

## PREHLADNÝ REFERÁT

## TEHOTNOSŤ PRI SPONDYLOARTROPATIÁCH

M. ØSTENSEN

## PREGNANCY IN THE SPONDYLOARTHROPATHIES

Klinika reumatológie Univerzitetnej nemocnice, Trendheim, Nórsko  
 Vedúci: prof. M. Rstensen, M.D.

## Súhrn

**Ciel:** Cieľom štúdie bolo preskúmať interakciu medzi tehotnosťou a spondyloartropatiami.

**Metódy:** Prospektívne štúdie typu case-control a retrospektívne štúdie.

**Hlavné výsledky:** Retrospektívne a prospektívne štúdie preukázali, že tehotnosť nezlepšuje symptómy ankylozujúcej spondylitídy (AS). Aktivita choroby zostala vo väčšine prípadov počas tehotnosti nezmenená, alebo sa zvýšila hlavne v strednom gestačnom období. Menšiu časť pacientok s AS, ktorým sa symptómy choroby počas tehotnosti zlepšili, tvorili pacientky, ktoré mali sprievodnú periférnu artritídu, psoriázu alebo zápalovú chorobu čriev. U 60 % pacientok s AS sa pozorovalo zhoršenie symptómov 4–12 týždňov po skončení tehotnosti. Epizódy akútnej periférnej artritídy alebo anteriornej uveitídy sa objavili 1,5–3-násobne častejšie post partum ako počas tehotnosti. U pacientok so psoriatickou artritídou sa pozoroval ústup oligoartritídy a polyartritídy. U 50 % tehotností vyústilo zlepšenie do úplnej remisie. U 60–80 % pacientok sa 2–12 týždňov po pôrode pozorovalo postpartálne vzplanutie ochorenia. O reaktívnej a enteropatickej artritíde počas tehotnosti nemáme v literatúre údaje. U tehotných pacientok so spondyloartropatiami sa nezistili intenzívnejšie pôrodné bolesti, či preeklampsia, aj keď cisársky rez sa u nich vykonával častejšie ako u zdravých žien. U žien so spondyloartropatiami sa nepozorovali výrazné účinky ochorenia na novorodenca.

**Záver:** Dostupné údaje naznačujú, že ochorenia chrbtice, ak sú jediným príznakom, napr. pri AS, na hormonálne zmeny v tehotnosti nereagujú. Choroby, ktorých prejavom je periférna artritída, sa v tehotnosti zlepšujú. Spondyloartropatie neovplyvňujú zdravotný stav novorodenca. **Kľúčové slová:** spondyloartropatie, tehotnosť, ankylozujúca spondylitída, psoriatická artropatia.

## Summary

**Objective:** The aim of the study was to investigate the interaction between pregnancy and the spondyloarthropathies.

**Methods:** Prospective, case-control studies and retrospective studies.

**Main results:** Retrospective and prospective studies showed that pregnancy did not improve the symptoms of ankylosing spondylitis (AS). Disease activity remained in the majority of cases unaltered during pregnancy or aggravated, particularly around midgestation. The small proportion of patients with AS who have been found to improve of diseases symptoms during pregnancy consisted of women with accompanying peripheral arthritis, psoriasis or inflammatory bowel disease. Aggravation of symptoms 4–12 weeks after peripheral arthritis or anterior for about 60 % of AS patients. Episodes of acute peripheral arthritis or anterior uveitis occurred 1.5–3 times more often post partum than during pregnancy. Subsidence of oligo- and polyarthritis during pregnancy has been reported in patients with psoriasis arthritis, improvement proceeded to complete remission of arthritis in 50 % of the pregnancies. A post partum flare occurred 2–12 weeks after delivery in 60–80 % of patients.

No data exist for reactive arthritis and enteropathic arthritis during pregnancy. No increase in premature labor or preeclampsy has been reported in pregnant patients with spondyloarthropathies, however, Cesarean section has been found unremarkable in women with spondyloarthropathies.

**Conclusion:** The available data suggest that pure spinal disease as in AS is unresponsive to the hormonal changes of pregnancy whereas diseases with peripheral arthritis tend to improve. The spondyloarthropathies do not compromise fetal outcome.

