

SPRÁVA

43. ZJAZD SLOVENSKÝCH A ČESKÝCH REUMATOLÓGOV V NITRE

V dňoch 12.—15. mája 1999 sa uskutočnil v staroslávnej Nitre 43. zjazd slovenských a českých reumatológov. Na zjazde sa zúčastnilo vyše 250 účastníkov, ktorých privítala Nitra krásnym počasím, svojou pohostinnosťou a veľmi dobre zorganizovaným programom. Zaujímavý vedecký program, ako aj spoločenský program s kulisou staroslávneho a pritom moderného mesta boli zárukou, že účastníci zjazdu mohli v Nitre stráviť tri zaujímavé a príjemné dni.

S menom Nitra sú spojené počiatky slovenských dejín. Mená Pribina, Svätopluk, sv. Cyril a Metod, ako aj zmienka o prvom kresťanskom chráme na našom území a o zavedení prvého slovienskeho písma sú našou historickou pýchou.

V predvečer zjazdu sa konalo spoločné zasadanie výborov Slovenskej a Českej reumatologickej spoločnosti, ako aj zasadanie Redakčnej rady časopisu *Rheumatologia*. Prof. MUDr. Jozef Rovenský, DrSc., riaditeľ Výskumného ústavu reumatických chorôb a predseda Slovenskej reumatologickej spoločnosti informoval prítomných o priebehu a prípravných prácach 43. zjazdu v Nitre a poďakoval MUDr. I. Semetkovej a MUDr. E. Ruttkayovej za organizačnú prípravu zjazdu.

Potom prof. Rovenský informoval prítomných o vydaní celoštátnej učebnice reumatológie. V posledných dňoch sa ukončuje redakcia textov. Plánovaný termín vydania *Reumatológie* je október až november 1999. Súčasne sa informovalo o konaní vedeckých podujatí v tomto a budúcom roku. Ešte v tomto roku sa uskutoční Predvianočný seminár v dňoch 11. a 12. decembra v Piešťanoch. V Bohdanči v Čechách organizuje Česká reumatologická spoločnosť Reumatologické dni na tému *Novinky v diagnostike a liečbe reumatických chorôb* v dňoch 8.—10. decembra.

Na budúci rok sa uskutoční v Bratislave 3. centrálny európsky reumatologický kongres v dňoch 10.—13. mája 2000. Okrem toho sa plánuje 44. zjazd českých a slovenských reumatológov v dňoch 27.—30. septembra 2000 v Hradci Králové s hlavnými témami *metabolické artropatie a farmakoterapia reumatických chorôb*.

Na schôdzi sa hovorilo aj o nežiaducich účinkoch liekov, ktoré sa majú centrálne hlásiť na základe písomných pokynov na predpísanom tlačíve.

V rámci schôdze Redakčnej rady časopisu *Rheumatologia* informoval vedúci redaktor časopisu doc. MUDr. T. Urbánek, CSc., o príspevkoch č. 2/1999, ktoré už odoslal do tlače. *Rheumatologia* č. 2/1999 vyjde koncom júna t.r. Súčasne podal správu o príprave č. 3/1999 a o recenznom pokračovaní jednotlivých príspevkov, ktoré budú uverejnené v tomto čísle. Súčasne poznamenal, že v č. 3/1999 budú uverejnené súhrny prednášok 43. zjazdu, ktorý sa koná v Nitre.

Na záver schôdze tajomníčka Ligy proti reumatizmu informovala účastníkov o práci Ligy a podala správu o návrhoch a požiadavkách členov v súvislosti s budúcnosťou aktivítami Ligy. Pripomenula, že rok 1999 je vyhlásený za Medzinárodný rok starších, keď sa organizujú rôzne podujatia a aktivity.

Pri otvorení 43. zjazdu sa pripomenulo, že rozvoj výskumu nesie so sebou aj rast vedeckotechnických informácií. Vedecká práca pozostáva nielen z produkcie, ale aj z prijímania, výmeny a najmä spracovania vedeckých informácií. Nijaká knižnica alebo zhromažďovanie publikácií nenahradia osobne podávané, prediskutované a obhájené výsledky vedeckého výskumu a skúseností. Jedine rýchla a osobná výmena vedeckých informácií prináša v našom modernom svete racionálny úžitok a včasný prenos výsledkov výskumov a skúseností do praxe. A o to ide aj na terajšom 43. nitrianskom zjazde.

Program zjazdu už tradične tvorili vyžiadané prednášky, ktoré boli nosnou časťou každej sekcie, koreferáty, sympóziá, doplnujúce prednášky a poster (nástenkové oznámenia).

Predmetom rokovania na zjazde boli choroby, s ktorými sa reumatológ denne stretáva vo svojej praxi: reumatoidná artritída, osteoartróza a osteoporóza. Okrem toho sú to posudkové a socioekonomické problémy v reumatológii a reumatické choroby v detskom veku.

V sekcii venovanej reumatoidnej artritíde sa predniesli prednášky, ktoré sa týkali priebehu a liečby choroby. Riešili sa posudkové a socioekonomické otázky pri tomto ochorení. Poukázalo sa hlavne na rezistentné formy ochorenia, ktoré sú charakterizované ako aktívna progredujúca polyartritída s orgánovými prejavmi a vysokou humorálnou odpoveďou. Toto ochorenie je typické tým, že je rezistentné proti liečbe. Následkom toho sa ochorenie prejavuje hlavne v mutilujúcom postihnutí kĺbov, vývojom osteonekróz, atlantoaxiálnej dislokácie a reumatoidnej vaskulitidy. Tento nepriaznivý stav býva často spojený s vývojom sekundárnej amyloidózy a často vedie k vývoju renálnej insuficencie. Uvedené klinické príznaky majú za následok závažné zmeny v kvalite života a môžu viesť k predčasnému skráteniu života.

Pri posudzovaní dlhodobej práceneschopnosti pri reumatoidnej artritíde bolo možné pozorovať, že vyššia vzdelanostná a ekonomická úroveň odďaľuje nástup disability a invalidity. Čiastočná invalidita problému chorých s reumatoidnou artritídou rieši nedostatočne pre nemožnosť získať vhodné doplnkové zamestnanie.

V sekcii venovanej osteoartróze sa hovorilo o rizikových faktoroch, diagnostike, liečbe a prognóze ochorenia. Rizikové faktory vzniku ochorenia na osteoartrózu sú obezita, vek, genetická predispozícia, hypermobilita a osteoporóza. Tieto faktory sa uplatňujú spolu s mechanickými vplyvmi (trauma, anatomicke zmeny a pod.). V otázke liečby sa poukázalo na pripravovanú publikáciu EULAR, v ktorej sa uvedú liečebné postupy pri osteoartróze. V dopĺňujúcich prednáškach sa upozornilo na vhodnú liečbu osteoartrózy diklofenakom duo, hoteminom, na intraartikulárnu aplikáciu kolagénu. Protirečivé sú výsledky liečby pri akupunktúre, laserovej terapii a pri pulznom magnetickom poli.

V sekcii osteoporóza sa poukázalo na vplyv niektorých habituálnych, nutričných a chorobných faktorov na vznik a rozvoj osteoporózy. Vek, pohlavie, životný štýl, výživa, niektoré pridružené choroby a dlhodobé užívanie niektorých liekov patria medzi najzávažnejšie rizikové faktory pre vznik a rozvoj osteoporózy. K tomu pristupuje diabetes mellitus a chronické užívanie kortikosteroidov.

Včasná diagnostika postmenopauzálnnej osteoporózy je základnou podmienkou úspešnej prevencie a adekvátnej liečby. Pri liečbe osteoporózy sa ukázalo, že alendronát (Fosamax) po 3-mesačnom podávaní pri postmenopauzálnnej

osteoporóze významne indukuje zmeny kostných markerov a pri dôslednom dodržiavaní kontraindikácií sa veľmi dobre toleruje.

V sekcii reumatické choroby v detskom veku sa poukázalo na bolesti u detí s reumatickou chorobou. Ďalšie referáty sa týkali hlavne terapeutických postupov pri liečbe juvenilnej chronickej artritídy. V dopĺňujúcich prednáškach sa hovorilo o metotrexáte a jeho význame pri juvenilnej chronickej artritíde. Poukázalo sa na osteoporózu pri juvenilnej artritíde a na jej liečbu.

Počas zjazdu sa uskutočnilo 5 sympózií za podpory jednotlivých firiem.

Predmetom sympózia firmy Lek d.d. bola farmakoterapia bolesti pri použití nesteroidových antireumatík. Predniesli sa klinické skúsenosti s preparátmi Ketonal pri reumatických chorobách.

Sympóziu firmy Boehringer Ingelheim Pharma sa týkalo nových poznatkov o mechanizme účinku nesteroidových antiflogistík. Predniesli sa výsledky klinických štúdií s meloxicamom.

Na sympóziu firmy CSC Handelsgesellschaft m.b.H.O.Z. sa riešila otázka prípravku Aulin. Aulin — selektívny inhibítor enzýmu COX-2 preukázal dobré analgetické a protizápalové účinky. Sympóziu firmy ICN sa zameralo na nové trendy v liečbe antimalarikami a na farmakológiu a klinické skúsenosti s naproxenom v reumatológii.

