zgodovina ankilozirajočega spondilitisa</b> .....	4
<b>Kaj je AS in kako pogosto se pojavlja</b> .....	5
<b>Zakaj nastane</b> .....	5
<b>Simptomi in znaki</b> .....	6
<i>Bolečine ter okorelost hrbtenice in sklepov</i>	
<i>Zunajsklepna prizadetost</i>	
<i>Zlomi hrbtenice in nevrološki znaki</i>	
<i>Težave z ostalimi organi</i>	
<b>Ugotavljanje AS</b> .....	6
<b>Zdravljenje AS</b> .....	7–9
<i>Fizikalna terapija</i>	
<i>Vadba</i>	
<i>Preprečevanje poškodb</i>	
<i>Zdravljenje z nesteroidnimi antirevmatikami</i>	
<i>Zdravljenje z imunomodulirajočimi zdravili</i>	
<i>Zdravljenje z glukokortikoidi</i>	
<i>Zdravljenje z biološkimi zdravili</i>	
<i>Kdaj je potrebno kirurško zdravljenje</i>	
<b>Potek bolezni</b> .....	10
<b>Nosečnost in AS</b> .....	11
<b>Psihične motnje kot posledica kronične revmatične bolezni</b> .....	11–13
<i>Psihični vidiki bolečine</i>	
<i>Psihične posledice invalidnosti</i>	
<i>Vpliv zdravljenja revmatične bolezni na psihično stanje bolnika</i>	
<b>Nefarmakološko zdravljenje:</b>	
<b>METODE IN POSTOPKI FIZIKALNE TERAPIJE</b> .....	14–16
<b>Zgodovina zdravljenja ankilozirajočega spondilitisa:</b>	
<b>MED NEUSPEHI IN PREBOJI</b> .....	17–19
<b>Ankilozirajoči spondilitis, zobne bolezni in obiski zobozdravnika:</b>	
<b>ASOVEC NA ZOBOZDRAVNIŠKEM STOLU</b> .....	20–23
<b>Iskrice: TO SO ASI</b> .....	24

## DRUŠTVO REVMATIKOV SLOVENIJE – DRS

### Predsednik:

Mag. Marjan Hudomalj  
Andrej Gregorčič – podpredsednik

### Člani:

Viktor Erjavec,  
Marko Žebovec,  
Mag. Katja Oven,  
Romana Šteblaj

### Podružnice:

Ajdovščina, Gorenjska,  
Dolenjska in Bela krajina,  
Maribor, Velenje,  
Ptuj, Koper, Kočevje,  
Posavje, Tolmin,  
Murska Sobota,  
Ljubljana, Celje

### Naslov društva:

Parmova ulica 53, 1000 Ljubljana  
e-mail: revmatiki@siol.net  
Tel.: 0590 75 366, faks: 0590 75 361

### Transakcijski račun:

02140-0089820640  
Davčna številka: SI26542609

### Odgovorni urednik: Marjan Hudomalj

Lektorica in novinarka: Tina Cigler  
Priprava za tisk: Mega Graf  
Oblikovanje: o3, Prelom: nb  
Viri fotografij: iStock, Dreamstime,  
Stockvault in splet  
Tisk: Cicero Begunje d. o. o.  
Naklada: 3500 izvodov



## UVODNIK

Ob predstavitvi evropske raziskave Fit for Work Europe v Sloveniji smo s pomočjo agencije Creatoor v večjih trgovskih centrih Mercator po Sloveniji in na spletni strani [www.misel.revma.net](http://www.misel.revma.net) zbirali misli podpore revmatikom za njihovo izobraževanje o življenju z revmatično boleznijo. Kar nekaj sto jih je bilo napisanih in eno sem si izposodil v upanju, da mi neznani avtor ne bo zameril. Nisem je vzela zase, temveč jo še enkrat posredujem vam, dragi bralci in bralke. Mislim, da je vredna razmisleka. Takole je pisalo: **Ko se naučiš živeti z boleznijo, lahko spet resnično živiš.**

Ta misel je lahko vodilo ne le revmatikom, temveč vsem ljudem, ki živijo s kakršnim koli kroničnim obolenjem. Hkrati pa potrjuje pravilno delo Društva revmatikov Slovenije, ki velik poudarek daje izobraževanju in osveščanju članov, njihovih družin in širše družbe.

Tisti, ki ste zboleli za ankilozirajočim spondilitisom (AS), o tej bolezni že veliko veste – pa ne le zaradi omenjenih izobraževanj, ki ste se jih udeležili, temveč predvsem zaradi lastnih izkušenj. Kljub temu ne bo odveč dopolniti in izboljšati znanja ter osvežiti vseh glavnih značilnosti bolezni. Znano in potrjeno je namreč, da se dobro seznanjen in poučen posameznik lažje spopada s to boleznijo, z njenim ugotavljanjem, s potekom in z zdravljenjem – še posebej, če ve, kaj mora storiti tudi sam, da bo lahko živel polno življenje in tudi opravljal svoj poklic.

Ob 12. oktobru, mednarodnem dnevu revmatikov, smo se zato odločili izdati posebno enotematsko številko *Revmatika*, ki je v celoti posvečena ankilozirajočemu spondilitisu. Upam, da vam bo prinesla nove poglede na breme, s katerim živite.

*Naj vaše življenje postane resnično in prijazno.*

Andrej Gregorčič  
podpredsednik

# AS SKOZI VSE TEGOBE IN ČAS

Pišeta: Mojca Kos-Golja in Matija Tomšič, specialista internista-revmatologa

Povzeto po knjigi *Kako živeti z revmatizmom*, urednice Mojce Kos-Golja, Mladinska knjiga Založba d.d., Ljubljana 2005

Ankilozirajoči spondilitis (ali krajše AS) je najpogostejša bolezen v skupini spondiloartritisov. Številne raziskave kažejo, da je tudi že zelo stara. Zanj značilne skeletne spremembe, kot so okostenitev malih sklepov hrbtenice in nasedišč, so med arheološkimi izkopavanji v Egiptu našli pri 5000 let starih egipčanskih mumijah. AS so torej imeli vsaj trije egipčanski faraoni, po aktualnih podatkih iz svetovne literature pa danes s to boleznijo živi 0.07–1.4 odstotka prebivalstva.



Ankilozirajoči spondilitis spada v skupino spondiloartritisov, v kateri so poleg njega še psoriatični spondiloartritis (ob luskavici), reaktivni spondiloartritis (po določenih črevesnih in raznih drugih okužbah), spondiloartritis pri vnetih črevesnih boleznih (kot sta Crohnova bolezen in ulcerozni kolitis), juvenilni spondiloartritis (otrok in mladostnikov) in neopredeljeni spondiloartritis. AS v tej skupini zavzema največji delež.

## Zgodovina ankilozirajočega spondilitisa

Ankilozirajočemu spondilitisu podobno bolezen so poleg pri egipčanskih mumijah našli tudi pri prazgodovinskih krokodilih, opicah in konjih. Že v drugem stoletju pred našim štetjem je Galen ugotovil, da je AS drugačna bolezen kot revmatoidni artritis. Bolj podrobno jo je leta 1559 opisal anatom in kirurg Realdo Colombo, prvi članek o njej pa je leta 1691 objavil B. O'Connor. Povezavo med vnetjem šarenice in AS je leta 1818 prvi opisal B. Brodie.



Prva družinska študija te bolezni je bila izvedena in objavljena leta 1955 na posmrtnih ostankih članov slavne italijanske družine Medici iz Firenc (prvič je družina Medici omenjena leta 1230, njen propad pa sega v 18. stoletje). Ugotovili so, da so AS imeli nekateri moški potomci njihovih štirih generacij.

V zadnjih letih 19. stoletja so ruski nevrofiziolog Vladimir **Bechterew** (1893) ter zdravnik Adolph **Strümpell** iz Nemčije (1897) in Pierre **Marie** iz Francije (1898) vsak zase opisali AS, kako se ugotavlja, in kakšne spremembe povzroča na hrbtenici. Povezavo med AS in genskim označevalcem HLA-B27 so ugotovili leta 1973.

Danes je o tej bolezni veliko napisanega v številnih knjigah, člankih, v strokovnih in laičnih revijah ter glasilih. Da bi se poenotilo ugotavljanje bolezni, so se strokovnjaki s tega področja leta 1960 v Rimu dogovorili o uporabi enotnih mednarodnih diagnostičnih meril, ki so jih nato leta 1966 v New Yorku še nekoliko spremenili in izboljšali.

#### POIMENOVANJE

Nekateri ankilozirajoči spondilitis imenujejo tudi Bechterewjeva bolezen ali Marie-Strumpellova bolezen, sicer pa je imel veliko različnih imen, preden je bil sklenjen dogovor o sedanjem poimenovanju.

### Kaj je AS in kako pogosto se pojavlja

AS je kronična revmatska bolezen, za katero je značilna predvsem prizadetost hrbtenice. Osnovno bolezensko dogajanje poteka na narastiščih vezi, kit in ovojnic na kost. Na teh področjih sprva pride do vnetja, nato se razrašča vezivo, v končnem obdobju bolezni pa se v vezivo nalaga kalcij, kar privede do zakostenitve. Izraz »ankilozirajoči« ima grške korenine (*ankylos*) in pomeni spajanje oziroma zatrdjevanje hrbtenice, »spondilitis« pa pomeni vnetje v predelu vretenc (izraz *spondylos* je grška beseda za vretence, končnica *-itis* pomeni vnetje). Pri nekaterih bolnikih so poleg hrbtenice prizadeti tudi razni sklepi okončin (najpogosteje kolki in rame) in/ali

drugi organi (najpogosteje oči). Spondilitisa ne smemo zamenjevati s spondilozo, ki označuje obrabne (osteoartritične) spremembe hrbtenice, ki se najpogosteje pojavljajo s staranjem.

V Sloveniji nimamo natančnih podatkov o pogostosti bolezni. Po podatkih iz svetovne literature ima AS 0.07–1.4 odstotka prebivalstva. Moški zbolijo dvakrat pogosteje, saj je 65–80 odstotkov bolnikov z AS moškega spola.

### ZAKAJ NASTANE

Vzroka za nastanek AS žal ne poznamo. Bolezen je tesno povezana z genskim označevalcem HLA-B27, ki je deden. Kar 90–95 odstotkov bolnikov z AS je t. i. nosilec HLA-B27, sicer pa ta genski označevalec najdemo le pri enajstih odstotkih zdrave populacije. Če je posameznik nosilec HLA-B27, to še ne pomeni, da bo za to boleznijo tudi zbolel – približni izračuni so pokazali, da zbolijo le vsaki deseti. Predvideva se, da so nosilci HLA-B27 bolj dovzetni za razvoj bolezni, ki naj bi jo sprožili zunanji dejavniki, na primer razni mikrobi. Možnost nastanka AS pri zdravem posamezniku, starem manj kot 40 let, ki je nosilec HLA-B27 in ima bolezen v bližnjem sorodstvu (eden od



staršev, brat ali sestra), se poveča za 20 odstotkov. Po 40. letu starosti pa je v opisanem primeru možnost izbruha bolezni zelo majhna. Pri otroku, kjer je eden od staršev nosilec HLA-B27, sicer obstaja 50-odstotna verjetnost, da bo ta gen podedoval, možnost, da bo AS tudi dobil, pa je zelo majhna.