**Key words:** spondyloarthropathies, pregnancy, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis.

## ÚVOD

Spondyloartropatie (séronegatívne spondyloartritídy) sa u žien často začínajú medzi 20. a 40. rokom veku, teda v období vysokej fertility. Tehotnosť sa pokladá za katalyzátor rozvoja ankylozujúcej spondylitídy (AS) a psoriatickej ar-

tritídy (PsA). Interakcia medzi tehotnosťou a spondyloartropatiami sa najviac študovala pri AS. Údaje o ostatných spondyloartropatiách, napr. o reaktívnej a enteropatickej artritíde, sú z tohto hľadiska v literatúre zriedkavé, alebo chýbajú. V tomto prehľade analyzujeme AS a PsA pri tehotnosti.

*Fertilita pri spondyloartropatiách.* Otázka fertility nebola zatiaľ predmetom samostatnej štúdie. Veľká retrospektívna štúdia skúmajúca reprodukčnú schopnosť u pacientok–belošiek s AS zistila, že na jednu ženu pripadajú 2,4 tehotnosti. Tento údaj je zhodný s údajmi o fertilitate zdravej populácie (1). Iné štúdie dospeli k podobným výsledkom. V ďalšej populačnej štúdii žien vo veku 40–42 rokov (2) sa zistila normálna plodnosť (fertilita), ale znížená fekundita. Dosiaľ nie je známe, či ženy so spondyloartropatiami majú v porovnaní so zdravými ženami väčšie ťažkosti počať.

*Súvislosť tehotnosti a nástupu spondyloartropatií.* Početné výskumy zistili, že tehotnosť je katalyzátorom rozvoja AS i PsA (3, 4). Nástup artritídy v priebehu 3 mesiacov po pôrode sa pozoroval u 30 % matiek s PsA (4). V inej štúdii sa u 21 % z 939 žien s AS pozoroval nástup choroby buď počas tehotnosti (8 %), alebo do 6 mesiacov po pôrode (12 %). Toto číslo sa u žien so začiatkom choroby vo veku 28 a viac rokov zvyšuje na 27,3 %. Nástup choroby sa postpartálne pozoroval významne častejšie ako počas tehotnosti, pričom bol výrazne viazaný na anamnestickú alebo súčasnú prítomnosť periférnej artritídy. Tieto pozorovania poukazujú na možnosť, že rizikové faktory – ako genetická vnímavosť a hyperprolaktinémia – asociované s reumatoidnou artritídou (5) môžu spolupôsobiť pri rozvoji podskupiny spondyloartropatií.

*Účinok tehotnosti na spondyloartropatie.* Vzájomný vplyv tehotnosti a spondyloartropatií je najlepšie preskúmaný pri AS. Prípady reaktívnej artritídy alebo Reiterovho syndrómu počas tehotnosti neboli publikované. Otázka aktivácie artritídy alebo extraartikulárnych symptómov tehotnosťou zostáva teda otvorená. Z literatúry máme správy len o 3 farchavých pacientkach so zápalovou chorobou čreva a spondyloartropatiou (3). K priebehu enteropatickej artritídy v tehotnosti sa preto zatiaľ nemožno jednoznačne vyjadriť.

## ANKYLOZUJÚCA SPONDYLITÍDA

Z retrospektívnej štúdie 184 farchavostí z roku 1984, kde sa študovali kazuistiky i súbory farchavých pacientok s AS, vyplynulo, že v tehotnosti sa vo všeobecnosti symptómy AS nezlepšujú (prehľad 6). Aktivita choroby sa počas tehotnosti výrazne nemení, no asi u 50 % pacientok sa v popôrodnom období pozoroval sklon k jej zintenzívneniu (6). Nedávna retrospektívna štúdia 982 pacientok s AS tieto pozorovania potvrdila. Aktivita choroby sa nezmenila u 33,2 %, ochorenie sa zlepšilo u 30,9 % a zhoršilo u 32,5 % farchavých žien s AS (1). V dvoch retrospektívnych štúdiách sa zistila výrazná súvislosť periférnej artritídy a jej zlepšenia v tehotnosti (1, 7).