Po celkovom zhodnotení vedeckého programu možno konštatovať, že v rámci 68 prednesených prednášok a na 38 posterach sa vedecký program zaoberal všetkými aspektmi vybraných reumatických chorôb: genetickými faktormi, experimentálnymi modelmi, patogenézou, prevenciou, klinickým obrazom, liečbou, prognózou, rizikovými faktormi a socioekonomickými a posudkovými problémami v reumatológii. Nitriansky zjazd priniesol niekoľko nových poznatkov z oblasti patogenézy, ale aj veľa podnetov pre klinickú a experimentálnu prácu.

Záverom možno poznamenať, že ak devízami ľudstva zostane aj naďalej zvelaďovanie hodnôt života, zdravia, vedy a kultúry, bude ľudstvo schopné kráčať znova k svojmu zlatému veku.

Prof. MUDr. K. BOŠMANSKÝ, DrSc.

Prof. MUDr. J. ROVENSKÝ, DrSc.

PREDSTAVUJEME NOVÉ KNIHY

IMUNOLÓGIA. ZÁKLADNÉ TERMÍNY A DEFINÍCIE

FERENČÍK, M., ROVENSKÝ, J., NYULASSY, Š.
Bratislava, SAP 1999, 283 strán, cena 350 až 400 Sk

Náš odborný knižný trh nedávno obohatila monografia popredných slovenských imunológov prof. Ing. M. Ferenčíka, DrSc., prof. MUDr. J. Rovenského, DrSc., a doc. MUDr. Š. Nyulassyho, DrSc., *Imunológia. Základné termíny a definície*. Kniha vyšla v Bratislave vo vydavateľstve SAP, má 283 strán. Monografia vysvetľuje význam jednotlivých pojmov z vedného odboru imunológia. Tento odbor v súčasnosti patrí k najintenzívnejšie sa rozvíjajúcim vedným disciplinám. Dokazujú to početné udelenia Nobelových cien najvýznamnejším predstaviteľom imunológie a skutočnosť, že imunológia spolu s molekulovou biológiou a genetikou podmienila vznik nových biotechnológií, nových diagnostických a terapeutických metód, ktoré výrazne zasahujú už v súčasnosti a budú ešte viac zasahovať aj v budúcnosti do úrovne zdravotníckej starostlivosti, do ochrany životného prostredia a priamo i nepriamo aj do ekonomiky štátu.

Prudký rozvoj imunológie v druhej polovici nášho storočia našiel odraz aj v bývalom Československu a v súčasnej Českej a Slovenskej republike. Početní predstavitelia tejto vedy v oboch republikách významne prispeli a prispievajú k rozvoju poznatkov tohto vedného odboru. Imunológia dnes patrí aj u nás k samostatným vedným disciplinám (15-10-9), prebieha doktorandské štúdium v tomto odbore a poprední pracovníci získavajú hodnosť doktorov vied. Rozvoj imunológie mal vplyv aj na vznik samostatného špecializačného odboru klinická (lekárska) imunológia a alergológia a na zaradenie výučby imunológie do učebných osnov viacerých fakúlt a vznik samostatných katedier príslušných fakúlt. Uvedená situácia podnietila aj objavenie sa početných učebníc a monografií z imunológie, klinickej imunológie, najmä v zahraničí. Potešiteľné je, že aj na našom odbornom trhu sa objavili podobné knihy, pričom viaceré z nich pochádzajú aj od autorov práve vydanéj monografie. Aj keď učebníc, či monografií z oblasti imunológie napísaných v slovenskom, či českom jazyku je v súčasnosti relatívne dosť, príručka slovníkového charakteru úplne chýbala. Je síce k dispozícii anglicky písaná *Encyklopédia imunológie* (Ed.: P.J. Delves a I. M. Roitt.: Encyclopedia of immunology. 2. Academic Press 1998), ale táto je jednak veľmi rozsiahla a príliš podrobná (má 4 zväzky), jednak ceno-

vo predsa len málokomu dostupná (stojí približne 48 000 Sk) a napokon nie každý, kto sa potrebuje vzdelávať v imunológii ovláda aj anglický jazyk. V českom jazyku sme naposledy mali imunologický slovník od priekopníka českej a slovenskej imunológie prof. MUDr. J. Štercla, DrSc., pred viac ako 20 rokmi. Odvtedy sa terminologické pojmy uvádzali ako súčasť učebníc, resp. v ostatných rokoch vychádzali postupne v časopise Klinická imunológia a alergológia (práve pod odborným vedením prof. Ing. M. Ferenčíka, DrSc.), takže čitateľ nemal pohromade nikdy celý slovník, resp. mal ho "rozhádzaný", čo mu sťažovalo rýchlu orientáciu. Vydaním súčasnej knihy sa všetky tieto nedostatky odstraňujú.

Vyšlá kniha zachytáva v abecednom poradí všetky podstatné termíny súčasnej imunológie a vysvetľuje ich stručným, jasným, zrozumiteľným a vyčerpávajúcim spôsobom, a to na úrovni súčasných poznatkov. Význam pojmov je v niektorých prípadoch vhodne doplnený uvedením obrázkov. Každý pojem má navyše uvedený aj anglický ekvivalent; abecedný zoznam anglických pojmov sa nachádza na konci knihy s uvedením strany, kde sa o nich pojednáva. Je to vynikajúce najmä pre tých, ktorí dennodenným čítaním anglickej vedeckej a odbornej literatúry sú skôr zvyknutí na anglickú ako na slovenskú terminológiu. Kniha je ústretová aj pre českého čitateľa, pretože každé heslo má aj český ekvivalent.

Slovník určite privítajú všetci vedeckí, odborní a klinickí pracovníci, ktorí sa s imunológiou profesionálne zaoberajú. Veľkou pomôckou však bude najmä pre tých, ktoré sa s imunológiou stretávajú príležitostne a nemajú čas hlbšie sa ponoriť do jej tajov a krásy, potrebujú však porozumieť niektorým pojmom, ktoré sa v ich praxi vyskytujú a používajú. V neposlednom rade monografiu privítajú aj poslucháči lekárskech, farmaceutických, prírodovedných a iných fakúlt pri ich príprave na skúšky z imunológie, pri opakovaní matérie a pod.

Autori odviedli kus veľmi peknej a cennej práce. Treba im popriať, aby v nej pokračovali a výsledkom ich aktivity boli ďalšie vydania, ktoré by súčasné vydanie aktualizovali, resp. rozširovali tak, ako sa tento dynamický odbor bude každým rokom rozvíjať.

Prof. MUDr. MILAN BUC, DrSc



Slovenská lekárska spoločnosť
Slovenská reumatologická spoločnosť
Česká reumatologická spoločnosť

poriadajú

43. ZJAZD SLOVENSKÝCH A ČESKÝCH REUMATOLÓGOV

Nitra, 12. - 15. 5. 1999

PROGRAM

PLICNÍ PROJEVY SYSTÉMOVÉ SKLERODERMIE

R. Bečvář, *P. Zatloukal, **J. Štokr, ***J. Polák, #H. Tomášová
Revmatologický ústav, *Klinika pneumologie a hrudní chirurgie nemocnice Bulovka, **Kožní klinika VFN, ***Svatováclavská nemocnice, #Ústav lékařské chemie a biochemie 2. lékařské fakulty, Praha

Cílem studie bylo zjistit frekvenci plicního postižení u nemocných systémovou sklerodermií (SSc) v závislosti na délce trvání nemoci a korelovat nálezy HRCT plic s nálezy v tekutině z bronchoalveolární laváže (BALTe). Celkem bylo vyšetřeno 25 nemocných SSc a 11 zdravých dobrovolníků. U všech bylo provedeno funkční vyšetření plic, difúzní kapacita (DLCO), HRCT a bronchoalveolární laváž. Byl stanoven diferenciální rozpočet a provedena typizace subpopulací lymfocytů a makrofágů a vypočten imunoregulační index (IRI).

Porucha ventilace byla zjištěna u 44% nemocných a porucha DLCO u 56%. Plicní postižení dle HRCT mělo celkem 72% nemocných, u nově diagnostikovaných 61,5% nemocných, u dříve diagnostikovaných 83,3%. V diferenciálu z BALTe byl u nemocných s plicním postižením zjištěn snížený počet makrofágů a zvýšený počet lymfocytů a neutrofilů. U nemocných bez plicního postižení se nález v BALTe nelišil od kontrol. U nemocných s SSc byl zjištěn zvýšený IRI v periferní krvi, ale v BALTe se nelišil od kontrol.

Plicní postižení u SSc se vyskytuje u většiny nemocných, při čemž jeho frekvence stoupá s délkou trvání nemoci. Mírně zvýšený počet lymfocytů a neutrofilů v BALTe koreluje s nálezem na HRCT.

SEKUNDÁRNÉ IMUNODEFICIENCIE BUNKOVEJ IMUNITY A ICH OVPLYVNENIE KOMPLEXNOU IMUNOMODULAČNOU LIEČBOU IMMODINOM.