## SIMPTOMI IN ZNAKI

### Bolečine ter okorelost hrbtenice in sklepov

Najpogostejši znaki pri bolnikih z AS so nočne bolečine in okorelost spodnjega dela hrbtenice oz. »križa«. Najhujši so zjutraj, po razgibanju se zmanjšajo. Težave, ki so povezane s to boleznijo, se razvijajo postopoma, večinoma več mesecev. To jih loči od nenadno nastalih bolečin, ki jih najpogosteje povzročijo mehanični dejavniki, kot so nepravilen gib, dvig težkega predmeta in podobno. Postopno zakostenevanje hrbtenice povzroči njeno zmanjšano gibljivost. Značilne so tudi bolečine v prsnem košu, še posebej ob kašljanju ali globokem dihanju, kar je povezano z vnetjem sklepov med vretenci in rebri, prsnico in rebri ter narastišči medrebrnih mišic na rebra. Pri nekaterih bolnikih so prizadeti tudi sklepi na udih, najpogosteje so to kolki in rame.

### Zunajsklepna prizadetost

Vnetja se lahko pojavljajo na nasadiščih kit in mišic na kost (entezitis), kar je najpogosteje na petah (na nasadišču Ahilove kite), lahko pa tudi drugje (okrog kolkov, na medenici). Vnetje določenega dela očesa (šarenice) ali uveitis je pogost zunajsklepni pojav AS. Pojavi se pri 25–40 odstotkih bolnikov. Bolniki poročajo o nenadno nastali bolečini v pordelem očesu, meglenu vidu, hkrati težko prenašajo močno svetlobo.

#### RDEČE OKO

»Rdeče oko« pri bolniku z AS zahteva nujen in takojšen pregled pri specialistu za očne bolezni (okulistu). Vnetje šarenice lahko ogrozi vid, zato ga je treba pravočasno prepoznati in pravilno zdraviti.



## Zlomi hrbtenice in nevrološki znaki

Kosti hrbtenice nudijo zaščito hrbtenjači in hrbtenjačnim živcem. Zdrava hrbtenica je kot prožna vzmet in prenese mnogo večje obremenitve kot zakostenela in negibna hrbtenica bolnikov z AS, ki je zaradi osteoporoze tudi krhka. Že manjše nezgode lahko povzročijo njen zlom. Najpogosteje se zlomi posamezno vretence v spodnjem delu vratne hrbtenice. Zlom in premik kostnih odlomkov lahko povzročita vkleščenje hrbteničnih živcev in hrbtenjače. Pojavijo se nevrološki znaki, ki so odvisni od stopnje prizadetosti hrbtenjače. Ti znaki so: izguba občutka za dotik in zmanjšanje moči v rokah ali/in nogah, težave pri nadzorovanju odvajanja vode in blata. Če se pri posamezniku pojavi katera od opisanih težav, mora nemudoma poiskati zdravniško pomoč, tudi če je bila poškodba na videz nepomembna. V takem primeru je nujno čimprejšnje zdravljenje, ki prepreči morebitno trajno ohromelost.

### Težave z ostalimi organi

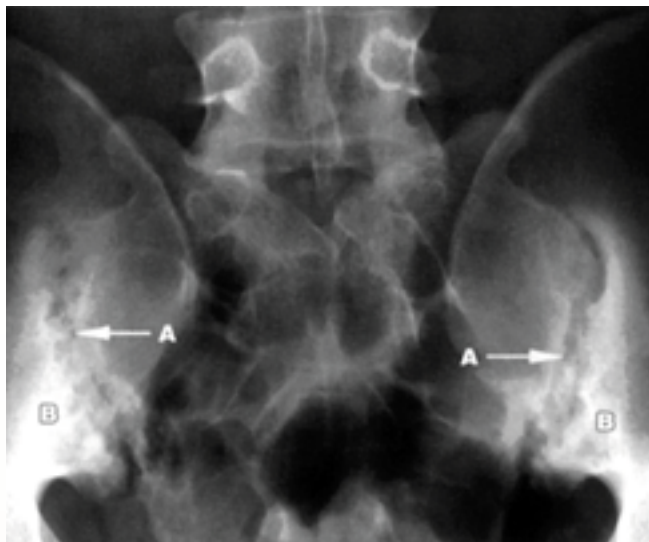
Slabo tesnenje aortne srčne zaklopke in spremembe v elektrokardiogramu (zapisu električne aktivnosti srčne mišice – EKG) so tudi lahko povezane z AS. Veliko bolnikov ima zmanjšano gibljivost prsnega koša, pri nekaterih so možne spremembe na pljučih. Odlaganje beljakovine (amiloida) v ledvicah je sicer redek pojav, vendar lahko okrni delovanje ledvic. Pogosteje prizadene posameznike z aktivno, dolgotrajno in neobvladano boleznijo. Okrjno delovanje ledvic je lahko tudi zaplet zdravljenja z nesteroidnimi antirevmatiki. Številni bolniki imajo drobne razjede na črevesni sluznici, ki pa jim navadno ne povzročajo težav. Zavedati se moramo tudi, da imajo lahko bolniki z vnetno črevesno boleznijo (npr. Crohnovo boleznijo) spondilitis, ki ga težko ločimo od AS.

## UGOTAVLJANJE ANKILOZIRajočEGA SPONDILITISA

Bolezen se začne v pozni mladostni ali zgodnji odrasli dobi. Najbolj značilen in občutljiv simptom bolezni je bolečina v hrbtenici, ki prisili posameznika, da ponoči vstane iz postelje. Sledita dejstvi, da se bolečine v hrbtenici, ki so nastajale postopoma, med počitkom ne zmanjšajo, in da težave trajajo več kot tri mesece. Na začetku bolezni zdravnik pri kliničnem pregledu največkrat ne ugotovi bolezenskih sprememb. Pri napredovali bolezni pa so opazni izravnana krivina ledvene hrbtenice in poudarjena krivina



Entezitis Ahilove tetive



Ankilozirajoči spondilitis (obojestranski sakroiliitis)

prsne hrbtenice, zmanjšana gibljivost hrbtenice v vse tri smeri ter zmanjšana razteznost prsnega koša. Manj pogosto začne bolezen z vnetjem sklepov udov (npr. kolka, kolena) ali vnetjem narastišč kit (npr. Ahilove kite).

Diagnozo postavimo s pomočjo rentgenskega slikanja sakroiliakalnih sklepov (sklepov med križnico in medenico) ter bolečega predela hrbtenice. Slednje običajno prikaže obojestransko vnetje sakroiliakalnih sklepov in kvadratasto oblikovana vretenca (na začetku bolezni na prehodu prsne v križno hrbtenico). V napredovalem obdobju pride do tvorbe kostnih premostitev med vretenci (sindezmozitov), hrbtenica pa je na rentgenskih slikah podobna bambusovi palici.

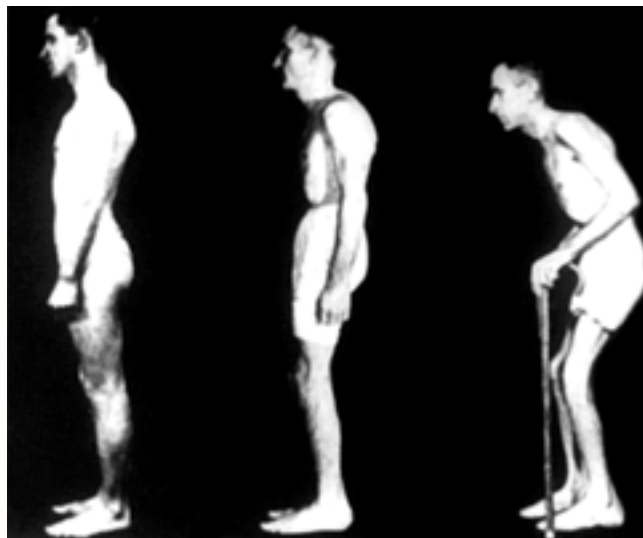
**Magnetno resonančna (MR)** tomografija je občutljivejša od rentgenskega slikanja.

**Laboratorijske preiskave** za postavitve diagnoze AS niso pomembne. Zdravnik jih naroči zaradi izključitve drugih bolezni, ki bi se lahko kazale s podobnimi simptomi, in zaradi načrtovanja morebitnega zdravljenja z zdravili.

Aktivnost bolezni zdravniki med drugim ocenjujejo z **vprašalnikom BASDAI** (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), ki ga izpolni bolnik. Ocene se gibljejo med 0 in 10. Če je ocena višja kot 4, pomeni, da je bolezen aktivna.

## ZDRAVLJENJE ANKILOZIRAJOČEGA SPONDILITISA

AS lahko poteka zelo različno, zato je zdravljenje prilagojeno posameznemu bolniku. Na žalost trenutno nimamo zdravila, ki bi bolezen ozdravilo ali jo celo preprečilo, vendar pa jo je pri večini bolnikov možno uspešno obvladati. Prav tako tudi ne poznamo določene živila ali diete, ki bi sprožila ali poslabšala potek



Napredovanje ankilozirajočega spondilitisa ni nujno pri vseh bolnikih

bolezni. Obdobja s hujšimi bolečinami si večina bolnikov uspešno lajša z nesteroidnimi antirevmatiki in fizikalno terapevtskimi ukrepi. Če ima bolezen neugoden potek in zdravljenje z nesteroidnimi antirevmatiki ni učinkovito, bolnika zdravimo z biološkimi zdravili, ki pri večini umirjajo vnetje in upočasnijo napredovanje bolezni. Redko je potrebno kirurško zdravljenje, največkrat vstavev umetnega sklepa.

### OPUSTITE KAJENJE

Vsem bolnikom, ki kadijo, opustitev kajenja koristi. Bolezen namreč lahko privede do zmanjšanja gibljivosti prsnega koša. Zaradi tega se zmanjša funkcionalna sposobnost pljuč. Cigarettni dim poškoduje pljuča, kar vodi v dodatno zmanjšanje dihalnih rezerv.



## Fizikalna terapija

Tesno sodelovanje s fizikalnim terapevtom je še posebej koristno pri bolnikih z novo odkrto boleznijo in ob poslabšanjih bolezni. Dihalne vaje, vaje za ohranjanje gibljivosti in dobre drža ter ukrepi za zmanjševanje bolečin (npr. tople kopeli, masaža vnetih predelov z ledom) lahko bolnikom izboljšajo kakovost življenja. Zelo pomembno je, da tudi v obdobjih, ko imajo manj težav, sami izvajajo vaje po navodilih, ki so jih prejeli in se jih naučili od fizikalnega terapevta. Dihalne vaje naj bi izvajali vsaj dvakrat na dan.

### DIHALNE VAJE

Dihalne vaje izvajamo leže ali sede. Roki položimo na obe polovici prsnega koša. Začnemo z globokim vdihom skozi nos, pri tem prsni koš čim bolj razširimo in odrivamo roki. Nato zrak počasi izdihujemo skozi usta ali nos in prsni koš čim bolj zožimo, pri tem ga še dodatno stisnemo z rokami. Dihamo sproščeno in ritmično. Vajo trikrat ponovimo, delamo jo nekajkrat na dan.