V prospektívnej štúdii sa sledovalo 22 pacientok s AS a ich 27 farchavostí. Pacientky boli počas tehotnosti monitorované v 6-týždňových intervaloch a rok, či viac po pô-

rode (8–10). Všetky pacientky mali röntgenovými snímkami potvrdenú sakroileitídu, ale ani u jednej sa nevyvinula ankylóza. Klinické a laboratórne parametre väčšiny pacientok počas tehotnosti buď nezaznamenali žiadnu zmenu aktivity AS, alebo zaznamenali jej zvýšenie. Typický nálezom bola aktívna choroba počas prvého a na začiatku druhého trimestra, niekedy sa pozorovalo vzplanutie v strede tehotnosti, okolo 20. týždňa. Pacientky sa sťažovali na zvýšenú bolesť v krížoch, stuhnutosť chrbtice, výraznú citlivosť entezopatických miest, nočné bolesti a zvýšenú rannú stuhnutosť. U niektorých pacientok sa objavila artritída kolenného kĺbu a predná uveitída. Iné extraartikulárne symptómy AS sa počas tehotnosti nezaznamenali. Zhoršenie symptómov sa spájalo so vzostupom hodnôt sérového CRP (11, 12). Nesteroidové antireumatiká bolo potrebné nasadiť asi u 70 % pacientok a 76 % z nich pokračovalo v tejto liečbe i počas tehotnosti (10). Posledný trimester sa z hľadiska aktivity AS u jednotlivých pacientok líšil. U niektorých pacientok sa symptómy zlepšili, u iných bola choroba po celý tretí trimester aktívna. V skupine ako celku bola však aktivita ochorenia v poslednom trimestri najnižšia. 6 z 22 pacientok s AS, u ktorých sa spinálne a extraspinálne symptómy zlepšili, malo AS združenú so psoriázou alebo ulceróznou kolitídou (sekundárna AS). Sklon k zlepšeniu sekundárnej AS počas tehotnosti bol preukázaný i v dvoch iných retrospektívnych štúdiách (1, 7).

U pacientok sledovaných počas nasledujúcich farchavostí sa pozorovala rozličná intenzita symptómov ochorenia (7, 9). Uniformný model zhoršenia alebo zlepšenia symptómov sa v tomto prípade nezistil. U pacientok, u ktorých choroba postihla len chrbticu, však nikdy nenastala úplná remisia symptómov. Keďže znaky a príznaky spondyloartropatií často pretrvávajú i počas tehotnosti, podávanie nesteroidových antireumatík (NSAID) býva i v tomto období potrebné.

*Postpartálna aktivita základného ochorenia.* V retrospektívnych štúdiách udáva zhoršenie symptómov v 4. až 12. týždni po pôrode 50–60 % pacientok s AS (1, 6). V prospektívnych štúdiách sa popôrodné vzplanutie pozorovalo u 87 % pacientok (8–10). Popôrodné vzplanutie nesúviselo s obnovením menštruácie ani s nástupom laktácie. Epizódy akútnej periférnej artritídy alebo prednej uveitídy sa po pôrode vyskytli 1,5–3-krát častejšie ako v tehotnosti (1, 7). Klinické známky ochorenia súviseli so vzostupom reaktantov akútnej fázy (11). Do jedného roku po pôrode sa aktivita choroby spravidla vrátila do hodnôt z obdobia tehotnosti.

Výsledky retrospektívnych i prospektívnych štúdií ukazujú, že väčšina žien chorých na AS prekoná počas prvých šiestich mesiacov po pôrode dočasný vzostup choroby trvajúci rádo 2 až 4 mesiace. Medikamentóznej liečbe sa v období laktácie často nedá vyhnúť.

*Tehotnosť a prognóza AS.* Neskúmalo sa, či tehotnosť a pôrod vplyvajú na dlhodobú prognózu AS. Naše vlastné

prospektívne štúdie s pravidelným monitorovaním do 2,5 roka po pôrode u väčšiny sledovaných pacientok nepotvrdili zhoršenie priebehu choroby ani progresiu rádiologicky dokázateľných zmien.

## PSORIATICKÁ ARTRITÍDA

Údaje o PsA a tehotnosti sú zriedkavé. Ústup oligoartritídy, či polyartritídy počas tehotnosti sa udáva v jednej kazuistike o 3 následných tehotnostiach (13) a v prospektívnych štúdiách o 20 tehotnostiach (8,9). Pri približne 50 % tehotností sa počas prvého trimestra pozorovalo zjavné zlepšenie, ktoré pokračovalo až do úplnej remisie artritídy (8, 9, 13). Na kožné ochorenie mala tehotnosť malý vplyv (4, 9). U 60–80 % pacientok sa 2–12 týždňov po pôrode objavilo popôrodné vzplanutie (4, 9). Príležitostne sa vyskytli i prolongované remisie (9, 13).