S. Blažičková, J. Rovenský

Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany

U väčšiny pacientov so zápalovými reumatickými ochoreniami možno dokázať deficienciu v oblasti celulárnej imunity, ktorá sa prehlbuje najmä imunosupresívnou terapiou, vyvolávajúcou náchylnosť k infektom s následným zhoršením základného ochorenia. Kombinovaná liečba dialyzátom leukocytového extraktu (DLE) (Immodin) nielenže zabráni infekciám, ale v mnohých prípadoch ovplyvňuje aj priebeh základného ochorenia, pravdepodobne stimulačným účinkom na funkcie špecifickej a nespecifickej imunity. V našej skupine práci sme sledovali vplyv krátkodobého podávania Immodinu u pacientov s RA, SLE a PA, u ktorých bol imunologickým vyšetrením dokázaný defekt celulárnej imunity, predovšetkým znížené počty aktívnych E-roziat. V priebehu 3 týždňoch sa Immodin podával v týždňových intervaloch s.c.. Imunologické parametre boli kontrolované po 3 dňoch od poslednej dávky. U 36 pacientov zo 40 prišlo k úprave resp. zvýšeniu aktívnych E-roziat. Upravili sa hodnoty nižších počtov CD8+ lymfocytov. Imunomodulácia DLE vyústila nielen k úprave sledovaných parametrov bunkovej imunity, ale i u niektorých pacientov s RA a SLE prispela k zníženiu frekvencie infekcií horných ciest dýchacích, k úprave priebehu reumatoidnej vaskulitidy a zlepšeniu rastu vlasov. Pri PsA došlo k úprave kožného nálezu.

DLE patrí medzi lieky, ktoré sú vhodné k doplneniu komplexnej terapie pri komplikáciách zapríčinených imunosupresívnou liečbou reumatických chorôb.

LYMFOCYTOTOXICKÉ PROTILÁTKY A ICH VÝZNAM V REUMATOLÓGII –VÝSLEDKY ŠTÚDIA V SLOVENSKEJ POPULÁCI

O. Bitterová, V. Bošák, J. Lukáč, L. Cebecauer, D. Mičková, D. Klepancová*
Výskumný ústav reumatických chorôb Piešťany, NsP Piešťany*

ÚVOD: V práci sa sledovali lymfocytotoxické autoprotilátky (auto-LCA) pri vybratých reumatických chorobách.

SÚBORY CHORÝCH A METÓDY: Súbory chorých tvorili nepribuzní pacienti, ktorí splňali diagnostické kritériá pre dané chorobné jednotky. SLE –146 pac., SSc– 63 pac., SjS – 60 pac., RA – 103 pac., vaskulitída – 16 pac.). Auto-LCA sa vyšetřovali mikrolymfocytotoxickým testom vo fluorescenčnej modifikácii (AO/EB) pri teplote 37°C (tepelné LCA- IgG) a pri 15°C (chladové LCA-IgM).

VÝSLEDKY: Výskyt auto-LCA pri jednotlivých reumatických chorobách sa prezentuje v tabuľke:

Protilátky	SLE	SSc	SjS	RA	Vaskul
Auto-LCA IgM pozit.	63,6 %	28,6 %	18,3 %	6,7 %	25,0 %
Auto-LCA IgG pozit.	5,6 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Auto-LCA IgM sa vyskytovali pri všetkých sledovaných nozologických jednotkách. Auto-LCA IgG sme pozorovali iba pri SLE, u pacientov so závažným orgánovým postihnutím (lupus nefritída, postihnutie CNS).

Pri SLE prítomnosť auto-LCA IgM korelovala s lymfopéniou, ANA, anti-DNP, anti-dsDNA, hypokomplementémiou a motýľovým erytémom. Pri SSc so závažnejšími formami SSc, s leukopéniou, myozitídou a hypokomplementémiou a pri prim.SjS so sedimentáciou erytrocytov a prítomnosťou ANA.

ZÁVER: Vyšetrenie auto-LCA môže nájsť uplatnenie v klinickej reumatologickej praxi, najmä pri SLE, SSc a vaskulitidách.

LYMFOCYTOTOXICKÉ PROTILÁTKY A ICH VÝZNAM V REUMATOLÓGII - ÚVOD DO PROBLEMATIKY

V. Bošák, O. Bitterová Výskumný ústav reumatických chorôb Piešťany

Lymfocytotoxické protilátky (LCA) sú protilátky proti membránovým štruktúram–antigénom lymfocytov, ktoré sa definujú lymfocytotoxickým testom (reakcia antigénu s protilátkou za účasti komplementu). LCA tvoria heterogénnu skupinu protilátok. Heterogenita je spôsobená:

- variabilitou antigénov na povrchu bunky – LCA reagujú s T-lymfocytmi, B-lymfocytmi, CD8+ a CD4+ lymfocytmi, NK-bunkami, aktivovanými T-lymfocytmi. Diskutuje sa predovšetkým o antigénoch CD45, TCR, HLA a β 2-mikroglobulíne.
- LCA môžu vznikáť v dôsledku imunizácie (tehotenstvo, transfúzie, transplantácie) a sú hlavne triedy IgG, alebo sa vyskytujú ako "prirodzené" protilátky pri niektorých chorobách (SLE, RA, inf. mononukleóza, niektoré malignity, AIDS ...) a sú hlavne triedy IgM
- metódou určovania – LCA možno definovať ako autoprotilátky (auto-LCA - v reakcii sa použije sérum + bunky pacienta) alebo aloprotilátky (alo-LCA - sérum pacienta + panel buniek zdrav. osôb)

Výsledky štúdia na našom pracovisku naznačili, že pre klinickú prax je významnejšie vyšetrenie auto-LCA. Potvrdzuje to zriedkavý výskyt auto-LCA v zdravej populácii (auto-LCA - 0,7%; alo-LCA - 12,1%; n=445 osôb), ďalej korelácia auto-LCA s lymfopéniou, hypokomplementémiou (CH50), výskytom niektorých autoprotilátok (ANA, anti-DNP...), resp. klinických príznakov (motýľový erytém...) pri SLE, systémovej skleróze, primárnom Sjögrenovom syndróme a ľahšia interpretácia pozitívneho nálezu pri vyšetrení auto-LCA ako alo-LCA.

Na určenie auto-LCA triedy IgG a IgM sa vypracovala vlastná fluorescenčná (AO/EB) modifikácia mikrolymfocytotoxického testu (3 ml krvi v EDTA, zároveň sa určí počet leukocytov, lymfocytov a CH50).

Vyšetrenie auto-LCA môže nájsť uplatnenie pri posúdení príčiny lymfopénie a pri niektorých reumatických chorobách, najmä SLE.

VYHODNOTENIE EFEKTU URIKOZURICKEJ A URIKOSTATICKEJ LIEČBY U PACIENTOV S DNOU

K. Bošmanský, R. Pullmann, J. Rovenský
Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany
Ústav klinickej biochémie MFN, Martin

V medzizáchvatovom období dny treba uvážiť potrebu zavedenia dlhodobej liečby antiurikami. Cieľom tejto liečby je znížiť vysokú hladinu kyseliny močovej v sére a udržiavať ju v normálnych hladinách.

Pre vyhodnotenie liečby urikozurikami sa použili benzbromarónové preparáty: Normurat, Uricovac a Diflurex, čo je kyselina tienilová. Do tejto skupiny sa zaradilo 89 chorých, 84 mužov a 5 žien s priemerným vekom 52,5 roka. Pre hodnotenie liečby urikostatikami sa použili alopurinolové preparáty: Zyloric, Milurit, Xanturat a Burmadon. Do tejto skupiny sa zaradilo 96 chorých, 92 mužov a 4 ženy s priemerným vekom 53,1 roka.

Podávajú sa vlastné skúsenosti s použitými liekmi, hodnotila sa ich tolerancia a účinnosť. Všetky použité liečivá ovplyvnili hladinu kyseliny močovej. Hneď v prvom týždni liečby nastal prudký pokles vysokých hladín. Pri ďalšej liečbe sa hladina kyseliny močovej udržiavala v normálnych hodnotách.

Treba si uvedomiť, že sústavným podávaním antiuratik sa nelieči dna ako enzymopatia, ale je snaha znížiť vysokú hladinu kyseliny močovej v sére a udržiavať ju v normálnych hodnotách. Pri podávaní antiuratik nie je dôležité, či sa indikuje urikozurická alebo urikostatická liečba, lebo oba spôsoby znižujú hladinu kyseliny močovej v sére. Predsa však by sa mal alopurinol vyhradiť pre prípady ťažkej dny a pri dne s postihnutím obličiek.

PROFIL AUTOPROTILÁTKO PRI SLE - DLHODOBÉ SLEDOVANIE

L. Cebecauer, J. Rovenský, J. Lukáč, P. Poprac, L. Meheus*
Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany
*/ Innogenetics, Ghent, Belgicko

Dlhodobé štúdie, ktoré by overili korelácie auto-protilátkových špecifickostí pri SLE s klinickým priebehom sú pomerne vzácne.

Vyšetrovali sme súbor 202 chorých so SLE (z toho 16 mužov) vo veku 16-72 r. (medián 38 r); pacienti boli sledovaní minimálne 2 roky (2-10, priemer 4,3 r) a vyšetrili sme minimálne 3 séra (3-16, medián 5). V každom sére sme určili protilátky proti: DNP (ELISA), dsDNA (ELISA, Farr, Crithidia IF), ENA (RNP, Sm, Ro, La, ribP, ELISA, INNO-LIA, CIE) a kardioplipín (IgG, IgM - ELISA).