Z dihalnimi vajami se ohranja gibljivost prsnega koša in predihanost pljuč.

## Vadba

Pri ankilozirajočem spondilitisu je največji poudarek na vajah za izboljšanje ali vsaj ohranjanje čim bolj normalne telesne drža ter gibljivosti hrbtenice in ostalih sklepov.

Ohranjena gibljivost, krepke mišice in pravilna telesna drža zmanjšujejo bolečine, izboljšujejo splošno



Masaža z ledom je koristna pri akutno vnetem sklepu

### PRIPOROČLJIVI ŠPORTI

Pri ankilozirajočem spondilitisu so najbolj priporočljivi športi: plavanje (zlasti hrbtno), tek na smučeh, badminton, namizni tenis, tek in hoja po mehki podlagi. Po vseh teh športnih dejavnostih so priporočljive raztezne vaje.

Dodatno oporo in pomoč lahko nudi vključevanje v Društvo revmatikov Slovenije in njegove podružnice, ki za člane pripravljajo strokovno vodeno telesno vadbo v skupinah, plavanje, masažo in tudi družabne dejavnosti.

počutje ter preprečujejo nepravilne obremenitve. Preprečevati je treba skrajšave mišic, manjšo gibljivost prsnega koša, hrbtenice in ostalih sklepov. Nепrestano je treba ocenjevati, opazovati in poravnati držo telesa med gibanjem, dvigovanjem in prenašanjem bremen, ležanjem, sedenjem, hojo in drugimi dnevnimi dejavnostmi. Bolniki naj varujejo hrbtenico tako, da se izogibajo vsakodnevnim aktivnostim, ki zahtevajo sključeno držo. Potrebne so predvsem vaje za gibljivost in raztezanje, nato vaje za moč in vaje za vzdržljivost. Ob vsakem hujšem poslabšanju bolezni je potrebna celovita fizioterapija v ustrezni ustanovi. Že ob sumu na vnetno obolenje hrbtenice je treba spremeniti način življenja. Potrebni je čim več rekreativnih dejavnosti, redna vsakodnevna telesna vadba, plavanje in podobno.

### Preprečevanje poškodb

Zaradi večjega tveganja hudih poškodb hrbtenice in hrbtenjače ob zdrsih in padcih je preprečevanje poškodb zelo pomembno. Bolniki se morajo izogibati uživanju alkohola, narkotičnih analgetikov (npr. tramadola, kodeina), pomirjeval in uspaval, ker so nezdolgi ob njihovi uporabi pogostejše. Izogibati se morajo športom, kjer prihaja do stikov s soigranci, in drugim dejavnostim, pri katerih prihaja do hitrih, sunkovitih gibov in sprememb telesnega položaja. S primerno opremo stanovanja se lahko izognejo padcem doma (npr. odstranitev preprog, namestitve nočnih luči, ustrezna oprema kopalnice). Z namestitvijo posebnih vzvratnih ogledal v vozilu, ki povečajo vidno polje, pa se lahko bolniki izognejo oviram, ki jih predstavlja zmanjšana gibljivost vratne hrbtenice.

### Zdravljenje z nesteroidnimi antirevmatikami

Pri večini bolnikov z aktivno boleznijo nesteroidni antirevmatikami učinkovito lajšajo bolečine in okorelost. Na voljo jih je več vrst, za vsakega posameznika pa je treba izbrati in preskusiti tistega, ki je učinkovit in ga bolnik dobro prenaša. Uporabnost teh zdravil največkrat omejujejo njihovi neželeni učinki, največkrat želodčne težave.





Na voljo imamo številna protibolečinska zdravila

Bolnikom, ki so imeli razjede ali krvavitve iz želodca ali dvanajstnika, ali prejemajo zdravila za redčenje krvi (antikoagulante), ali pa so starejši od 65 let, zdravnik poleg nesteroidnih antirevmatikov običajno predpiše bodisi še zdravilo za zaščito želodčne sluznice (npr. omeprazol, esomeprazol, pantoprazol) bodisi novejša antirevmatika iz skupine koksibov, ki so varnejši in manj agresivni za sluznico prebavil. Zaradi možnih neželenih učinkov je pomembno, da tudi zdravljenje z nesteroidnimi antirevmatikami nadzoruje zdravnik.

### Zdravljenje z imunomodulirajočimi zdravili

Kadar so prizadeti tudi sklepi udov, nesteroidni antirevmatikami in fizikalno zdravljenje pa ne privedejo do zadovoljive umiritve bolezni, zdravnik predlaga zdravljenje z imunomodulirajočimi zdravili, ki pri nekaterih bolnikih upočasnijo ali celo zaustavijo napredovanje bolezni. Za zdravljenje AS se uporabljata sulfasalazin ali metotreksat. Sulfasalazin ublaži vnetje perifernih sklepov, medtem ko na bolečine v hrbtenici in okorelost ne vpliva. Kadar zdravljenje s sulfasalazinom ne privede do izboljšanja, lahko poskusimo z metotreksatom. Zdravljenje s temi zdravili, ki jih uvaja revmatolog, mora biti tudi skrbno nadzorovano, zaradi varnosti pa so ob tem v točno določenih časovnih razmakih potrebne tudi laboratorijske preiskave.

### Zdravljenje z glukokortikoidi

Glukokortikoidi so močna protivnetna zdravila, ki se za zdravljenje AS uporabljajo le izjemoma. Injekcije glukokortikoidov v sklep so upravičene, če se vneti sklep ne odziva na drugo zdravljenje. Kadar je bolezen zelo aktivna in je z nesteroidnimi antirevmatikami in temeljnimi zdravili ni mogoče obvladati, pride v poštev tridnevno zdravljenje z infuzijami metilprednizolona.

Redno dolgotrajno zdravljenje AS z glukokortikoidi pa ni upravičeno.

### Zdravljenje z biološkimi zdravili

V zadnjih letih je tudi v Sloveniji bolnikom z neugodnim potekom bolezni, ki se ne odzivajo na druga uveljavljena zdravila, dostopno zdravljenje z biološkimi zdravili. Slabosti teh zdravil sta zelo visoka cena in nepopolno poznavanje neželenih učinkov pri dolgotrajni uporabi. Ocenjuje se, da je zdravljenje z njimi smiselno za največ 30 odstotkov bolnikov z AS. Kratkoročne raziskave so pokazale, da pri najmanj 80 odstotkih bolnikov, zdravljenih s temi zdravili, pride do izboljšanja bolezni. Približno polovica navaja več kot 50-odstotno izboljšanje. Če pri posameznem bolniku zdravljenje z enim biološkim zdravilom ne privede do izboljšanja, je smiselno preskusiti učinkovitost drugih bioloških zdravil.



Anatomski model hrbtenice

Najpogostejša kirurška oblika zdravljenja AS je vstavev popolne proteze za kolčni sklep. Operacije hrbtenice so potrebne, ko premiki vretenc ali odlomkov utesnjujejo hrbtenjačo ali hrbtenične živce. Kadar hrbtenica zakosteni v neugodnem položaju, se to lahko delno popravi s kirurškim posegom. Pri operativnih posegih je nujno, da

### Kdaj je potrebno kirurško zdravljenje

Najpogostejša kirurška oblika zdravljenja AS je vstavev popolne proteze za kolčni sklep. Operacije hrbtenice so potrebne, ko premiki vretenc ali odlomkov utesnjujejo hrbtenjačo ali hrbtenične živce.

### SODELOVANJE BOLNIKA

Kot pri vseh revmatskih boleznih je tudi pri AS nujno potrebno aktivno sodelovanje posameznika v postopku ugotavljanja, spremljanja in zdravljenja bolezni. Početi je treba vse tisto, kar je priporočljivo za zdravo življenje, ne glede na bolezen. Za veliko revmatskih boleznih in tudi za AS so ugotovili, da napredujejo počasneje in da je zdravljenje uspešnejše, če bolnik polno sodeluje, če je optimističen in ne dopusti, da v njegovem življenju prevlada bolezen. Seveda pa se je treba z boleznijo sprijazniti, jo sprejeti in poskušati z njo čim bolj kakovostno živeti.



je anesteziolog (specialist, ki skrbi za anestezijo in postopke pred operacijo ter po njej) seznanjen z boleznijo hrbtenice, saj lahko predvsem spremembe na vratnem delu ovirajo uvedbo cevke za dihanje (tubus), ali pa ti postopki celo poškodujejo hrbtenico.

## POTEK BOLEZNI

Večine bolnikov AS ne ovira pomembno v vsakdanjem življenju. Bolezen praviloma redkeje prizadene ženske, pri njih tudi bolj blago poteka, saj ni nujno vedno prizadeta tudi hrbtenica – vnetne spremembe lahko zajamejo le sakroiliakalne sklepe. Pri tej revmatični bolezni so torej ženske v boljšem položaju, kar pa ne velja za večino drugih vnetnih revmatičnih bolezni.

**Bolj neugoden potek bolezni pričakujemo pri tistih bolnikih, ki izpolnjujejo dva do tri od naštetih dejavnikov:**

- bolečine v kolkih,
- močno pospešena sedimentacija eritrocitov (SR),
- nesteroidni antirevmatiki ne zmanjšajo bolečin,

- zmanjšana gibljivost ledvene in vratne hrbtenice,
- oteklina celotnega prsta na roki ali nogi,
- bolečina in oteklina velikega perifernega sklepa (npr. kolena),
- začetek bolezni pred 16. letom starosti.

## Kako varovati sklepe in hrbtenico:

- upoštevajte bolečino in njen prag,
- preprečujte prisilne položaje, ki obremenijo sklepe in druge dele gibal,
- skrbite za pravilno ravnotežje med telesno dejavnostjo in počitkom,
- prenašajte obremenitve na večje sklepe,
- izvajajte dejavnosti z obema rokama,
- preprečujte dolgotrajne in ponavljajoče se položaje ter gibe,
- izogibajte se nošenju ali dvigovanju težkih bremen,
- ohranjajte ustrezno telesno vzdržljivost,
- ohranjajte sklepno gibljivost in mišično moč,
- uporabljajte pripomočke za samostojno opravljanje dnevnih dejavnosti, zaščitite sklepe z uporabo opornic in ortoz (če je to potrebno).

## ODLOČITEV ZA OTROKA

Dr. Monika Østensen z Oddelka za revmatologijo in klinično imunologijo/alergologijo Univerzitetne klinike v Bernu (Švica) se vse življenje ukvarja s problemi nosečnosti pri revmatičnih bolnicah. Večkrat je predavala tudi že v Sloveniji. Po njenem mnenju je odločitev za otroka odvisna od težavnosti bolezni, od dogovora med partnerjema, pa tudi od podpore širše družine in prijateljev. Poudarja, da revmatične bolezni niso dedne, res pa je, da lahko otrok podeduje nagnjenost k bolezni, ki jo nato lahko sprožijo različni dejavniki (okužba, stres in podobno). Najprimernejši čas za zanositev in nosečnost je obdobje umirjene bolezni ali stabilne nizke aktivnosti bolezni (vsaj 6 mesecev) in tudi stabilno zdravljenje brez menjavanja zdravil. Nekatera zdravila je treba jemati tudi med nosečnostjo, da se bolezen ne poslabša. Med nosečnostjo so zelo pomembne redne kontrole pri revmatologu in ginekologu, ki morata biti v stiku.