*Komplikácie tehotnosti a pôrodu.* U pacientok so spondyloartropatiami sa nezistil častejší výskyt predčasných pôrodných bolestí alebo preeklampsie (1, 8, 9, 14). Vo všetkých štúdiách zisťujúcich účinok tehotnosti pri spondyloartropatiách 90 % pacientok rodilo v termíne (1, 3, 8–9). Dĺžka pôrodu bola normálna aj u pacientok, ktoré počas tehotnosti užívali NSAID (14). V porovnaní so zdravými ženami bol častejšie vykonaný cisársky rez – v 58 % prípadov (1). Zápal ani ankylóza sakroiliakálnych kĺbov nie sú mechanickými prekážkami pôrodu. Ani ochorenie bedrového kĺbu, či jeho úplná náhrada normálny pôrod nevyučujú (15). Dôvodom zvýšeného počtu pôrodov cisárskym rezom teda zrejme nie je závažnosť AS. Nemožno vylúčiť, že k selektívnym sekciám u žien so zápalovým ochorením kĺbov inklinujú pôrodnici.

*Účinok na plod.* V štúdiách, ktoré sa zaoberali účinkom spondyloartropatií na plod, sa zistilo, že výskyt spontánnych potratov, mŕtvorodenosti a hypotrofických plodov je rovnaký ako u zdravých žien. Pravidlom sú tehotnosti končiac sa pôrodom v termíne, pri ktorých sa narodí živé, zdravé dieťa s normálnou pôrodnou hmotnosťou (1, 8–10, 14).

*Mechanizmy tehotnosťou indukovaného zlepšenia.* Na rozdiel od reumatoidnej artritídy (RA) tehotnosť na spondyloartropatie výrazne nepôsobí. Niektoré symptómy sa však v tehotnosti zlepšia. Viacero štúdií preukázalo supresiu periférnej artritídy a prednej uveitídy počas tehotnosti pacientok s AS (1, 7, 8). To súhlasí so zistením, že psoriatická artritída, ktorá sa prejavuje ako oligoartikulárne alebo polyartikulárne ochorenie, sa zvyčajne v tehotnosti zlepší (9). Spomedzi biochemických prediktorov zápalu u pacientok s AS boli v gravidite zvýšené FW a sérové koncentrácie IgA (11). Tieto laboratórne zmeny môžu však byť len indikátormi skrytých zápalových procesov, napr. zápalu hrubého čreva, ktorý sa podľa jednej štúdie v tehotnosti zlep-

šuje (7). Čisto spinálne postihnutie tak, ako je to pri primárnej AS, na tehotnosť zrejme nereaguje. Vo viacerých štúdiách sa však ukázalo, že „sekundárna“ AS na tehotnosť reaguje zlepšením.

Tehotnosť indukuje enormný nárast sérových hladín gestagénov a estrogénov, ako aj ostatných steroidových a peptidických hormónov (16). Neexistuje štúdia, v ktorej by sa uvádzalo, že pohlavné hormóny uvoľňované počas tehotnosti ovplyvňujú spondyloartropatie. Údaj o vzťahu medzi zlepšením AS a ženským pohlavím plodu naznačuje, že ženské pohlavné hormóny tu môžu mať istú úlohu. Toto zistenie však treba potvrdiť ďalšími pozorovaniami (1).

*Vplyv pohlavných hormónov.* Možnému účinku pohlavných hormónov na spondyloartropatie sa dosiaľ venovalo málo pozornosti (17). Existuje štúdia, v ktorej sa nezistil žiadny vzťah medzi aktivitou ochorenia a menštruáciou u žien s PsA (4). Vyskytlo sa však i kazuistické oznámenie, v ktorom sa opisuje zhoršenie artritídy pred začiatkom menštruácie (13). V štúdiu žien z bežnej populácie vo veku 40–42 rokov sa ukázalo, že orálnu antikoncepciu užívali pacientky s AS i kontroly približne rovnako často (Skomsvoll, nepublikované údaje). Existujú dve malé retrospektívne štúdie, ktoré nepotvrdili výrazný vplyv orálnej antikoncepcie na znaky a symptómy AS, či PsA (4, 18). Skúsenosť s terapeutickým užívaním estrogénov je ohraničená na mexickú štúdiu 17 pacientok s AS. Estrogénová liečba viedla u siedmich z nich k ústupu periférnej artritídy a k zmierneniu spinálnych symptómov. Štúdia bola založená na zisťovaní zníženej hladiny estrogénov u pacientok s aktívnym ochorením oproti zdravým kontrolám (19). Tí istí autori preukázali priaznivý účinok zvýšenia hladiny estrogénov podávaním ľudského chóriového gonadotropínu mužom s AS (20). Na základe týchto obmedzených skúseností nemožno však robiť závery o možnom terapeutickom prínose estrogénov u pacientok z AS.