Anti-DNP sa našli u 74 % chorých, anti-ENA u 81 % a anti-CL u 53 %. Vyskytli sa všetky možné kombinácie týchto troch typov autoprotílátok. Profil anti-ENA bol pozoruhodne stály vo väčšine prípadov a neodrážal klinický obraz chorých, aj keď sa určité vzťahy ku klinickým príznakom našli. Naproti tomu anti-DNP vo väčšine prípadov odrážali rozsah klinickej aktivity SLE. Antikardioplipínové protilátky sprevádzali príznaky APLS len sčasti, a to ak boli protilátky prítomné dlhodobo. Celkové prevalence rôznych špecifickostí boli v intervaloch známych z literatúry.

Z našej dlhodobej štúdie vyplýva, že anti-DNP (protilátky proti nukleozómom) pomerne spoľahlivo odrážajú klinickú aktivitu SLE. Ostatné špecifickosti majú skôr vzťah k celkovým črtám (podskupinám) SLE.

HLA DR 4 SUBTYPIZACE JAKO PROGNOSTICKÝ UKAZATEL U JUVENILNÍ CHRONICKÉ ARTRITIDY

ČERMÁKOVÁ R., LOCHMANNOVÁ A.

Dětská klinika FNŠP, Ostrava, a Imunologie KHEŠ, Ostrava

Subtypy HLA DR 4 antigenu hrají roli v aktivaci T lymfocytů a jsou spoluzodpovědné za autoagresivitu imunitního systému. Slouží jako prognostický znak pacientů s revmatoidní artritidou. U dětských pacientů je potřeba vyslovit se k diagnóze zvláště naléhavá. V roce 1998 bylo vyšetřeno 62 dětí s polyartikulární formou JCA na přítomnost molekul HLA DR 4 pomocí průtokové cytometrie. Šlo o děti ve věku 5 až 19 let a jejich onemocnění trvalo 1 až 11 let. Byly vybrány děti se závažnější formou onemocnění. Pozitivita byla nalezena u 26 pacientů, což je téměř 42 %.

POSTAVENÍ METOTREXÁTU V LÉČBĚ JUVENILNÍ IDIOPATICKÉ ARTRITIDY

DOLEŽALOVÁ P., BLICANOVÁ M., NĚMCOVÁ D., HOZA J.

Klinika dětského a dorostového lékařství, Ke Karlovu 2, Praha

Metotrexát (MTX) je v současné době nejčastěji používaným bazálním lékem u idiopatické artritidy v dětství (JIA). Jeho význačná úloha je podpořená řadou studií, které ho vyzdvihují jako prakticky jediný objektivně účinný lék s minimálními vedlejšími nežádoucími účinky. I přes slibné výhledy experimentální, či kombinované terapie je momentálně tím nejlepším, co můžeme nabídnout dětem s méně příznivými formami idiopatické artritidy. Přesto příbližné u třetiny pacientů standardně podávaný MTX nemá uspokojivý léčebný efekt. Autoři předpokládají nejnovější poznatky o mechanismech účinku a farmakokinetice MTX, které by mohly objasňovat příčiny této nedostatečné terapeutické účinnosti. Zdá se, že absorpce i metabolismus MTX jsou velmi individuálními a těžko předvídatelnými pochody, které při stejné dávce vedou u různých pacientů k velmi odlišným intracelulárním koncentracím léku. Parenterální podávání a zvyšování dávky MTX za přísné kontroly intracelulární koncentrace v erytrocytech a monitorování případného výskytu nežádoucích účinků se jeví být cestou, jak lépe využít léčebný potenciál metotrexátu. Autoři uvádějí současný vlastní algoritmus léčby MTX spolu s přehledem hlavních indikací a předkládají souhrn perspektiv dalšího využití tohoto léku u vybraných skupin pacientů s nejtěžšími formami idiopatické artritidy.

LÉČENÍ REVMATOIDNÍ ARTRITIDY GLUKOKORTIKOSTEROIDY - NOVÉ POZNATKY

C. Dostál, Revmatologický ústav Praha

Po 50 letech léčebného užívání, mají glukokortikosteroidy (GKS) stále výjimečné postavení mezi léky. Je to proto, že spektrum jejich účinku je téměř univerzální; dále proto, že nástup jejich účinku je rychlý a při potlačování zánětlivých procesů má obecný charakter. Revmatoidní artritida (RA) je onemocněním, které bylo jako první na světě úspěšně léčeno kortizonem. Od té doby prodělaly názory na užití GKS dlouhý vývoj - nicméně zdaleka nejsou konečné. Všimněme si nyní působení GKS, jež podléhá hierarchickému postavení známé osy „kora mozková - hypothalamus - hypofýza - kora nadledvin“ (H-H-N). První teorii, o možné souvislosti vzniku RA s funkcí poruchou kory nadledvin vyslovil jeden z jeho objevitelů Philip Hench. V r. 1995 přehodnotil Bijlsma z Utrechtu do té doby známé skutečnosti o účasti shora uvedené osy, jak z oblasti diurnálního rytmu endogenního kortizolu, tak i z oblasti buněčné účasti. Důležité však stále je, že není dostatečně potvrzeno, zda všechny tyto reakce jsou primárními projevy choroby RA či jen sekundárními důsledky její přítomnosti. Všechna pozorování o selektivním potlačení pro-zánětlivých mediátorů vysokými GKS jsou pokládána za mimořádně zajímavá a podporují dosud trávající rozporné názory na oprávněnost jejich léčebného užití u RA. Nejzajímavějším mechanismem působení GKS je regulace genové exprese různých působků v buňce. Přímé ovlivňování se odehrává jak na úrovni transkripce, tak i na úrovni změn posttranskripčních, zvláště stability mRNA, účinnosti translace či následné sekrece proteinů. Nové poznatky o regulačních možnostech endogenních i exogenních GKS s ohledem na vnitřní cirkadiální rytmus vylučování endogenního kortizolu, přinesly pokusy o získání optimálního času pro podávání těchto látek u nemocných s RA. Pozornost je věnována včasnému zahájení léčby GKS u tzv. „časných“ stádií RA. Můžeme tedy říci, že budoucnost GKS jako účinného léku u RA je stále otevřená.

PŘEDPOKLÁDANÉ A POZOROVANÉ PATOLOGICKÉ ZMĚNY PLACENTY U TĚHOTNÝCH ŽEN S SLE A S NEBO BEZ SEKUNDÁRNÍHO ANTIFOSFOLIPIDOVÉHO SYNDROMU (APS)

C. Dostál, J. Stejskal¹, J. Madar², M. Olejárová, D. Tegzová

Revmatologický ústav, ¹Ústav patologie 2. LF, ²ÚPM, Praha

Úvod: předpoklad, že nemocná žena s SLE mající současně antifosfolipidové protilátky (aPL) ztratí plod předčasně, je poměrně vysoký. Navíc tyto ženy mají daleko častěji i preeklampsii, zpomalení růstu a zranění plodu, včetně předčasných porodů. První podrobný popis patologických změn placenty u žen s SLE a APS podal v r. 1982 DeWolf a spol. (Br J Obstet Gynecol). Zahnoval jak trombotické změny cév deciduy, tak i rozsáhlé infarkty placenty, jež vyvolávají následné poruchy výživy plodu. Mikroskopické změny se popisují v trofoblastu, v klících, cévách klků a ve spirálních tepnách. Všechny tyto změny jsou však nespecifické. **Metoda:** v r. 1997/8 jsme podrobně sledovali klinicky a laboratorně těhotenství u 10 žen (8 s SLE a aPL či bez, 2 s prim. APS), u všech byla vyšetřena placenta mikroskopicky a imunofluorescenčně. **Výsledky:** 9 sledovaných žen porodilo zdravé dítě v termínu, 1 žena (č. 7), u které došlo v těhotenství k exacerbací těžkého nefrotického syndromu, porodila předčasně (indikována SC pro alteraci plodu - 26. týden) nezralý plod (600 g) - exitus 10. den - patologické mikroskopické změny placenty prokázány pouze u této ženy ve smyslu infarkce jedné třetiny placenty s ojedinělými projevy zánětu. U ostatních žen tkáň placenty bez patologických mikroskopických změn i přes přítomnost cirkulujících aPL u matek nebo dokonce v pupečnickové krvi. Všechny ženy byly adekvátně léčeny. U 4 žen byl pozorován v placentě větší výskyt depozit IgG a C3. **Závěr:** z 10 žen (8 s SLE, 2 s prim APS) 9 porodilo zdravé dítě, jedna žena s aktivním nefrotickým syndromem porodila předčasně nezralý plod. Patologické mikroskopické změny placenty ve smyslu infarkce nalezeny jen u této ženy.

Podporováno IGA MZ ČR 4164-3.

PRÍSPEVOK K VZŤAHU KOSTNEJ DENZITY A SVALOVEJ SILY

Drličková V., Masaryk P., Letkovská A.

Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany

Etiológia osteoporózy je komplexná. Jeden z faktorov, ktorý ovplyvňuje kostnú hmotu čiže denzitu kostí, je svalová aktivita, najmä sila, ktorou sval pôsobí na kosť.