## NOSEČNOST IN ANKILOZIRAJOČI SPONDILITIS

AS ne vpliva na možnost zanositve, prav tako tudi ne na nosečnost in porod. Potek AS se med nosečnostjo običajno ne spreminja, zaradi fizioloških sprememb v nosečnosti pa so pogoste bolečine v hrbtenici. Vezi namreč postanejo ohlapnejše, zlasti v zadnjem trimesečju nosečnosti. Gre za normalen odgovor telesa na potrebo po sproščanju vezi v medenici, kar omogoča lažji prehod plodu skozi porodni kanal. Ohlapnost hrbteničnih vezi poveča upognjenost hrbtenice v križnem delu, kar po eni strani omogoča boljše ravnotežje, ki bi bilo sicer porušeno zaradi povečanega trebuha, po drugi strani pa povzroča bolečine v hrbtenici. Na slednje običajno blagodejno vplivajo sprostitve, počitek in usmerjena telovadba.

## PSIHIČNE MOTNJE KOT POSLEDICA KRONIČNE REVMAČNE BOLEZNI

Psihične motnje so pogost spremljevalec kroničnih revmatskih bolezni, zato se prav tako lahko pojavijo tudi pri bolnikih z AS. Nekaterim revmatikom se ne uspe prilagoditi na dolgotrajne bolečine, neprijetno zdravljenje ter številne telesne in socialno-ekonomske posledice bolezni.

## Psihični vidiki bolečine

Bolečina je običajni spremljevalec revmatskih bolezni. Zlasti kadar je huda in dolgotrajna, pri ljudeh sproži negativna čustva. Na njeno intenzivnost ne vplivata le aktivnost vnetja ali poškodbe tkiva, pač pa tudi številni psihološki, socialni in kulturni dejavniki.

Doživljanje bolečine je zelo odvisno od tega, kaj oboleli mislijo o njenih vzrokih in kakšne posledice pričakujejo. Če ni prehuda in so prepričani, da ni nevarna, jih ne vznemirja, niti ji ne posvečajo večje pozornosti. Bistveno bolj pa so čustveno prizadeti, če mislijo, da je bolečina znak hudega vnetja, ki lahko trajno poškoduje sklepe in jih privede do invalidskega vozička. Bolniki z revmatskimi boleznimi, ki kljub bolečini ostanejo optimistični, slednjo lažje prenašajo in z njo živijo. Tisti pa, ki jih je bolečina pretirano strah, jo intenzivneje občutijo in jih tudi bistveno bolj ovira pri vsakdanjih aktivnostih. Verjetnost, da bodo postali depresivni, je večja, to pa še dodatno zniža tolerančni prag zanjo.

### NE MISLIMO NANJO

Bolečina je manj moteča, kadar nanjo nismo pozorni, torej, kadar se zamotimo s prijetnimi in sproščujočimi dejavnostmi.





K temu so bolj nagnjeni moški in mlajše osebe. Ugotovili so tudi, da je pri depresivnih ljudeh potek bolezni slabši kot pri nedeprativnih, prav tako pa je slabši tudi njen izhod (prognoza).

#### VZROKI ZA DEPRESIJO

Osamljenost, pesimizem, pomanjkanje dejavnosti, ki prinašajo zadovoljstvo, ter odvisnost od drugih zelo pogosto vodijo v depresijo.

Koliko bolnika bolečina ovira pri delu, je odvisno tudi od njegove motivacije zanj. Če ga delo zanima in veseli, se manj ozira na bolečino – zato v delovnem razmerju bistveno dlje vztrajajo bolniki, ki se dobro razumejo s sodelavci in ki jim delo prinaša uspehe ter zadovoljstvo.

Ljudje s kroničnimi revmatičnimi boleznimi pričakujejo, da bo okolica razumela njihove težave. Čeprav se trudijo in sami naredijo, kolikor zmorejo, še vedno potrebujejo pomoč – še posebej, ko se bolečine okrepijo in se bolezen poslabša. Želijo, da tisti, ki jih imajo radi, ostanejo z njimi in jih razbremenijo pri delu. Ne marajo preveč »pametnih nasvetov« ali očitkov, kaj vse so naredili narobe, da se je bolezen poslabšala. Odziv okolice je v

veliki meri odvisen tudi od tega, na kakšen način bolnik sporoča, da ga boli. Še najbolje je, da na bolečino opozori z besedami in jasno pove, kaj pričakuje od svoje okolice. S čakanjem, da bo to uganila okolica sama, ter s pretirano trpečim videzom ali preglasnim stokanjem lahko v okolici zgolj vzbudi odpor in jezo. Ljudje namreč dobijo občutek, da jih izsiljuje in jim želi vzbuditi občutek krivde. Na drugi strani pa preveč zahtevna in nestrpna okolica pri bolniku pogosto pospeši nastanek depresije.

#### Psihične posledice invalidnosti

Kronične revmatične bolezni lahko na gibalnih in drugih organih povzročijo trajne spremembe, kar se meri v različnih stopnjah invalidnosti. Mnogim bolnikom se kljub temu uspe prilagoditi posledicam, ostanejo optimistični, samozavestni, družabni in znajo izkoristiti sposobnosti, ki jim jih bolezen ni odvzela. Nekateri pa se z invalidnostjo ne morejo sprijazniti, še posebej, če bolezen napreduje hitreje, kot so se ji sposobni prilagajati. Ne morejo se več ukvarjati z aktivnostmi, ki jih veselijo. Žalostni in razočarani so, ko vidijo, da dela v službi in doma ne zmorejo več. Invalidska upokožitev jim na eni strani prinese olajšanje, na drugi pa jim odvzame možnosti, da bi se uveljavili, saj izgubijo socialne stike in so tudi finančno prikrajšani. Zaradi zgodnje invalidnosti in vpliva zdravil se mora marsikdo odpovedati starševski vlogi. Nekateri bolniki se

**NE SKRIVAJTE TEŽAV**

Če imate čustvene težave in skrbi, povezane s kronično revmatično boleznijo, jih zaupajte svojemu zdravniku, ki vam bo svetoval, kaj storiti. Predpisal vam bo ustrezna zdravila ali pa vas poslal na pregled k psihiatru. Čustvenih težav nikar ne skrivajte! Odkrito spregovorite o njih, saj lahko že pogovor z zdravnikom pomaga zmanjšati čustveno napetost in skrbi, ki jih poleg telesnih težav lahko povzroča revmatična bolezen.

sramujejo spremenjenega videza, zato se izogibajo socialnih stikov. Večina najtežje prenaša odvisnost od drugih, še posebej, kadar nikamor več ne morejo samostojno, ali če potrebujejo pomoč celo pri intimni negi. Veliko bolnikov ne želi obremenjevati svojcev, zato le stežka prosijo za pomoč in jo sprejmejo in tako ostajajo sami z občutkom prikrajšanosti. Drugi pa so celo pretirano zahtevni in egoistični, kar je za okolico zelo obremenjujoče.

Depresivni bolniki so zagrenjeni, izgubijo voljo, okolica jih ne zanima, spremlja jih občutek manjvrednosti, vedno bolj so pasivni in družbeno izključeni. Pojavijo se tudi motnje spanja in apetita. Nimajo ne energije ne upanja, da bi sodelovali pri zdravljenju. Bolečine se zato še povečajo in postanejo še bolj moteče. Psihični dejavniki vplivajo tudi na imunski sistem in s tem na vnetne procese, zato lahko depresija tudi na ta način poslabša potek bolezni. Bolnik depresije običajno ne prepozna in zato ne išče psihiatrične pomoči. Pogosto jo spregleda tudi zdravnik. Brez zdravljenja pa ima depresija kronični potek in bistveno poslabša kakovost življenja.

**Vpliv zdravljenja revmatične bolezni na psihično stanje bolnika**

Revmatične bolezni so kronične, zato je tudi zdravljenje praviloma dolgotrajno. Z zdravili je mogoče na-



predovanje bolezni upočasniti in omiliti posledice, ni pa je možno povsem pozdraviti. Bolniki so zato včasih nad zdravljenjem razočarani, krivdo pa pripišejo premajhni zavzetosti zdravnika.

Zdravila imajo poleg zdravilnih učinkov lahko tudi neprijetne ali celo nevarne neželene učinke. Včasih bolniki zaradi pretiranega strahu pred zdravili ne upoštevajo navodil zdravnika in jih ne jemljejo redno. Raje se zatečejo k alternativni medicini, kar običajno zmanjša uspeh zdravljenja. Drugi zaradi strahu pred bolečino in invalidnostjo odmerek zdravil celo sami zvišujejo in s tem povečajo možnost nastanka škodljivih neželenih učinkov. Za bolnike je boleče tudi spoznanje, da sicer obstajajo učinkovitejša zdravila, ki bi jim lahko zelo olajšala težave, vendar so predraga in zato niso vsem dostopna.

Psihično obremenjujoči so tudi kirurški posegi, s katerimi se poskuša omiliti posledice revmatične bolezni. Vendar pa so raziskave pokazale, da pozitivna naravnost revmatika vpliva tudi na izhod operacije. Tisti, ki pred operacijo verjamejo v njeno uspešnost, občutijo manj bolečin in hitreje okrevajo.

# METODE IN POSTOPKI FIZIKALNE TERAPIJE

Piše: Marija Gazić, specialistka fizikalne medicine in rehabilitacije

Pri zdravljenju bolečin, ki jih povzroča AS, ima pomembno vlogo sodobna fizikalna terapija. Zdravljenje brez zdravil oz. nefarmakološko zdravljenje je najstarejša oblika lajšanja bolečin, ki danes spet stopa v veljavo, ko čedalje bolj poudarjamo naraven način življenja. To obliko zdravljenja prepletamo z ostalimi oblikami. Pri AS so predvsem pomembne redne vaje in ustreznna telesna dejavnost, ki je odvisna od vsakega posameznika in njegove pripravljenosti za »samozdravljenje«.

Človek je stoletja dolgo iskal načine in možnosti za lajšanje bolečine. Prve je našel v naravi, v obliki naravnih virov – sonca in toplih vrelcev. Pregled uporabe različnih oblik naravnih sil v medicini, namenjenih lajšanju bolečin, sega daleč v zgodovino. Že Hipokrat je v terapevtske namene

uporabljal hidroterapijo in termoterapijo oz. helioterapijo in krioterapijo. Iz stare kitajske civilizacije izhaja masaža, ki je v uporabi že več kot 4000 let. V starem Rimu so bile zelo popularne in priljubljene terme, kjer so si tedanji prebivalci lajšali bolečine in nasploh krepili zdravje.

Na podlagi empiričnih izkušenj pri uporabi različnih vrst naravnih sil in fizikalnih faktorjev pa se je razvila **fizikalna terapija**, ki je svojo strokovno medicinsko veljavnost in utemeljenost dobila ter uveljavila v fizikalni medicini.