*Plánované rodičovstvo.* Spondyloartropatie môžu spôsobiť zápal chrbtice, periférnych kĺbov a entezopatických miest, ale spôsobujú len málo systémových prejavov. Pacientkám spravidla chýbajú protilátky, ktoré nepriaznivo reagujú s tehotenskými protilátkami anti-SSA a SSB, či antifosfolipidovými protilátkami. Odpoveď na otázku, či žena so spondyloartropatiou môže otehotnieť, je vo všeobecnosti optimistická. Ženy s aktívnou artritídou alebo výrazným postihnutím periférnych kĺbov musia počítať s tým, že pri starostlivosti o dieťa po pôrode budú potrebovať pomoc.

Pacientku s AS, ktorá chce otehotnieť, treba informovať, že počas gravidity môže byť jej choroba aktívna a po pôrode môže vzplanúť. Keď pacientka nemá aktívny zápal bedrových kĺbov, vaginálny pôrod je možný. Rovnako je to pri jednostrannej alebo obojstrannej náhrade bedrového kĺbu (15).

Našich pacientok sme sa pýtali na ich názor na veľkosť rodiny (21). Väčšina pokladala za rozumné mať pri spondy-

loartropatii jedno až dve deti. Zastávali názor, že medzi jednotlivými tehotnosťami by mala byť dostatočná prestávka, keďže väčšina z nich pokladala prvý rok života dieťaťa za najnáročnejší. Najťažšie pri starostlivosti o deti bolo pre ne zdvíhanie a prenášanie.

*Sledovanie a liečba počas tehotnosti.* Spondyloartropatie neovplyvňujú negatívne ani tehotnosť, ani plod, teda nie je potrebné, aby ťarchavú pacientku s touto chorobou sledoval špecialista. Keďže choroba môže byť aktívna, pred otehotnením, alebo v raných fázach gravidity sa odporúča kontrola u lekára a vyhodnotenie klinických a laboratórnych ukazovateľov choroby. Lekár by si mal uvedomiť, že je tu možnosť vzniku akútnej prednej uveitídy a ak sa počas tehotnosti objaví, treba zabezpečiť náležitú liečbu. Vzplanutia artritídy sa môžu liečiť podávaním NSAID (22), ale je potrebné urobiť vhodné opatrenia, ktoré by mali zabrániť vedľajším účinkom týchto liekov (pozri kapitolu o liekovej terapii počas gravidity). Aktívny telocvik má pokračovať i počas gravidity. Možno odporúčať prechádzky, bicyklovanie a plávanie, pretože tieto aktivity nie sú pre plod nebezpečné. U niektorých pacientok veľmi dobre zaberá vodoliečba v teplej vode pod odborným dohľadom terapeuta. Nepohyblivosť môže mať pre pacientku s AS katastrofálne dôsledky. Fyzioterapiu treba predpisovať i pacientkam, ktoré sú pre krvácanie alebo hroziaci predčasný pôrod pripútané na posteľ.

*Genetické poradenstvo.* Pacienti s AS sú si v súvislosti s plánovaním rodiny vedomí heredity HLA B27 a často sa pýtajú na možnosť vývinu tejto choroby u ich detí. AS sa vyskytuje u 4–11 % prvostupňových príbuzných (23). Riziko mať dieťa s AS je nízka, preto sa v týchto prípadoch genetický skrining neindikuje. HLA otypovanie pacientovho dieťaťa môže byť dokonca z psychologického hľadiska škodlivé. Riziko vývoja AS u mužského, či ženského potomstva sa špeciálne neskúmalo. U HLA B27 transgenických myši sa preukázal vek matky ako rizikový faktor ankylozujúcej entezopatie (24). U ľudí s AS možný vplyv veku matky alebo poradia pôrodu na rozvoj ochorenia sa neštudoval.