Táto závislosť bola objektívne vyšetrená u náhodne vybraných osôb zo súboru EVOS (European Vertebral Osteoporosis Study). Podľa protokolu zo štúdie bola denzita kostí meraná na krčku ľavého femoru, na DEXA denzitometri NORLAND XR-26. Izometrická svalová sila paravertebrálneho svalstva bola vyšetrená na počítačovom dynamometri IsoStation B-200. Meranie bolo urobené u 50 dospelých osôb (29 mužov a 21 žien) s priemerným vekom 66 rokov. Normálnu hodnotu denzity kosti malo 8 vyšetrených, osteopénia sa diagnostikovala u 35 osôb a u 7 vyšetrených sa zistila osteoporóza.

Výsledky svalovej sily v smere rotácie, flexie, extenzie a lateroflexie v LS chrbtici ukázali, že denzita kosti proporcionálne klesá s úbytkom svalovej sily čo sa vyjadrilo pomocou korelačných koeficientov r ($r = 0,301 - 0,431$ a $p < 0,001$).

Tieto nálezy potvrdili predpoklad, že denzita kostí v oblasti krčku femoru koreluje so svalovou silou paravertebrálneho svalstva lumbosakrálnej chrbtice.

LIEČBA BOLESTI PRI OSTEOPORÓZE A KINEZIOTERAPIA

E. ĎURIŠOVÁ

Reumatologicko - rehabilitačné centrum, Hlohovec, SR

Princíp vzniku bolesti v kosti nie je zatiaľ presne známy. Stimulované nociceptory prenášajú bolestivé podnety do CNS dvoma typmi nervových vlákien s nerovnakou rýchlosťou vedenia vzruchu, čím sa vysvetľuje fyziologické pozorovanie bolesti ostrej a tupej.

Bolesť pri osteoporóze môžeme ovplyvniť liečbou farmakologickou a nefarmakologickými postupmi:

I. farmakologická liečba (1. klasická trojstupňová schéma liečby bolesti kombináciou analgetík neopioidných, opioidných a adjuvančných liekov; 2. kalcitonín; 3. lokálne anestetiká; 4. infúzna terapia s kalciom)

II. nefarmakologická liečba (1. prostriedky fyzikálnej terapie: elektroliečba, mechanoterapia - mobilizačné fasciálne techniky, vodoliečba, svetoliečba...

2. protibolestivá akupunktúra; 3. kinezioterapia).

Pohyb sprevádzaný pravidelným a dlhodobým zaťažovaním kostí je nenahraditeľnou zložkou liečby osteoporózy, keďže piezoelektrickým javom dochádza k dráždeniu osteoblastov, k zosilneniu a prestavbe kostných trámčekov. Uvádzam súbor cvičení kinezioterapie pre pacientov s osteoporózou (cviky izometrické, dýchacia gymnastika, techniky antigravitačnej relaxácie, relaxačné polohy, vstávanie z postele, zo stoličky...) s cieľom zaťaženia kostí pohybom, uvoľnenia paravertebrálnych svalových spazmov, celkového zlepšenia svalovej sily, zlepšenia hybnosti, koordinácie a mechanizmu dýchania s výsledným zmiernením alebo odstránením bolesti hlavne lokality axiálneho skeletu.

VÝSLEDKY MULTICENTRICKEJ ŠTÚDIE S MYDOCALMOM NA SLOVENSKU

FARKAŠOVÁ D.

Richter Gedeon R.T., Bratislava

Tolperison (Mydocalm[®]) – centrálny myorelaxans s periférnym vazodilatačným účinkom sa tri desaťročia efektívne používa pri liečbe ochorení pohybového aparátu a liečbe neurologických ochorení spojených so svalovou hypertóniou, spasticitou, rigiditou. Výskyt vedľajších účinkov pozorovaný vo viac ako 80 klinických štúdiách na 7000 pacientoch bol nižší ako 2 %. Cieľom štúdie bolo overiť účinnosť preparátu a objektivizovať výskyt vedľajších účinkov na Slovensku.

DO otvorenej multicentrickej prospektívnej štúdie trvajúcej 8 týždňov bolo zaradených 443 pacientov (M=192, 43,3 %; Ž=25, 56,7 %) vo veku 48,11±14,52 roka, z ktorých 94,8 % udávalo bolesťivosť a 80,6 % obmedzenie pohyblivosti. Anamnestické údaje sme hodnotili ako kategorické premenné dotazníkovou škálou metódou.

Výsledky: Počas krátkodobej liečby došlo k výraznému zmierneniu bolesťivosti: 29,8 % ($p<0,01$) pacientov udávalo úplný ústup a 48,9 % ($p<0,01$) čiastočný ústup bolesti. Obmedzenie pohyblivosti pretrvávalo u 21,3 % pacientov a 49,3 % ($p<0,01$) udávalo výrazné zlepšenie hybnosti. Štúdiu dokončilo 397 pacientov (89,6 %), u 6 (1,4 %) pacientov bola prerušená z rozhodnutia lekára ako neúčinná, u 14 (3,2 %) sa objavili vedľajšie účinky liečby vedúce k prerušeniu a 22 (4,9 %) pacientov prestalo brať liek z administratívnych dôvodov (liek nebol v lekárni). Celkovo vedľajšie účinky udávalo 38 (8,6 %) pacientov: z toho závrate 5 pacientov (1,2 %), gastrointestinálne problémy 17 (3,8 %) pacientov, ospalosť 5 (1,1 %) pacientov a alergiu 2 (0,5 %) pacienti.

Záver: V krátkodobej prospektívnej štúdií sme potvrdili výrazný pokles bolesťivosti a zlepšenie hybnosti po liečbe tolperisonom a nezistili sme žiadne vážne vedľajšie účinky preparátu.

CHEMILUMINISCENCIA FAGOCYTOV: CITLIVÝ ANALYTICKÝ SYSTÉM IN VITRO S VYUŽITÍM BAKTÉRIOVÝCH ANTIGÉNOV PRI ZÁPALOVÝCH REUMATICKÝCH CHOROBAČ

Greguška O., Máliš F., Mateička F., Bošák V.

Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany, Slovenská republika

Úvod. Cieľom práce bolo objasniť príčiny zvýšenej reaktivity buniek synoviálneho prostredia pri reumatoidnej artritíde, reaktívnej artritíde, nediferencovanej oligoartritíde, monoartritíde a osteoartróze.

Metóda. Zvýšená metabolická odpoveď fagocytujúcich buniek sa sledovala za využitia chemiluminiscenčnej techniky a za pomoci luminolu. Ako stimulačné faktory fagocytov in vitro sa využili baktériové antigény *Enterobacter aerogenes*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Salmonella typhimurium*, *Yersinia enterocolitica*. Súbor pozostával zo 49 pacientov so séropozitívnu reumatoidnou artritídou, 15 pacientov so séronegativnou reumatoidnou artritídou, 28 pacientov s definitívnu diagnózou reaktívnej artritídy a 11 pacientov s osteoartrózou.

Výsledky. Zistili sme, že pri osteoartróze metabolická odpoveď fagocytov synoviálnej tekutiny bola výrazne znížená, a bola nižšia ako v paralelne sledovaných fagocytoch periférnej krvi. Metabolická odpoveď fagocytov synoviálnej tekutiny pri séronegativnej reumatoidnej artritíde bola signifikantne nižšia ako pri séropozitívnej reumatoidnej artritíde. Pri reaktívnej artritíde metabolická odpoveď fagocytov bola výrazne zvýšená a to tak v bunkách periférnej krvi ako aj v bunkách synoviálnej tekutiny. Výrazné zvýšenie metabolickej odpovede sa pozorovalo vo fagocytoch synoviálnej tekutiny od pacientov etiologicky diagnostikovaných ako yersiniová a chlamýdiová reaktívna artritída. Výskyt HLA-B27 antigénu u pacientov s reaktívnou artritídou bol 63 % (slovenská populácia = 8,9 %, $P_{corr} \leq 0,01$, relatívne riziko = 17. Pri nediferencovanej oligoartritíde sme pozorovali maximálnu chemiluminiscenčnú odpoveď fagocytov synoviálnej tekutiny s baktériovými antigénmi *EC* v 60,7 %, s *YE* v 23,2 %, s *KP* v 10,1 %, so *ST* v 3,4 %, s ostatnými antigénmi v 2,6 %. Pri monoartritíde sme zistili zvýšenú odpoveď fagocytov zo synoviálnej tekutiny s baktériovými antigénmi *YE* v 43,7 %, s *EC* v 31,3 %, s *KP* v 12,5 %.

Záver. Dosiahnuté výsledky naznačujú, že štúdium chemiluminiscenčnej odpovede s baktériovými antigénmi in vitro môže napomôcť pri diferenciálnej diagnostike reaktívnej artritídy, nediferencovanej oligoartritídy a monoartritídy, ako aj pri prognostických výhľadoch a pri rozhodovaní o terapii zápalových reumatických chorôb.

Využitie bicyklového ergometra na zlepšenie aeróbnej kondície u pacientov s SLE

Gubzová Z., Tauchmannová H

Výskumný ústav reumatických chorôb Piešťany, SR

Súhrn: Únava sa vyskytuje u viac ako 90% pacientov a často býva jedným z prvých príznakov SLE. Na zlepšenie celkovej aeróbnej kondície pacientov so SLE s nízkou aktivitou ochorenia sme použili ľahké aeróbne 30 min cvičenie kombinované s kondičným tréningom na ergom. bicykli. Po mesačnom tréningu došlo k signifikantnému zlepšeniu oproti kontrolnej skupine pacientov, ktorá absolvovala len ľahký aeróbny tréning. Na objektivizáciu únavy sme použili MAC škálu, ktorej výsledky sa takisto signif. zlepšili u sled. skupiny.