## Fizikalna medicina in rehabilitacija

Fizikalna medicina in rehabilitacija je veja medicine, ki s svojimi postopki sodeluje pri zdravljenju številnih bolnikov in je sestavni del njihovega zdravljenja oz. rehabilitacije. Številni postopki fizikalne terapije imajo pozitiven vpliv, saj zmanjšujejo bolečino in njene negativne učinke, kot so napete mišice in omejena funkcija.

### METODE FIZIKALNE TERAPIJE

- hidroterapija
- termoterapija
- elektroterapija
- mehanoterapija
- magnetoterapija
- laserska terapija
- kineziterapija

## Hidroterapija

Hidroterapija je metoda, ki uporablja vodo v terapevtske namene. Pri zdravljenju s pomočjo vode v obliki kopeli, hidrogimnastike in podvodne masaže, izkoriščamo tako mehanične kot termične fizikalne učinke vode. Mehanična učinka sta hidrostatični pritisk in vzgon vode, ki omogočata lažje gibanje in rahlo masažo telesa. Termična učinka sta toplotna prevodnost in specifična toplotna kapaciteta. Topla voda je vir toplote, ki zvišuje





Hidrogimnastika

lokalno temperaturo kože, zaradi česar pride do širitve žil (hiperemije in vazodilatacije), izboljšata se presnova in krvni obtok, prihaja do popuščenja krčev, do sprostitve, in bolečina se umiri.

Kombinacija vode in giba v vodi je **hidrogimnastika**, ki se izvaja individualno ali v skupinah. **Podvodna masaža** je masaža s podvodnim curkom, pod pritiskom do 2 atmosferi. Z njo dosežemo splošno sprostitev, boljše prekrvavitve in na ta način lajšamo bolečino.

## Termoterapija

Termoterapija je zdravljenje s toplotnimi postopki in je najbolj razširjena in najstarejša metoda zdravljenja. Razlikujemo **površinsko in globinsko termoterapijo**. Površinska pomeni, da toplota prodira v tkivo nekaj milimetrov globoko. Toplotno delovanje v globini pa je posledica refleksnega odziva. Zaradi povišanja lokalne temperature kože se širijo krvne žile, izboljša se metabolizem, mišice se sprostijo, napetost popušča, bolečina se umiri.

Toploto neposredno na kožo prenašamo z vodo, s paro, s parafinom, s toplotnimi oblogami, s semenskimi in blatnimi oblogami (peloidom in fangom) ali z obsevanjem z infrardečimi žarki in sončno svetlobo.

**Infrardeči žarki** so del elektromagnetnega spektra (sončne svetlobe) in jih uporabljamo za zdravljenje ali profilakso. Vira infrardečih žarkov sta sončna energija (helioterapija) in umetna infrardeča svetloba. Infrardeči žarki so toplotni žarki. Njihovi terapevtski učinek temelji na nastajanju toplote po prodiranju v kožo. Pri pravilnem odmerku ima bolnik prijeten občutek toplote. Postopek traja 15–20 minut.

**Parafin** je naftni derivat. Na kožo ga nanašamo pri temperaturi 60 °C z namakanjem, parafinskimi vajami za roke ali kot obloge. Parafinske vaje za roke so zelo koristne, ker toplota in napredujoči upor delujeta istočasno.



Masaža

**Parafango** je mešanica parafina in fanga. Kot oblogo ga nanašamo na hrbtenico ali na posamezne sklepe. Njegova temperatura znaša 38–43 °C, zelo koristno pa deluje pri vseh oblikah degenerativnega revmatizma na sklepih (osteoartrize kolka, kolena, hrbtenice).

**Krioterapija** je zdravljenje z mrazom oz. hlajenjem (največkrat z ledom). Izvajamo jo v obliki kopeli (kriokopeli), hladnih oblog in masaže s cilindričnim kosom ledu (kriomasaža). Učinek krioterapije je znižanje temperature vnetega tkiva, kar privede do zoženja krvnih žil (vazokonstrikcije), čemur sledi reaktivno povečana temperatura področja (hiperemija). Mišična napetost (tonus) se zmanjšuje, protibolečinski učinek pa nastane zaradi zaviranja določenega dela živčnega sistema (simpatikusa). Krioterapija je uporabna pri vseh svežih sklepnih in obselepnih vnetjih (pri akutnem artritisu, zunajsklepem revmatizmu).

## Elektroterapija

Elektroterapija je uporaba električnega toka različnih frekvenc z namenom zmanjšati bolečino.

1. Galvanizacija uporablja enosmerni, konstantni električni tok – galvanski tok.
2. Nizkofrekvenčni tokovi: diadinamski, ultrapodražajni, visokovoltajni tokovi.
3. Srednjefrekvenčni tokovi do 4000 Hz – interferenčni tokovi.
4. TENS – transkutana električna živčna stimulacija. Zmanjšuje prenos bolečinskih dražljajev do višjih živčnih centrov. Nizkofrekvenčni in srednjefrekvenčni protibolečinski tokovi odlično delujejo na akutno in kronično bolečino pri vseh oblikah degenerativnega in vnetnega revmatizma, kar seveda velja tudi za AS in druga bolečinska stanja hrbtenice.
5. Visokofrekvenčne izmenične tokove uporabljamo v obliki kratkovalne ali mikrovalne diatermije. S kondenzijo električnega toka nastane toplotni učinek v globini od 2 do 3 centimetre.



TENS

## Mehanoterapija

Mehanoterapija je uporaba mehanične energije v terapevtske namene. Glavni predstavniki so trakcija, ultrazvok in masaža.

**Trakcija** je terapevtski način, ki uporablja silo vleka za raztezanje mehkih tkiv za razmik sklepnih površin, hrbteničnih vretenc in tudi kostnih odlomkov. Trakcija je lahko ročna ali aparaturna, trajna ali s prekinitvami (intermitentna). Zelo uspešno jo uporabljamo pri bolečinskih stanjih hrbtenice (vrat, križ).

**Ultrazvok** je del mehanične terapije. Izkoriščamo njegove mehanične, termične, fizikalno-kemične in biološke učinke. Terapevtska učinkovitost ultrazvoka temelji predvsem na mehničnem in termičnem učinku. Zelo pomemben je mehanični učinek, in sicer mikromasaža globinskih struktur. Zelo uporaben je pri zunajsklepnem revmatizmu in entezitisih pri AS.

**Masaža** je sistematična, ročna ali mehanična manipulacija mehkih tkiv telesa z vtiranjem, gnetenjem, pritiskanjem, močnim udarjanjem. Ima več namenov: izboljšati obtok krvi in limfe, sprostiti ostala fiziološka in psihološka stanja. Masaža je lahko ročna, lahko si



Mehanoterapija

**Akutno bolečino** lajšamo s krioterapijo, nizkofrekvenčno protibolečinsko elektroterapijo, z nizkimi odmerki površinske termoterapije.

**Kronično bolečino** lajšamo z vsemi oblikami termoterapije, nizkofrekvenčne protibolečinske elektroterapije, mikrovalne in kratkovalne diatermije, hidroterapije in mehanoterapije.

pomagamo z različnimi pripomočki, lahko je delna ali celotna. Uporablja se pri vseh revmatičnih boleznih.

## Elektro magnetoterapija

Je metoda, ki za terapevtske namene uporablja magnetno polje. Njeni učinki so: zmanjšanje bolečine, zmanjševanje otekline in pospeševanje obnove tkiva. Zelo je učinkovita pri hitrejšem celjenju kosti.

## Laserska terapija

Je metoda novejšega datuma, ki za terapevtske namene uporablja laserje. Na ta način zmanjšujemo bolečino in povečujemo odpornost celic.

## Kineziterapija

Kineziterapija je terapija s pomočjo giba, pri čemer gre za medicinsko gimnastiko, ortopedsko gimnastiko in telesne vaje. Kineziterapija ima pomembno vlogo pri odpravljanju negativnih posledic bolečine, kot so zmanjšana funkcija, omejena gibljivost in slabost mišic. Poleg ponovnega vzpostavljanja funkcij vpliva tudi neposredno na bolečino. Bolnika na izvedbo kineziterapije pripravimo s protibolečinskimi postopki.

Telesne vaje imajo pomembno vlogo pri zdravljenju AS, izvajamo jih neprekinjeno od začetka bolezni skozi celo življenje. Program vaj dopolnjujemo z različnimi rekreativnimi dejavnostmi, kot so plavanje, hoja, zmeren tek in podobno.



Ultrazvočna terapija



# MED NEUSPEHI IN PREBOJI

Povzeto po članku: Khan MA: Ankylosing spondylitis – The history of medical therapies. *Clin Exp Rheumatol* 2002; 20 (Suppl. 28): S3–S5.

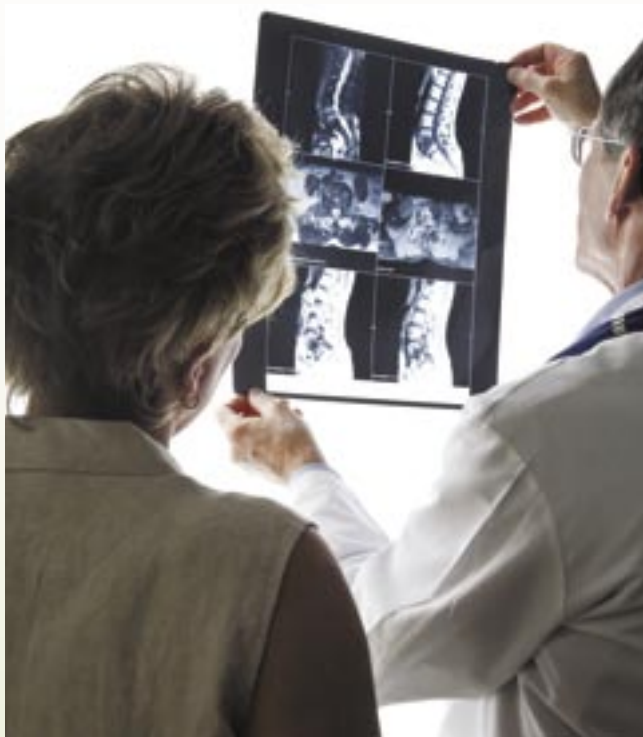
Zgodovina zdravljenja bolnikov z AS je polna različnih poskusov in pristopov, a žal bolezi še vedno ni možno pozdraviti. Že vrsto let pa so cilji zdravljenja naslednji: zmanjšanje ali odprava bolečine in okorelosti, vzdrževanje čim bolj normalne in ravne drže telesa (hrbtenice) ter vzdrževanje čim boljše gibljivosti in telesne zmogljivosti. Temeljni obliki zdravljenja ostajata uporaba antirevmatikov kot protivnetnih in protibolečinskih zdravil ter redna doživljenjska telesna vadba.