V dotazníkovej štúdií (25) sa zistilo, že muži majú významne nižší počet prvostupňových príbuzných s AS (16 %) ako ženy (29 %). Tieto nálezy sú veľmi zaujímavé, je však potrebné potvrdiť ich klinickými a rádiologickými vyšetreniami probandov i členov jeho rodiny (rodinné štúdie). Treba pripomenúť, že rodiny s viac ako jedným ženským pacientom s AS sú zriedkavé. Výskyt AS u sestier je tiež zriedkavý. HLA B27-pozitívnych otcov a matky treba teda informovať v tom zmysle, že riziko vývinu AS u ich potomstva je malé a indikácie pre genetický skrining nie sú známe. V praxi to znamená, že deti treba príviesť lekárovi len v prípade výskytu klinických symptó-

mov, ako je uveitída, periférna artritída, alebo zápalové bolesti chrbta.

## ZÁVER

Tehotnosť pri spondyloartropatiách je v reumatológii osobitným a zaujímavým problémom. Reprodukcia pacientok sa nelíši od zdravej populácie žien (2,4 tehotnosti na 1 ženu). Zdá sa však, že tehotnosť pôsobí ako katalyzátor nástupu ankylozujúcej spondylitídy počas tehotnosti alebo po pôrode. Aktivita ankylozujúcej spondylitídy sa počas tehotnosti obvykle nemení, ale môže sa aj zvýrazniť. Všeobecne sa prijíma názor, že aktivita ochorenia býva najmenšia v poslednom trimestri. V liečbe nesteroidovými antireumatikami pri AS treba obvyčajne pokračovať i počas tehotnosti, v popôrodnom období dochádza často k vzplanutiu choroby. Epizódy akútnej periférnej artritídy alebo prednej uveitídy sa vyskytujú 1,5–3-krát častejšie po pôrode ako počas tehotnosti, pričom klinické známky týchto klinických symptómov bývajú spojené so vzostupom reaktantov akútnej zápalovej fázy. Vzostup aktivity po pôrode sa pri AS spravidla vráti do normy do 1 roku po tehotnosti. Pri psoriatickej artritíde je obraz priebehu ochorenia podobný ako pri RA. Počas tehotnosti sa u väčšiny pacientok pozoroval sklon k ústupu artritídy s následnou popôrodnou exacerbáciou choroby.

Zdá sa teda, že na základe doterajších skúseností sa tehotnosť pacientkam so spondyloartropatiami môže odporučiť. Je však potrebné oboznámiť pacientku s možnosťou exacerbácie choroby po pôrode a zvýšenou náročnosťou pri starostlivosti o dieťa.

## LITERATÚRA

1. Østensen, M., Østensen, H.: Ankylosing spondylitis – the female aspect. *J Rheumatol*, 125, 1998, s. 120–124.
2. Østensen, M., Schei, B.: Sociodemographic characteristics and gynecological disease in 40–42 year old women reporting musculoskeletal disease. *Scand J Rheumatol*, 26, 1997, s. 426–434.
3. Østensen, M., Husby, G.: Seronegative spondylarthritis and ankylosing spondylitis: Biological effects and management. S. 163–184. In: Scott, S., Bird, H.A. (Eds.): *Pregnancy, Autoimmunity and connective tissue disorders*. Oxford, Oxford University Press 1990.
4. McHugh, N.J., Laurent, M.R.: The effect of pregnancy on the onset of psoriatic arthritis. *Brit J Rheumatol*, 28, 1989, s. 50–52.
5. Brennan, P., Ollier, B., Worthington, J., Hajeer, A., Silman, A.: Are both genetic and reproductive associations with rheumatoid arthritis linked to prolactin? *Lancet*, 348, 1996, s. 106–109.
6. Østensen, M., Husby, G.: Ankylosing spondylitis and pregnancy. *Rheum Dis Clin North Amer*, 15, 1989, s. 241–254.
7. Østensen, M., Husby, G., Romberg, O.: Ankylosing spondylitis and motherhood. *Arthr Rheum*, 25, 1982, s. 140–143.