Materiál a metódy: Počas 1 mesiaca sme sledovali súbor 27 pacientov s diagnózou SLE s nízkou aktivitou och. s priem. dĺžkou ochorenia 3,7 roku. Po vykonaní záťažového testu sledovaní pacienti absolvovali rlb. program, obsahujúci rlb. cvičenie (30 min aeróbne cvičenie+10 min. tréning na bicykli so submax.záťažou). Kontrolná skupina (24 pac.) absolvovala len rlb. cvičenie bez kondičného tréningu na bicykli. Pociť únavy sme sledovali pomocou MAC škály.

Výsledky: Po mesačnom cvičení kombinovanom s aeróbnym tréningom na stacionárnom bicykli došlo k zvýšeniu priemernej hodnoty času záťažového testu (ZT) z 8,5 min na 9,8 min oproti kontrolnej skupine. Zvýšila sa tolerancia submax. záťaženia z priem. hodnoty 14,8 min na 18,9 min. V hodnotení MAC škály došlo k signif. zníženiu únavy oproti kontrolnej skupine.

Záver: Možno potvrdiť, že kontrolovaný kondičný tréning u vybranej skupiny chorých s SLE vede k zlepšeniu aeróbnej kapacity chorého a k zníženiu subjektívneho pocitu únavy.

SOUVISÍ OSTEOPORÓZA S DIABETEM MELLITUS ?

P. Horák, Z. Pospíšil

III. Interní klinika FN UP Olomouc

Vznik osteoporózy je dáván do souvislosti s celou řadou endokrinních poruch, mimo jiné také s diabetem mellitus (DM). Situace je však v případě této choroby složitější. V tomto přehledu dosavadních studií a nálezů jsou kladeny následující otázky: Ovlivňují změny metabolismu vápníku a fosforu dokladované v diabetu skutečně významně metabolismu kosti? Jaké jsou rozdíly mezi nemocnými s DM I. a DM II. typu? Jsou přítomny rozdíly mezi dětmi, muži, pre- a postmenopauzálními ženami s DM? Jaké jsou možnosti léčby osteoporózy u diabetiků?

Změny metabolismu vápníku i fosforu byly prokázány jak na zvířecích modelech, tak i u lidí trpících DM. U diabetiků II. typu nebyly zjištěny vesměs významné rozdíly v hodnotách kostní denzity oproti zdravým kontrolám. Ženy s diabetem II. typu vykazovaly v průměru dokonce hodnoty kostní denzity vyšší než zdravé kontroly. U diabetiků I. typu byla prokazovaná osteopenie výraznější než u zdravých kontrol v periferních částech skeletu – na předloktí a u krčku stehenní kosti, ne však u bederní páteře. Riziku fraktur u diabetiků zatím nebylo plně klinicky zhodnoceno. V prevenci a terapii osteoporózy diabetických žen je diskutována možnost hormonální terapie.

SYSTÉMOVÁ REVMAUTOIDNÍ VASKULITIDA

Zbyněk Hrnčíř

2. interní klinika Fakultní nemocnice, Hradec Králové, ČR

Vaskulitické syndromy mohou u revmatoidní artritidy (RA) postihovat cévy všech velikostí od arteritidy aorty až po leukocytoklastickou vaskulitidu. Klinicky nejvýznamnější je systémová (nekrotizující) revmatoidní vaskulitida (SRV) s postižením malých a středně velkých arterií. Podle studie z Norwich je celková roční incidence SRV 1,3/100.000 obyvatel s úmrtností 16% (Birmingham) až 46% (Bath) let během dvou let.

RA nemocné se zvýšeným rizikem SRV lze charakterizovat takto: HLA DR4+ osoby, častěji muži (kuřáci) s více jak 10 let trvající RA, refrakterností/toxicitou DMAID a dlouhodobou terapií glukokortikoidy, s erozivními změnami a deformitami kloubů, bez aktivní synovitidy v době manifestace SRV („burned out disease“), s revmatoidními uzly, séropozitivitou RFs a někdy i Feltyho syndromem.

Hlavní klinické projevy SRV jsou: únavnost, pokles hmotnosti, kožní změny (ischemické vředy na DK, digitální gangréna, petechie (hmatná purpura) a mononeuritis multiplex DK s mírnou asymetrií a primárně senzickou poruchou. U menší nemocných lze zjistit perikarditidu/pleuritidu (10%), arytmiie (20%), prognosticky závažné postižení GIT (10%) nebo keratitidu/scleritidu (20%), naopak nefropatie (20%) je obvykle diskretní.

V laboratorním obraze dominuje v aktivní fázi SRV zrychlení sedimentace, anémie, leukocytóza/leukopénie, trombocytóza/trombocytopenie, vysoká hodnota CRP, IgM RFs cirkulujících imunokomplexů asi u 1/3 nemocných kryoglobulinémie, a deficit komplementu (CH50, C3 a C4). Zejména tam, kde není vyjádřena mononeuritis multiplex usilujeme o konfirmaci SRV arteriografií a/nebo biopsií (kůže, surální nerv) nebo „na slepo“ (rektobiopsie).

Základem léčby je uplatnění principu obrácené pyramidy se vstupní sérií IV pulzů metylprednizolonu po 1 g (3-5 denně nebo obden) s následným režimem IV pulzní léčby cyklofosfamidem, při refrakternosti IVIG ($\geq 0,4$ g/kg hm), při regresii aktivity přecházíme na p.o. léčbu Medrolem/Prednisonem, popř. s azathiopurinem nebo MTX. Doprovodná léčba/opatření zahrnují infuze prostacyklinu, při infektu ATB, ošetřování kožních/tkáňových defektů, popř. chirurgický zákrok.

Včasnou diagnostikou a účinnější léčbou se podařilo (Bacon, 1996) zlepšit prognózu v rozmezí let 1970 - 1990 takto: frekvence relapsu se snížila z 48% na 17% a mortalita až 46% na 25%.

Review je doloženo autentickou obrazovou dokumentací.

POLYMORFISMUS GENU ANTAGONISTY RECEPTORU PRO INTERLEUKIN 1 U PACIENTŮ S JUVENILNÍ IDIOPATICKOU ARTRITIDOU (JIA)

K. Jarošová, D. Němcová*, Z. Cimburek, Š. Růžicková, J. Vencovský, Revmatologický ústav Praha, *Klinika dětského a dorostového lékařství UK Praha

IL-1 patří mezi hlavní pro-zánětlivé cytokiny, které mají významnou úlohu v patogenezi některých zánětlivých onemocnění. Patologické působení tohoto cytokinu může být umožněno i jeho nedostatečnou inhibicí. Výrazným inhibitorem aktivity IL-1 je antagonist receptoru pro interleukin 1 (IL-1Ra). Gen pro IL-1Ra (IL-1RN) se vyskytuje v populaci v pěti polymorfních variantách, které se liší počtem opakujících se úseků o velikosti 86bp. Rozdíly v zastoupení jednotlivých alel byly pozorovány u některých zánětlivých onemocnění.

Cílem naší práce bylo stanovit zastoupení jednotlivých alel u pacientů s juvenilní idiopatickou artritidou a dalších systémových onemocnění.

Výsledky ukázaly signifikantně vyšší zastoupení alely 2 u JIA, ale též u revmatoidní artritidy (RA) a systémové sklerodermie (SSc)

Skupina	IL-1RN*2	Významnost
zdr.kontroly (n = 100)	13.0 %	-
JIA (n=79)	29.7 %	p<0.001
RA (n = 103)	24.3 %	p = 0.003
DM/PM (n = 59)	18.6 %	NS
SSc (n = 36)	26.4 %	p = 0.009
SLE (n=27)	22.2 %	NS

Polymorfismus receptoru IL-1Ra genu může být dalším faktorem genetické vnímavosti pro systémová onemocnění

Tato práce vznikla za podpory IGA MZ ČR č. 3066

PYRIDINOLÍN VO FIBROTIZOVANÝCH TKANIVÁCH PACIENTŮ SO SYSTÉMOVOU SKLERÓZOU.

R. Ištók, M. Bély*, M. Stančíková, K. Švik, J. Rovenský

Výskumný ústav reumatických chorób, Piešťany

*Celoštátny reumatologický a fyzioterapeutický ústav, Budapešť

Systémová skleróza (SSc) je chronické ochorenie spojené s hromadením kolagénu v koži a vnútorných orgánoch. Priechovážbová zlúčenina kolagénu pyridinolín (Pyr) sa vyskytuje vo väčšom množstve v kolagénne chrupiek, väzov, šliach a kostí.

Cieľom práce bolo stanoviť Pyr vo fibrotizovaných a normálnych tkanivách rôznych orgánov (koža, endokard, fascia, mechúr) u tých istých pacientov so SSc. V hydrolyzátoch tkanivových vzoriek s histologicky charakterizovanou mierou fibrotizácie boli stanovené koncentrácie Pyr a hydroxyprolín metódou HPLC. Koncentrácia Pyr v tkanive je vyjadrená v móloch na mól kolagénu. Pri kalkulácii sme vychádzali z predpokladu, že molekula kolagénu obsahuje 300 zvyškov hydroxyprolín.