Zdravljenje bolnikov z AS – podobno kot zdravljenje bolnikov z drugimi kroničnimi vnetnimi revmatičnimi boleznimi – je šlo skozi različna obdobja vzponov in padcev. Bila so obdobja nepreverjenih ali slabo preverjenih in različno učinkovitih zdravil. Danes so na voljo moderna zdravila, katerih učinkovitost in varnost so ugotavljali in dokazali v dolgoletnih kliničnih raziskavah in na preizkušanjih. Po njihovi uvedbi v vsakodnevno prakso in zdravljenje se še vedno nenehno skrbno spremlja njihova učinkovitost in varnost (predvsem pojavljanje neželenih učinkov).

**Prof. medicine Muhammad Asim Khan** je svetovno znani strokovnjak na področju revmatologije. Predavatelj na Medicinski fakulteti v Clevelandu (Ohio, ZDA) je že večkrat obiskal Slovenijo in o ankilozirajočem spondilitisu predaval članom Društva revmatikov Slovenije. Vse svoje življenje posveča raziskovanju revmatičnih bolezní, še posebej skupini spondiloartritisov, kamor spada tudi AS. Objavil je številne strokovne članke, spisal veliko knjig, med njimi leta 2002 tudi knjigo o AS, namenjeno bolnikom. Sam pravi, da je njegov raziskovalni interes večji kot pri drugih raziskovalcih s tega področja, saj je tudi sam bolnik. Od svojega 12. leta starosti ima hudo obliko AS.

## Zdravljenje AS včeraj: od soli zlata do rentgenskega obsevanja

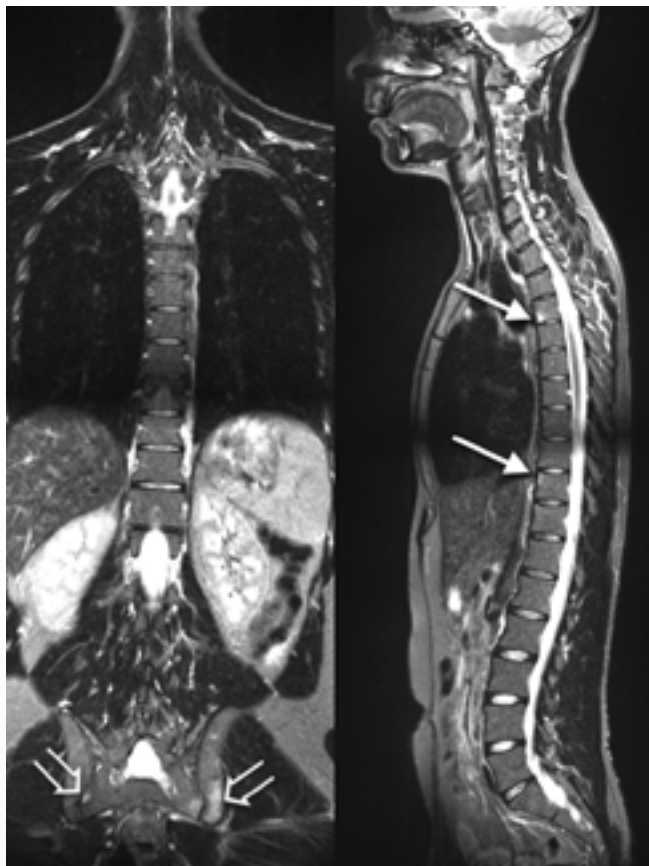
V tridesetih letih prejšnjega stoletja, torej pred osemdesetimi leti, je bilo za zdravljenje bolnikov z AS na voljo zelo malo ustreznih in učinkovitih zdravil. Povsem nepreverjeno so zdravili z raznimi cepivi (tudi s cepivom proti tifusu), prehodno celo z arzenom. Ker so se med zdravljenjem bolnikov z malinovko (kožna bolezen v



Afriki) z natrijevim tartratrom zmanjšale revmatične bolečine, so ga uporabili tudi pri AS, vendar pripravek ni bil učinkovit. Takšno zdravljenje so kmalu opustili.

Ko so bolnike z revmatoidnim artritisom začeli zdraviti s solmi zlata (Forestier leta 1930), kar je bilo pri tej bolezni učinkovito in je pomenilo velik napredek pri njenem zdravljenju, so zdravilo preskusili tudi pri bolnikih z AS. Na veliko razočaranje so bili učinki slabi in tudi tovrstno zdravljenje je bilo opuščeno.

Leta 1936 je Forestier poročal o dobrih rezultatih zdravljenja AS z izotopom torijem X, ki so ga bolnikom vbrizgavali enkrat na teden. V 60. letih prejšnjega stoletja so to sredstvo dobivali tudi bolniki z AS pri nas



Začetni stadij AS

(zdravili so jih ortopedi). Torij X je razgradni produkt torija, radioaktivnega elementa, ki seva alfa žarke. Ti imajo majhno prodornost, kratko življenjsko dobo, moč sevanja pade na polovico v štirih dneh, povsem brez učinka pa so po dveh do treh tednih. Torij X naj bi imel predvsem protivnetni učinek. Zdravljenje z omejenim izotopom je bilo po nekaj letih povsem opuščeno in prepovedano, saj so ugotovili, da bolniki z AS, ki so dobivali torij X, pogosteje zbolevajo za hudo krvno boleznijo – levkemijo.

Sredi sedemdesetih let prejšnjega stoletja je bilo zdravljenje s torijem X opuščeno tudi pri nas, z ortopedi pa je bilo dogovorjeno, da obravnava in zdravljenje bolnikov z AS sodi v roke internistov revmatologov.

Leta 1930 je v Veliki Britaniji postalo zelo priljubljeno zdravljenje AS z obsevanjem z rentgenskimi žarki. Uvedel ga je Gilbert Scott, nadaljeval pa njegov kolega Hernaman-Johnson. Pri precejšnjem številu bolnikov z AS je bilo to zdravljenje učinkovito, pri nekaterih se je bolezen kasneje ponovila, pri nekaterih pa je bil postopek povsem neučinkovit. Najbolj naj bi pomagalo področno obsevanje sakroiliakalnih sklepov in vnetno prizadetih delov hrbtenice. Hitro so se zmanjšale bolečine v križu, manjši sta bili okorelost in občutljivost na pritisk, učinkovitost pa je bila – razumljivo – boljša pri

bolj sveži boleznimi. Pri nekaterih bolnikih je prišlo celo do popolnega izginotja kliničnih znakov, normalizirali so se laboratorijski testi, ki so sicer ob vnetju zvišani (sedimentacija eritrocitov-SR). Hernaman-Johnson je tedaj trdil, da ob več kot tisoč zdravljenimi bolniki z AS ni nikoli slišal, da bi jim rentgensko obsevanje povzročilo kakršno koli škodo. Kasneje se je izkazalo, da rentgensko obsevanje ne sodi med moderne oblike zdravljenja AS, saj je zaradi možnega nastanka hudih krvnih bolezni (levkemije in aplastične anemije) zelo tvegano.

### Zdravljenje AS v zadnjih desetletjih: od nesteroidnih antirevmatikov do imunomodulirajočih zdravil

Od leta 1950, ko so na tržišče prišli nesteroidni antirevmatiki, je splošno sprejeto in veljavno pravilo, da so to osnovna zdravila za bolnike z AS. Nekateri so celo mnenja, da jih je treba zaradi kroničnosti bolezni jemati redno, neprekinjeno, v dovolj visokem odmerku, zlasti pa to velja v aktivni fazi bolezni. Še vedno ni povsem jasno, ali ima neprekinjeno jemanje antirevmatikov kakšno prednost pred jemanjem z občasnimi prekinitvami (npr. v umirjenem obdobju bolezni). Žal so antirevmatiki pri približno petini bolnikov bolj malo učinkoviti ali pa sploh ne. Dejstvo je tudi, da so različni antirevmatiki podobno učinkoviti, med njimi tudi ni bistvenih razlik glede pojava neželenih učinkov.

Modernejši antirevmatiki imajo manj neželenih učinkov na prebavila kot nekatera stara zdravila. Bolniki bolj zanesljivo jemljejo tiste antirevmatike, ki se jemljejo enkrat ali dvakrat na dan. Zdravila, ki spreminjajo potek bolezni (imunomodulirajoča zdravila) in ki jih uporabljamo za zdravljenje bolnikov z revmatoidnim artritisom (sulfasalazin, metotreksat), pri bolnikih z AS niso preveč učinkovita. Sulfasalazin se sicer od leta 1984 uporablja pri AS z vnetimi perifernimi sklepi (artritisom), ne vpliva pa na vnetne spremembe na hrbtenici. Metotreksat povečini ni učinkovit, prav tako ne učinkuje pri bolnikih z AS, kjer odpovejo antirevmatiki in sulfasalazin.

Seveda so že pred mnogimi leti spoznali in dokazali, da so pri bolnikih z AS nujno potrebni doživljenjska telesna vadba, plavanje in druge oblike fizikalnega zdravljenja, kar morajo posamezni bolniki sprejeti kot življenjski slog. Na tem področju je torej potrebno njihovo popolno in dolgoročno sodelovanje.

### Zdravljenje AS danes: biološka zdravila

Danes so za zdravljenje na voljo zelo učinkovita biološka zdravila. Njihovo delovanje temelji na zaviranju posebne beljakovine – citokina, ki pospešuje revmatično vnetje in se imenuje tumorje nekrotizirajoči faktor alfa (TNF-alfa). Potrebujemo jih predvsem bolniki, pri katerih

druga konvencionalna zdravila niso učinkovita. Če želimo zavreti vnetne spremembe in okostenevanje hrbtenice, je treba zdravljenje z biološkimi zdravili začeti čim bolj zgodaj, torej v začetnem obdobju bolezni.

Zdravljenja ne smemo prekinjati, saj se po ukinitvi bolezen že po nekaj tednih spet poslabša. V teku so številne raziskave, s pomočjo katerih želimo ugotoviti, kakšen odmerek zdravila je potreben za zadovoljivo umiritev bolezni, in koliko časa ga je treba jemati. Glavna pomanjkljivost in nevarnost zdravljenja z biološkimi zdravili sta njihova visoka cena in znani resni neželeni učinki (večja nagnjenost k okužbam, sprožitev skrite tuberkuloze, določene nevrološke bolezni) ter možen pojav doslej še neznanih neželenih učinkov.

Potekajo tudi klinične študije zdravljenja z nekaterimi drugimi novimi zdravili (pamidronata, talidomida). Ponekod za zdravljenje AS uporabljajo tudi uveljavljena zdravila, kot so glukokortikoidi, ki pa se niso preveč izkazala in nimajo splošnega dobrega učinka. Primerna so za področno zdravljenje kot injekcije v vnete predele (pri entezitisu in trdovratnem vnetju sklepa – artritisu). ■



## ZMOTE IN RESNICE O ANKILOZIRAJOČEM SPONDILITISU

Povzeto po knjigi, namenjeni bolnikom z AS: Khan MA: Ankylosing spondylitis–The facts. Oxford University Press, 2002.

**Zmota:** AS je redka bolezen.

**Resnica:** AS se lahko pojavi pri najmanj eni od dvesto odraslih oseb (kar je približno 0.5 odstotka), pojavljanje pa je v različnih predelih sveta različno. V Nemčiji na primer beležijo en odstotek bolnikov z AS, kar je podobno pogosto kot pojavljanje revmatoidnega artritisa.