- 8. Østensen, M., Husby, G.:** A prospective clinical study of the effect of pregnancy on rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthr Rheum*, 26, 1983, s. 1155–1159.
- 9. Østensen, M.:** Pregnancy in psoriatic arthritis. *Scand J Rheumatol*, 17, 1988, s. 67–70.
- 10. Østensen, M.:** The effect of pregnancy on ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis and juvenile rheumatoid arthritis. *Amer J Repr Immunol*, 28, 1992, s. 235–237.
- 11. Østensen, M.:** The influence of pregnancy on blood parameters in patients with rheumatic disease. *Scand J Rheumatol*, 13, 1984, s. 203–208.
- 12. Østensen, M., Husby, G., von Schultz, B.:** The acute phase response in healthy pregnant women and pregnant patients with rheumatic disease. S. 185–193. In: Hau, J. (Ed.): *Pregnancy proteins in animals*. Berlin–New York, Walter de Gruyter 1986.
- 13. McNeill, M.E.:** Multiple pregnancy-induced remissions of psoriatic arthritis: Case report. *Amer J Obst Gynecol*, 159, 1988, s. 896–897.
- 14. Østensen, M., Østensen, H.:** Safety of nonsteroidal antiinflammatory drugs in pregnant patients with rheumatic disease. *J Rheumatol*, 23, 1996, s. 1045–1049.
- 15. Østensen, M.:** Total hip replacement in women of fertile age. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 113, 1993, s. 1483–1485.
- 16. Mortola, J.F.:** Hormonal changes during normal pregnancy and their consequences. S. 3–26. In: Schatz, M., Zeiger, R.S., Claman, H.N. (Eds.): *Asthma and immunological diseases in pregnancy and early infancy*. Lung Biology in Health and Disease 110. New York, Marcel Dekker 1997.
- 17. Masi, A.:** Do sex hormones play a role in ankylosing spondylitis? *Rheum Dis Clin North Amer*, 18, 1992, s. 153–176.
- 18. Østensen, M., Husby, G.:** Pregnancy and rheumatic disease (In Norwegian). *Tidsskr Nor Laegeforen*, 27, 1981, s. 1503–1505.
- 19. Jimenez-Balderas, F.J., Tapia-Serrano, R., Madero-Cervera, J.I., Murrieta, S., Mintz, G.:** Ovarian function studies in active ankylosing spondylitis in women. Clinical response to estrogen therapy. *J Rheumatol*, 17, 1990, s. 497–502.
- 20. Tapia-Serrano, R., Jimenez-Balderas, F.J., Murrieta, S., Bravo-Gatica, C., Guerra, R., Mintz, G.:** Testicular function in active ankylosing spondylitis. Therapeutic response to human chorionic gonadotropin. *J Rheumatol*, 18, 1990, s. 841–848.
- 21. Østensen, M.:** Counselling women with rheumatic disease. *Scand J Rheumatol*, 20, 1991, s. 121–126.
- 22. Østensen, M.:** Safety of nonsteroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy and lactation. *Inflammopharmacology*, 4, 1996, s. 31–41.
- 23. Gran, J.T., Husby, G.:** The epidemiology of ankylosing spondylitis. *Semin Arthritis Rheumatol*, 22, 1993, s. 319–333.
- 24. Weinreich, S., Hoebe, B., Ivanyi, P.:** Maternal age influences risk for HLA B27 associated ankylosing enthesopathy in transgenic mice. *Ann Rheum Dis*, 54, 1995, s. 754–756.
- 25. Will, R., Edmunds, L., Elswood, J., Calin, A.:** Is there a sexual inequality in ankylosing spondylitis? A study of 498 women and 1202 men. *J Rheumatol*, 17, 1990, s. 1649–1652.

Do redakcie došlo 4.1.1999.

Adresa autora: Prof. M. Østensen, M.D., Klinika reumatológie Univerzitetnej nemocnice, Trendheim, Nórsko.

## RECENZIA

## ATLAS FARMAKOLOGIE

H. LÜLLMANN, K. MOHR, A. ZIEGLER

Praha, Grada Publ. 1994, 160 farebných obrázkov, tabuľky, väzba V8, 375 strán, cena 638 Sk

Vydavateľstvo Grada Publ. v tomto prípade približuje našej lekárskej verejnosti osvedčenú celosvetovú príručku farmakológie, ktorá bola ako jedna z najlepších učebníc pre študentov medicíny odmenená čestným uznaním Americkej asociácie autorov medicínskej literatúry. Predložená publikácia je prekladom z nemeckého originálu “*Taschenatlas der Pharmakologie*”. Príručka obsahuje tak všeobecnú, ako aj špeciálnu farmakológiu. Autorom sa podarilo v modernej a didakticky vhodnej forme spracovať náročnú problematiku komplikovaných interakcií liečiva s organizmom na viacerých úrovniach. Iste zobrazenie vedie k určitej schematizácii, resp. zjednodušeniu, ale pre študentov

medicíny je dôležité zapamätať si hlavné mechanizmy účinkov a interakcií. Farba a veľkosť detailov v obrazovej časti napomáhajú dobrej vstiepiteľnosti podstatných údajov. V textovej časti sú potom doplnené základné údaje o farmakokinetike liečiv a farmakoterapii. Atlas vyšiel v opakovaných doplnených a prepracovaných vydaniach.