Koncentrácia Pyr v fibrotizovanej koži bola signifikantne vyššia, v porovnaní s normálnou kožou (v tabuľke sú uvedené stredné hodnoty troch meraní). Zvýšené množstvo Pyr sme zistili aj v ostatných analyzovaných tkanivách:

Tkanivo	Pyr (mmol/mol kolagénu)	
	Normálne	Fibrotizované
Koža	30	70
Endokard	690	980
Fascia	990	1250
Mechúr	290	770

Naše výsledky ukazujú zvýšené koncentrácie Pyr v kolagénových vláknach fibrotizovaných tkanív pri SSc, čo svedčí nielen o kvantitatívnych ale aj o kvalitatívnych zmenách kolagénu u týchto pacientov.

JE ROZVOJ ADJUVANTNEJ ARTRITÍDY U POTKANOV LÍNIE LEWIS A LONG EVANS ZÁVISLÝ NA AKTIVÁCII PROLAKTÍNU A KORTIKOSTERÓNU?

J. Jurčovičová, K. Švik*, M. Stančíková*, R. Rokyta**,

D. Krsová**, Š. Zórad, J. Rovenský*

Ústav experimentálnej endokrinológie SAV, Bratislava,

*Výskumný ústav reumatických chorób, Piešťany, **Ústav normálnej, a klinickej fyziológie 3. LFUK, Praha

Kortikosterón (CORT) je známy antiinflamačnými účinkami a jeho geneticky podmienený nedostatok u potkanov línie Lewis sa považuje za jednu z príčin ich zvýšenej citlivosti na vyvolanie adjuvantnej artritídy (AA). Prolaktín (PRL) podporuje vznik a rozvoj autoimunitných ochorení. V našej práci sme sledovali aktiváciu PRL a CORT počas imobilizačného stresu (IMO) ako aj rozvoj AA u potkanov - samcov Lewis a Long Evans, ktoré nemajú geneticky utlmenú aktiváciu CORT. Bazálne hladiny cirkulujúceho PRL a expresia PRL v adenohipofýze bola vyššia u Lewis potkanov než u Long Evans, hladiny CORT sa nelíšili. IMO počas 20 minút mal za následok výrazné zvýšenie PRL aj CORT u oboch línii avšak s menším inkrementom u Lewis než u Long Evans. Indukovaná AA mala miernejší prejav opuchov ako aj biochemických ukazovateľov u zvierat Lewis než u Long Evans. Chronická inhibícia PRL úplne zabránila rozvoju AA u zvierat Lewis a chronický stress so zvýšením CORT znížil priebeh AA u potkanov Long Evans. Výsledky ukazujú, že geneticky utlmená sekrecia CORT nie je určujúcim faktorom v rozvoji AA. Avšak, prítomnosť PRL je dôležitá pre vznik a priebeh ochorenia, chronický stress so zvýšením CORT jeho priebeh zmierňuje. Podporené GAČR, č.305-98/1064 a VTP, č. 210601

ÚSKALIA V KLINICKEJ INTERPRETÁCII VÝSLEDKOV V DIAGNOSTIKE OSTEOPORÓZY

Z. Killinger

I.interná klinika, FN, Bratislava.

Včasná diagnostika postmenopauzálnnej osteoporózy je základnou podmienkou úspešnej prevencie a adekvátnej terapie. Nakoľko riziko fraktúr veľmi úzko koreluje s kostnou hustotou, bolo vyvinutých viacero technik na meranie kostnej denzity. Odlišujú sa navzájom princípom merania, oblasťou, ktorú môžeme merať a najmä senzitivitou a špecifitou. V praxi má dominantné postavenie RTG denzitometria. Ide o pomerne presnú metódu vhodnú na posúdenie aj malých kostných strát. Pri interpretácii výsledkov merania je ale potrebná opatrnosť, nakoľko namerané hodnoty môžu byť skreslené viacerými faktormi. Pri ich hodnotení je potrebné vziať do úvahy použitú metódu a oblasť merania ako i zohľadniť všetky možné koincidujúce faktory. Namerané hodnoty /T - score/ neznamenajú automaticky diagnózu osteoporózy ani indikáciu k terapii. Pri rozhodovaní o nasadení liečby zvažujeme najmä celkový rizikový profil pacienta a v indikovaných prípadoch aj rýchlosť kostných strát. V posúdení rýchlosti osteoresorpcie na základe kostných markerov je obzvlášť potrebná veľká opatrnosť. Interpretácia týchto hodnôt závisí od senzitivity a špecifity použitého ukazovateľa ako i od metodiky použitej pri laboratórnom spracovaní. Včasná diagnostika založená na správnej interpretácii nameraných hodnôt je kľúčom k prevencii a úspešnej liečbe postmenopauzálnnej osteoporózy.

OSTEOPORÓZA U PACIENTOV S JUVENILNOU CHRONICKOU ARTRITÍDOU (JCA).

E.Košková, P.Masaryk, A.Letkovská

Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany

Poruchy rastu a osteoporóza patria často k sprievodným prejavom JCA. Vyšetřili sme 21 pacientov z toho 13 dievčat a 8 chlapcov vo veku 11.-25 r. Sledovali sme začiatok a trvanie choroby, vývoj sekundárnych pohlavných znakov podľa Tannerovej klasifikácie a nástup menarche, formu a aktivitu choroby. Kostnú denzitu lumbálnej chrbtice a krčku femuru sme merali dvojistou rtg absorpciometriou prístrojom HOLOGIC QDR 4500A.

Výsledky:

U dievčat s JCA sme našli znížený obsah kostného minerálu v oblasti kompaktnej kosti, ktorý bol väčší pri dlhšom trvaní choroby. U chlapcov sme zistili podobne znížený obsah kostného minerálu v oblasti kompaktnej kosti, i keď menej výrazný. Dievčatá v porovnaní s chlapcami mali vyšší obsah kostnej hmoty v oblasti trabekulárnej kosti. Dlhotrvajúca vysoká zápalová aktivita, liečba vysokými dávkami kortikosteroidov s následnou retardáciou rastu a oneskoreným nástupom puberty boli u našich pacientov limitujúcimi faktormi stupňa závažnosti osteoporózy.

Záver:

Pravidelné sledovanie antropometrických ukazovateľov a sledovanie vývoja sekundárnych pohlavných znakov sú dôležitými prognostickými ukazovateľmi vývoja osteoporózy u pacientov s JCA.

POLYARTIKULÁRNA CHRONICKÁ DNA ALEBO REUMATOIDNÁ ARTRITÍDA? DIAGNOSTICKÉ PROBLÉMY.

M. KOVALANČÍK

Výskumný ústav reumatických chorôb Piešťany, SR

Klinický obraz pacienta s polyartikulárnou dnou je často atypický a môže imitovať RA. Koincencia dny a RA je tak veľmi zriedkavá, že sa v literatúre stretávame len s ojedinelými kazuistikami. Syndromologické prekrývanie oboch týchto chorôb môže však pomerne často prispieť k diagnostickým omylom.

Dna má polyartikulárny začiatok približne v 5-10% prípadov a príležitostne sa môže prejavovať symetrickou polyartritídou. Až 30% pacientov s chronickou tofóznou dnou má pozitívny reumatoidný faktor, ale vysoké titre sú zriedkavé. Tofy majú podobnú distribúciu ako reumatoidné uzlíky, preto je potrebné histologicky vyšetriť každý uzlík. Pri chronickej dnavej artritide rtg nálezy asymetrických, marginálne uložených, okrúhlych alebo oválnych ostro vyhlodených erózií väčších ako 5 mm, s okolitým lemom, osteosklerózou a pomerne zachovanými kĺbovými štrbinami svedčí pre dna. Na druhej strane symetrické mutujúce erozívne zmeny prstov rúk alebo nôh s osteoporózou a zužením kĺbovej štrbiny poukazujú na RA. Obzvlášť potrebné je veľmi starostlivo vyšetriť synoviálnu tekutinu v polarizovanom svetelnom mikroskope.

Autor prehľadný referát doplní klinickým materiálom v krátkych kazuistikách.

LIEČBA OSTEOPORÓZY A VERTEBROGÉNNEHO ALGICKÉHO SYNDRÓMU HOTEMINOM

M. Kovalančík, J. Šmondrk, K. Machová, E. Šimová

Výskumný ústav reumatických chorôb Piešťany, SR

Úvod a metóda: Autori v otvorenej multicentrickej štúdií vyhodnotili účinnosť a toleranciu preparátu Hotemin (piroxicam) firmy EGIS Pharmaceuticals LTD, BUDAPEST tob. a inj. a 20 mg u pacientov s OA a vertebrogénnym algickým syndrómom (VAS) v akútnom algickom štádiu, pričom sa sledovala klinická a laboratórna bezpečnosť liečby. U 50 pac. s priemerným vekom 60,5 roka s rtg overenou dg. OA (gonartróza, koxartróza v II-III. št.) sa podával Hotemin 1 tob. 20 mg po dobu 20 dní. U 50 pac. s VAS s priemerným vekom 48,5 roka sa podával Hotemin inj 20 mg 5 dní s následnou 20 dňovou liečbou Hotemin tob. 20 mg. Hodnotili sme index podľa Lequesna, VAS a funkčné testy.