**Zmota:** AS se ne pojavlja pri ženskah in otrocih.

**Resnica:** AS je dva- do trikrat pogostejši pri moških, vendar je bolezen možna tudi pri ženskah. Pri slednjih resda praviloma poteka v milejši obliki. Obolijo lahko tudi otroci, a je pri njih potek bolezni nekoliko drugačen. Pogosteje kot bolečine in okorelost hrbtenice se pojavljajo bolečine v petah, kolenih ali kolkih.

**Zmota:** AS je napredujoča bolezen, ki vedno vodi v okostenelost cele hrbtenice.

**Resnica:** Resnost težav in sprememb je pri vsakem posamezniku drugačna. Pri mnogih bolnikih ne pride do popolnih kostnih premostitev celotne hrbtenice, kajti možno je, da se vnetje umiri, še preden pride do nepovratnih sprememb na hrbtenici. Pri močno napredujoči bolezni je možna postopna prizadetost cele hrbtenice. Kljub popolnoma otrdeli in okoreli hrbtenici lahko bolečine v hrbtenici povsem minejo, ko se vnetje umiri in vnetne spremembe zamenjajo procesi celjenja (tvorbe nove kosti). To nekateri označujejo kot izgorelost bolezni (strokovno remisija).

**Zmota:** Bolniku z AS ni mogoče pomagati.

**Resnica:** Zlasti zgodnja diagnoza AS lahko prepreči napačno zdravljenje in omogoči uvedbo ustreznega učinkovitega zdravljenja, ki v največji možni meri zmanjša težave in tveganje za nastanek deformacij in invalidnosti.

**Zmota:** Pri zdravljenju AS ni prišlo do nobenega preboja pri uvajanju uspešnih novih zdravil, zlasti pri tistih bolnikih, ki se ne odzivajo na konvencionalno zdravljenje.

**Resnica:** V zadnjih letih je na tem področju prišlo do velikega napredka, saj so na voljo t. i. biološka zdravila, ki so dokazano učinkovita.

# ASOVEC NA ZOBOZDRAVNIŠKEM STOLU

Povzeto po: *Ankylosing Spondylitis & Dentistry*; [www.spondylitis.org](http://www.spondylitis.org), 2010

Skrb za zdrave zobe ter ustrezna in redna ustna higiena sta zelo pomembni. To še posebej velja za revmatične bolnike, saj se zobne bolezni lahko odražajo na celem organizmu. Obisk zobozdravnika pa pri bolnikih z AS ni tako enostaven. Med sedenjem na stolu se spremenijo drža, položaj glave in vratu ter preostalega dela telesa. Zaradi preoblikovane vratne hrbtenice in okorelosti lahko dolgotrajno sedenje postane boleče, sploh, kadar je vratna hrbtenica povsem otrdela in upogibanje vratu ni mogoče. Zaradi motenj delovanja čeljustnega sklepa, kot je preskakovanje v sklepu, je oteženo tudi odpiranje ust. Vse to lahko ovira in otežuje delo zobozdravnika.



Zobozdravnika je dobro seznaniti z boleznijo že pri naročanju na pregled, saj bo morda treba pregled skrajšati, ali pa med njim menjavati sedeči in stoječi položaj, da bosta okorelost in bolečina čim manjši. Takšne prošnje običajno naletijo na pozitiven odziv, obisk pri zobozdravniku pa je tako precej manj stresen.

Pri obisku zobozdravnika je zelo pomemben položaj glave, ki mora biti primerno podprta, da se čim manj premika. Mnogi zobozdravniški posegi vključujejo upo-

rabo vrtnega svedra ali instrumentov za odstranjevanje zobnega kamna (vibracije), pa tudi kirurške klešče za puljenje zob, kar povzroča pritisk na čeljust, glavo in vrat, pri čemer lahko pride do škodljivih premikov.

Pred kirurškimi posegi v ustni votlini bi morali oceniti obsežnost sprememb na vratnih vretencih. Pri 21 odstotkih bolnikov z AS se na prvem in drugem vratnem vretencu pojavijo kostne razjede (erozije), načeta je lahko tudi vez med njima, kar povzroči premik tega dela

hrbtenice (strokovno subluksacija). Te spremembe povzročajo bolečine v zatilju in mravljinčenje, in sicer zaradi različno močnega pritiska na hrbtenjačo. Subluksacija je še posebej nevarna med posegi s splošno anestezijo, saj so premiki vratu močno omejeni, odpiranje ust pa je ovirano zaradi motene gibljivosti čeljustnega sklepa. V teh primerih je treba uporabiti posebne tehnike anestezije (t. i. fiberoptično vodeno intubacijo skozi nos pri budnem človeku).

Previdnost je potrebna tudi pri morebitnem zlomu zadnjih dveh vratnih vretenc. Če zlom spregledamo, lahko to med operacijo povzroči zaplete. Med nameščanjem glave in s tem ustne votline se je treba izogniti pretiranemu raztezanju in upogibanju vratu, saj to lahko vodi v stisnjenje hrbtenjače.

### SEDE SE TUDI TEŽJE DIHA

Pri vnetju sklepov med hrbtenico in rebri (kostovertebralnih sklepov) pride do zmanjšane razteznosti prsnega koša. Hkrati zunajsklepni pojavi bolezni vključujejo tudi spremembe pljučnega tkiva (pljučno fibrozo, kar je na srečo redko). Obe spremembi prisilita bolnike, da čim bolj normalno dihanje vzdržujejo s pomočjo trebušne prepone, kar pa je med daljšim sedečim položajem veliko težje doseči.

## Osteoporoz

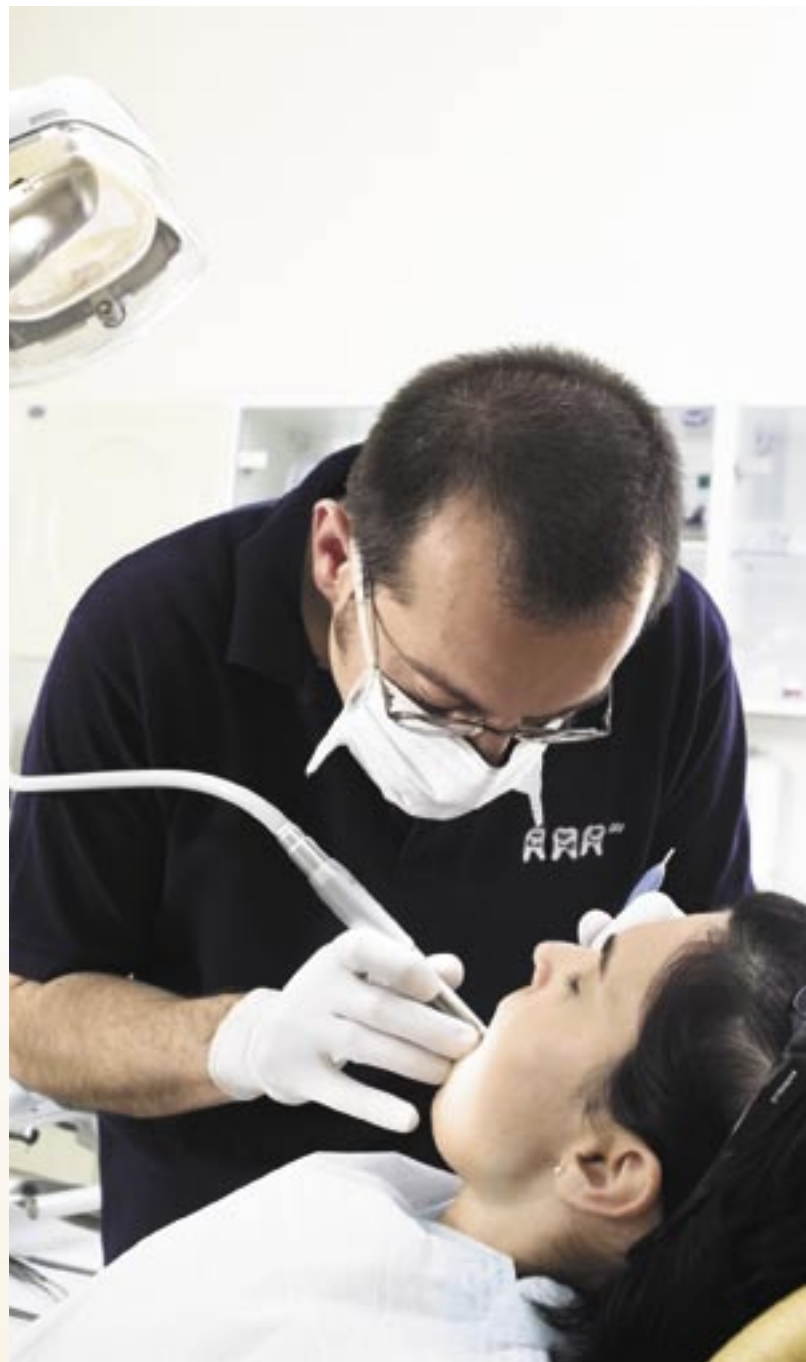
Sekundarna osteoporoz (krhke kosti) zaradi AS vpliva tudi na ustno votlino in sosednje sklepe. Prizadene čeljust (alveolarna kost), ki drži zobe na mestu, in povzroča preoblikovanje kosti in njihovo slabo kakovost, kar lahko vodi v izpadanje zob, v težave s čeljustnim sklepom in celo v zlom spodnje čeljusti.

Priporočljivo je izmeriti mineralno kostno gostoto, določiti stopnjo tveganja za zlom(e) hrbtenice in kolkov ter odločiti, koliko časa naj traja antiosteoporotično zdravljenje.

Kdor želi čim dlje ohraniti svoje naravno zobovje, se mora tudi ustrezno prehranjevati.

Večina ljudi s hrano ne zaužije dovolj priporočenih količin kalcija, zato je dopolnjevanje prehrane s kalcijem in z vitaminom D včasih nujno potrebno za doseganje in ohranjanje maksimalne kostne gostote. Kljub temu naj o zdravljenju s temi pripravki odloča izbrani zdravnik. Pomembna je tudi telesna vadba, ki z ustreznim obremenjevanjem kosti (s telesno maso) osteoporozo preprečuje.

Glede na stopnjo osteoporoze lahko revmatologi in drugi zdravniki predpišejo zdravila (kot so bisfosfonati), ki preprečujejo izgubljanje kostne mase. Pri jemanju teh



zdravil obstaja tveganje za nastanek osteonekroze (omejenega propada kosti) v predelu kirurškega posega, kot je npr. odstranitev zoba ali katerega koli drugega posega na čeljustni kosti. Izjemno pomembno je, da bolnik z AS pred morebitnim kirurškim posegom zobozdravnika seznanj s prejetjem teh zdravil. Tudi med jemanjem bisfosfonatov je izredno pomembna skrbna ustna higiena, obiski pri zobozdravniku pa so priporočljivi vsakih šest mesecev ali celo pogosteje. V strokovni literaturi ni znanstvenega dokaza, ki bi zaradi posegov na zobeh upravičeval prekinitev zdravljenja z bisfosfonati, da bi se na ta način izognili neželenim dogodkom, kot je osteonekroza. A vendar je zaradi manjšega tveganja nastanka osteonekroze bolje izbrati druge oblike zdravljenja zob, ki ne vključujejo invazivnih posegov v ustni votlini ali vstavljanja vsadkov (implantatov). Pred vsakim posegom

je zato potreben posvet z izbranim zdravnikom in zobozdravnikom, ki naj izbereta čim boljše in čim bolj primerno zdravljenje.