Odporúčame túto praktickú príručku spracovanú do použiteľnej formy najmä študentom všetkých smerov, ale aj lekárom pre priblíženie základných farmakologických údajov o hlavných skupinách liečiv.

M. BERNADIČ

## MEZINÁRODNÍ ROK SENIORŮ A REVMATOLOGIE

Letošní rok je Organizací spojených národů zasvěcen seniorům. Kdo je to senior? Ten výraz je jakýsi eufemismus pro označení starého člověka. A kdo je vlastně starý? Jsou pro to různé definice, rozličná kritéria a schemata. Lidské stáří je bezpochyby dáno počtem let člověka, tedy jeho věkem. V tomto smyslu máme každý, a vlastně všechno kolem nás, své stáří. Všeobecně i medicínsky nazýváno stářím obvykle rozumíme poslední období života. Říká se někdy poslední dějství, závěrečná třetina, epilog a podobně jsočnosti na tomto světě. Takto chápáno stáří představuje ontogeneticky konečnou a závěrečnou vývojovou etapu.

V odborné terminologii odpovídající označení pro starého člověka je geront. Tento název je však lidskou společností vnímán téměř hanlivě. Méně výstižný, ale pro laickou veřejnost přijatelnější je a libozvučnější zní pojem senior. Jiné označení, téměř synonymum, pro seniora je spoluobčan „dříve narozený“. Výrazivo je tak pestré a různorodé, že záleží na úhlu pohledu a vkusu, které si pro tu či onu příležitost vybereme.

Populace dříve narozených – tedy seniorů – patří mezi častou klientelu lékařských ordinací vůbec a revmatologických pak zvláště. Revmatologie stále častěji a čím dál tím více se zanořuje do medicíny chronických stavů. Není se co divit. Většina závažných postižení pohybového ústrojí představuje onemocnění chronické a priori. Potřebí-li takový neduh člověka už v mládí, postižený v nemoci zestárne. Stáří samo o sobě, ať si kdo chce co chce říká, představuje nepominutelný rizikový faktor. Tak jak stárne pacient se svou nemocí, tak s ním stárne i jeho ošetřující lékař.

Starších věkových kategorií přibývá. V budoucnu se to projeví ještě výrazněji. Podle prognostiků se zvýší do roku 2075 počet starších lidí nad 60 let ve vyspělých státech z 18,6 % v roce 1990 na 30,2 % celkové populace. Na tuto situaci se svět musí připravovat již nyní akcemi ve zdravotním a sociálním pojištění, v sociálních otázkách a v pochopení solidarity. Ve světě kolem nás se tomu věnuje velká pozornost. Méně už u nás.

Je třeba, aby se medicína zaměřila na gerontologickou salutogenezi, tj. snaha o podporu zdraví ve stáří. I do revmatologie lze a je nutno zavádět principy a prvky gerontoprofylaxe a gerontohygieny. „Non est vivere, sed valere vita est“, napsal slavný epigramatik Marcus Valerius Martialis (49–104). I pro revmatologii platí postulát, aby nejen zdravý, ale i nemocný člověk byl co nejvíce a nejdéle navzdory své nemoci soběstačný. Aby stálo za to žít.

Úvaha k roku seniorů nabádá k zamyšlení nad postavením staré generace ve společnosti vůbec. Senioři mohou být vážení, respektováni, tolerováni na straně jedné, nebo zneužíváni, znevažováni, nenáviděni, ba dokonce i týráni na straně druhé. Netolerantnost ke stáří může mít až xenofobní příchuť (Altersfeindlichkeit). Nepodléhejme iluzi rejuvenace, omlazení, návratu mládí. Na takový proces nebude nikdy vynalezena nějaká zázračná „viagra“.

Stárnutí a stáří se týká nás všech. Vítejme i v revmatologických ordinacích a rehabilitačních zařízeních seniory s úctou a s pochopením pro jejich starosti. Dbejme a zachovejme jejich i svoji lidskou důstojnost za všech okolností.

M. VYKYDAL