### Sekundarni Sjögrenov sindrom

AS lahko spremlja t. i. sekundarni Sjögrenov sindrom, ki je avtoimunska bolezen vezivnega tkiva. Pri tej bolezni so v ospredju vnetne spremembe žlez z zunanjim izločanjem (eksokrinih žlez), možni so tudi razni drugi simptomi. Zaradi zmanjšane izločitve solznih žlez pride do pomanjkanja solz in posledično do suhih oči. Največkrat pa so prizadete žleze slinavke, ki povzročijo izrazito suhost ustne sluznice in porušijo zdravje ustne votline. Sjögrenov sindrom se pojavlja v dveh oblikah: bolezen sama zase je primarna, če je pridružena drugi bolezni, gre za sekundarno obliko. V ZDA ima Sjögrenov sindrom en odstotek prebivalcev, pri nas se bolezen pojavlja pri 0.6 odstotka prebivalcev.

Najpogostejši znak te bolezni so suha usta (kserostomija), istočasno lahko otečeta obušesni žlezi slinavki. V resnejših primerih se pojavijo razjede in glivične okužbe na robu ustne sluznice. Posledice suhih ust so izrazita zobna gniloba in bolezninessni. V normalnih pogojih neprestan pretok sline in naravno uravnavanje kislosti sline pomagata preprečevati zobno gnilobo in bolezninessni. Slina pa vsebuje tudi kalcij in fosfatne

ione, ki omogočajo obnovo sklenine, kar ščiti njeno površino, da je ne uničijo bakterije, ki v ustih ustvarjajo kislo okolje. Pomanjkanje sline pospešuje razvoj bolezninessni, zaradi česar se pojavijo težave pri hranjenju, požiranju in govorjenju. Precej več zobne gnilobe zaradi suhih ust se pojavi ob dlesni, saj je tam sklenina tanjša in brez pretoka sline, ki sicer spira kanalček, ki obdaja vsak zob. Bolniki s sekundarnim Sjögrenovim sindromom morajo pogosteje obiskovati zobozdravnika, da bi preprečili izrazito zobno gnilobo in bolezninessni. Redna zobna higiena pa je seveda osnovni preprečevalni ukrep.

Zdravila za nadomeščanje sline pri suhih ustih so razne ustne vode, zobne kreme, umetna slina, pastile brez sladkorja in žvečilni gumiji s ksilitolom.

Omeniti pa je treba, da lahko suha usta povzročajo tudi nekatera zdravila in stanje samo še poslabšajo. Usta izsušuje tudi alkohol, zato se mu je treba izogibati ne le v pijačah, ampak tudi v ustnih vodah. Pijače, ki vsebujejo kofein (kava, čaj, nekatere brezalkoholne pijače), delujejo kot blagi diuretiki, ki povečujejo izločanje tekočine, zato lahko suhost ust še poslabšajo. Ljudje, ki dihajo skozi usta, kar tudi suši ustno sluznico, naj poskušajo dihati skozi nos. Če jim to ne uspeva, naj se posvetujejo s specialistom za ušesa, nos in grlo (otorinolaringologom).





se je o nadaljevanju ali prekinitvi zdravljenja z biološkimi zdravili treba posvetovati z revmatologom.

### Bolezen dlesni (periodontalna bolezen)

Novejša poročila potrjujejo, da pri bolnikih z AS in še nekaterimi vnetnimi revmatičnimi boleznimi obstaja večje tveganje za bolezen dlesni. Čeprav o tem govorijo številni epidemiološki dokazi, vzroki za nastanek te povezanosti še niso povsem razjasnjeni. Bolezen dlesni je bakterijska okužba, ki jo povzročajo mikroorganizmi v zobnih oblogah. Vse več je dokazov, da lahko bakterija v ustih, ki se imenuje *porphyromonas gingivalis*, poruši imunsko toleranco in povzroči nenormalen imunski odziv, kar vodi v burno vnetje dlesni. Končni izid vnetja dlesni je odvisen od ohranjenosti, prirojene in pridobljene imunosti, izraženosti vnetja, zmožnosti celjenja in razsežnosti razgradnje kostnega tkiva. Ugotovili so, da je povišan nivo posebne beljakovine, ki pospešuje vnetje dlesni (provnetni citokin, tumorje nekrotizirajoči faktor alfa oz. TNF-alfa), pomemben dejavnik. Raziskave vedno bolj kažejo, da je ustna sluznica torišče in izvor raznih sistemskih bolezni, tudi tistih z vpletenim imunskim sistemom.

Redna in skrbna ustna higiena, strokovno čiščenje zobnih oblog in redni zobozdravniški pregledi so pomembni ukrepi za preprečevanje dodatnih bolezenskih težav ob AS. Ob tem je nujno tesno sodelovanje bolnika, revmatologa in zobozdravnika.

### Moteno delovanje čeljustnega sklepa

Čeljustni sklep je parni sklep spodnje čeljusti, ki omogoča začetni krožni gib, ki mu sledi gib, ko se čeljust na široko odpre. Če se pojavi bolečina in moteno odpiranje ust, gre za t. i. disfunkcijo temporomandibularnega sklepa, kar se pri odpiranju ust občuti in sliši kot klikanje ali pokanje. Vnetje in bolečina se pojavita zaradi premika vezivno-hrustančne ploščice znotraj čeljustnega sklepa, ki pritiska na kost, žile in živce. Možno je tudi vnetje čeljustnega sklepa (artritis). Najpogosteje se to zgodi pri degenerativnih spremembah (osteoartrozi) in pri revmatoidnem artritisu, lahko pa tudi pri spondilitisu. O zmerno omejeni gibljivosti čeljustnega sklepa poročajo pri 10 odstotkih bolnikov z AS. Pri dolgoletnem AS pa se motena gibljivost čeljustnega sklepa pojavi pri 30 do 40 odstotkih bolnikov. Ponavadi zadošča učinkovito zdravljenje s protibolečinskimi in protivnetnimi zdravili (konzervativno zdravljenje) ter z ustreznimi vajami za čeljustni sklep. Seveda sta pomembna tudi skrbna ustna higiena in preprečevanje zobnega gnitja (kariesa), saj to preprečuje izpadanje zob. Majanje ali izpadanje zob zaradi bolezni dlesni ali zobnega gnitja lahko spremeni ugriz, kar povzroči še hujšo degeneracijo sklepnih delov. Stanje lahko še dodatno poslabša tudi pretirano stiskanje zob.

Ker je zrak v mnogih sodobnih domovih zelo suh, še posebej pozimi zaradi centralnega ogrevanja, je zlasti ponoči smiselna uporaba vlažilnikov.

Zobozdravniki lahko že zelo zgodaj prepoznajo sekundarni Sjögrenov sindrom. Zgodnja diagnoza in čimprejnjše ukrepanje omogočata ustrezno preventivo, kar zelo zmanjša ali celo odpravi negativne posledice, ki nastanejo zaradi gnilobe zob in bolezni dlesni ter s tem v veliki meri preprečijo tudi izpadanje zob.

### Biološka zdravila

Klinične študije potrjujejo, da lahko učinki novejših zdravil, ki vplivajo na imunski sistem (biološka zdravila), povečajo tveganje za resne okužbe. Zato teh zdravil ne smejo dobivati bolniki z okužbo zob(a), pa tudi z drugimi resnimi ponavljajočimi se okužbami ne. Jemanje bioloških zdravil je treba začasno prekiniti, če se razvije hujša zobna okužba (granulom), ali pa je zaradi druge okužbe potrebno antibiotično zdravljenje. Pri blagih okužbah zoba se zdravljenje nadaljuje, če tako presodi zdravnik, saj se lahko zaradi prekinitve zdravljenja z biološkimi zdravili poslabša osnovna bolezen. Pri nenujnih kirurških posegih, kot so kirurško zdravljenje dlesni ali vstavljanje vsadkov,

# TO SO ASI

Zbrala: Mojca Kos-Golja

Asovci ali ASI so člani Društva revmatikov Slovenije, ki imajo AS. Takšno poimenovanje ni le simpatično, ampak tudi upravičeno. Prvi so ustanovili Društvo bolnikov z ankilozirajočim spondilitisom Slovenije (DBIASS), ki je kasneje preraslo v Društvo revmatikov Slovenije, kot ga poznamo danes. Asovci so še vedno jedro društva, družabni, večinoma pripravljeni na sodelovanje, vir navdiha in vzor novim članom društva.

Priznati je treba, da so tudi druge sekcije bolnikov z različnimi revmatičnimi boleznimi vse bolj aktivne in prepoznavne. A ker imajo asovci daljši staž, arhivi beležijo kar nekaj njihovih tehtnih, pa tudi posrečenih izjav. Nekaj smo jih zbrali.



## ČEBULA

Bolnica z revmatičnimi težavami prvič obišče revmatološko ambulanto. Zdravnica jo najprej izčrpno povpraša o težavah, nato jo prosi, naj se sleče do spodnjega perila, da jo bo pregledala. »Težka bo,« reče bolnica. Zdravnica je seveda začudena, zato se brž pozanima, v čem je težava. Bolnica odgovori: »Veste gospa doktor, sem namreč oblečena kot čebula, zato bo, preden bom slekla vse jopice, bluže, bluzice, maje in majice, trajalo kar nekaj časa!« Zdravnica je seveda potrpežljivo počakala, da je bolnica odvrгла vse svoje »čebulne liste«.

## BREZ SEMINARJEV MI ŽIVETI NI

Članica društva je na enem od seminarjev, na katerih se revmatiki srečujejo z namenom seznanjanja s svojimi boleznimi in z njimi povezanimi težavami, rekla: »Seminarji mi ogromno pomenijo, me osrečujejo, dodatno izobražujejo, zelo prijetno je tudi druženje z drugimi sotrpini, tako lažje prenašam svoje težave. Brez teh srečanj in dejavnosti društva si ne predstavljam več svojega življenja. Tako seminarjev kot drugih srečanj se vsakič izredno veselim.«



## DVA RAZLIČNA

Bolnik zgodaj zjutraj pride v revmatološko ambulanto. Že med vožnjo z avtobusom, nato pa tudi v čakalnici opazi začudene poglede okolice, a ne ve, kaj je narobe. To ugotovi, tik preden vstopi v ordinacijo, zato se med vstopanjem skoraj krohota. Ugotovitev med glasnim smehom nemudoma deli z zdravnikom. Od doma se je namreč odpravil še v trdi temi in si v naglici obul različna čevlja, enega svetlorjavega in enega temnorjavega. To je bilo sicer več kot očitno, a sam tega ni opazil zaradi teme, pa tudi, ker se težje skloni! Skupaj z bolnikom se je nato od srca nasmejajal tudi zdravnik.