Výsledky: U pac. s OA sme preukázali štatisticky významné zníženie VAS kľudovej i pohybovej, nočných aj štartovacích bolesti, algofunkčného indexu podľa Lequesne a ďalších funkčných testov ($p < 0,001$); vedľajšie účinky sa vyskytli u 5 pac. (10,2%), z toho 2x viedli k prerušeniu štúdie (bolesť v epigastriu s dyspepsiou a kožný exantém s prúritom). U pac. s VAS sme zaznamenali štatisticky významné zníženie VAS kľudovej i pohybovej ($p < 0,001$) po inj. aj tob.; vedľajšie účinky zo strany GIT-u boli ľahšieho charakteru - inj. 4%, tob. 8%. Vysoká a stredná účinnosť hodnotená verbálne pacientom aj lekárom sa zistila u 83% resp. 87% pac. s OA a až v 98% prípadov s VAS.

Záver: Injekčnú formu Hoteminu možno po dôslednom vylúčení exklúzyvnych kritérií odporučiť pre liečbu najmä akútnych algických stavov pohybového aparátu, ktoré si vyžadujú rýchle potlačenie bolesti a zápalu. Liečbu Hoteminom tob. možno u degeneratívnych ochorení odporučiť na krátkodobé použitie, pričom je nevyhnutná opatrnosť u starších pacientov.

ASOCIÁCIA MEDZI ANTIKARDIOLIPÍNOVÝMI A INTRACELULÁRNymi PROTILÁTKAMI PRI SLE

D. Kozáková, L. Cebecauer, J. Lukáč

Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany

ÚVOD: Antikardiolipínové protilátky sa nachádzajú v sérach pacientov s autoimunitnými chorobami, najmä SLE. S ich prítomnosťou významne súvisí zvýšené riziko arteriovej aj venózne trombózy, trombocytopénie či riziková gravidita.

V práci sa sledoval vzťah medzi výskytom antikardiolipínových (ACLA) a intracelulárných protilátok v súvislosti s trombózou u chorých s SLE.

MATERIÁL A METÓDY: Testovalo sa 64 pacientov spĺňajúcich kritériá ARA/ACR pre SLE.

ACLA a anti-DNP sa stanovili metódou ELISA, anti-dsDNA Farrovou metódou, anti-ENA protismernou elektroforézou, imunoblotom a ELISA, štatistické parametre pomocou Chi-square testu.

VÝSLEDKY: V súbore pacientov s pozitívnymi hladinami ACLA (11/64; 17,2%) sa zistila štatisticky významne zvýšená frekvencia výskytu anti-U1+Sm protilátok ($\chi^2 = 4,33$; $P < 0,05$; $RR = 4,5$). Asociácie s ostatnými anti-ENA protilátkami, anti-dsDNA a anti-DNP sa nedokázali.

Korelácie s parametrami klinického hodnotenia potvrdili antifosfolipidový syndróm (APS) u 5 chorých (45,5%). U ďalších 3 (27,3%) sa zistili iba nízke titry ACLA, ktoré boli klinicky asymptomatické.

ZÁVER: Z prezentovanej štúdie vyplýva, že SLE s prítomnosťou ACLA je výrazne asociovaný s anti-U1+Sm protilátkami. Potvrdilo sa, že u pacientov s vysokými perzistujúcimi titrami ACLA je vysoká pravdepodobnosť rozvoja APS.

DEMONSTRACE PŘÍPADU TAKAYASUOVY ARTERITIS

Kusá L., Horák P., M. Mikulášová

III.interní klinika, Radiologická klinika FN Olomouc

Takayasuova arteritis je vzácné onemocnění postihující zejména mladé ženy. Tato obrovskobuněčná arteritida je charakterizována granulomatozním a sklerotizujícím zánětem aorty a odstupujících velkých tepen. Klinické příznaky zahrnují jednak systémové projevy (febrilie, polymyalgie, polyartralgie, váhový úbytek, únavový syndrom), orgánové příznaky vyplývají z lokalizace tepenného postižení (klaudikace paží, posturální hypotenze, vertigo, zrakové poruchy, renovaskulární hypertenze atd.).

Pacientka, v době diagnózy 27-letá žena, po dobu jednoho roku pozorující únavu a klaudikace horních končetin. Při klinickém vyšetření zjištěna nápadná pulzující rezistence v oblasti krku, nehmátný puls na obou horních končetinách, hypertenze na dolních končetinách, výrazné šelesty nad oběma karotidami, aortou, renálními tepnami a tepnami dolních končetin. V laboratorním nálezu byla vysoká sedimentace, dimorfní anémie, aktivace proteinů akutní fáze. Angiografie svědčí pro rozsáhlé postižení větvi aortálního oblouku, v menší míře pro postižení abdominální aorty. Nemoc lze tedy klasifikovat jako Takayasuovu arteritidu typ III. / smíšený / Byla nasazena terapie vysokodávkovanými steroidy a methotrexátem, s dobrým iniciálním efektem na známky humorální aktivity a subjektivní potíže nemocné.

Závěr: Demonstrace tohoto případu poukazuje na vzácné onemocnění Takayasuovou arteritidou, které má však z hlediska diferenciální diagnostiky značný význam vzhledem k závažnosti klinických projevům.

VPLYV ORÁLNE PODÁVANÉHO KOMPLEXU HYDROLYTYCKÝCH ENZÝMOV A PENTOXIFYLÍNU NA TNF PRODUKČNÚ SCHOPNOSŤ LEUKOCYTÁRNEHO SYSTÉMU ex vivo

V. Lackovič, J. Rovenský, D. Žlnay, Z. Sobotová, M. Kovalančík.

Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany, Štátny zdravotný ústav SR, Bratislava.

Protizápalové a imunomodulačné účinky hydrolytických enzýmov (Wobenzym, WB) ako i inhibičný účinok pentoxifylínu (PTX) na tvorbu TNF našli svoje opodstatnenie i v snahe o liečbu reumatických chorôb.

Metódy: Medikácia pac. s ankylozujúcou spondylitídou ($n=20$) WB: A, 3x2 -5 drg./deň/7-14 dni ; B, >12 mes. PTX 3x400 mg/deň/7-14 dni samostatne a v kombinácii s WB. Leukocytný systém (10% susp. plnej krvi, WBC) bol stimulovaný k tvorbe TNF lipopolysacharidom (LPS). Sledovala sa biologická (lytická) aktivita cytokínu v bunkovom systéme L929.

Výsledky: Po krátkodobej WB medikácii signifikantne vzrástla TNF produkčná schopnosť WBC (2,37 krát). PTX medikácia v priebehu 3 dní znížila, v porovnaní s kontrolou, toto zvýšenie zo 167 na 79%. Po dlhodobej WB medikácii sa TNF produkčná schopnosť WBC významne nezmenila. PTX neinhiboval produkčnú schopnosť leukocytov.

Záver: WB medikáciou možno ovplyvniť leukocytnú odpoveď na PTX tak, že tento sa v konečnom dôsledku neprejaví v systéme WBC ako inhibitor tvorby TNF.

KOSTNÁ DENZITA PRI NIEKTORÝCH ZÁPALOVÝCH REUMATICKÝCH CHOROBÁCH

Letkovská A., Masaryk P.

Výskumný ústav reumatických chorôb, Nábřežie I. Krasku 4, Piešťany

Úvod a metódy: V porovnaní s primárnou osteoporózou (OP) sa kostná denzita pri zápalových reumatických chorobách sledovala v menšom rozsahu. V súbore 316 pacientov s 9 rôznymi zápalovými chorobami (AS, JCA, MCTD, PM/DM, PA, RA, SD, SLE, SS) sme merali kostnú hustotu L2-L4 a krčka femuru (KF) na prístroji NORLAND XR-26 Mark II. Ako kontrolný súbor sme použili 367 probandov vyšetrených v rámci štúdie EPOS. Sledovali sme výskyt OP pri jednotlivých chorobách.

Výsledky: Kostná denzita bola v celom súbore významne nižšia v oblasti L2-4 ($Z: -0,90$) aj v oblasti KF ($Z: -0,95$). Najnižšie priemerné hodnoty Z-skóre mali pacienti s AS v oboch lokalizáciách, pacienti s PA mali významne nižšie hodnoty len v KF, kým pacienti so SS sa štatisticky nelíšili od $Z=0$. U pacientov nad 35 r. sa zistil významne ($p < 0,05$) vyšší výskyt OP u mužov (L2-4: 53,3%, KF: 34,5%) oproti ženám (38,7% resp. 25,7%). U pacientov nad 50 r. bol asi 50% výskyt OP v L2-4 a asi 35% výskyt OP v oblasti KF, rozdiely podľa pohlavia boli štatisticky nevýznamné. U postmenopauzálnych žien sa zistila OP v L chrbtici v 46% a v porovnaní s EPOS súborom (18%) významne vyšší výskyt OP v oblasti KF (28%).

Záver: Priemerná hodnota Z-skóre v celom súbore bola v porovnaní s referenčnou hodnotou takmer o 1 SD nižšia v L2-L4 aj KF, najvýraznejšie u pacientov s AS, RA a SD. V porovnaní s EPOS súborom sa zistili signifikantne nižšie hodnoty kostnej denzity u žien i u mužov.

INDIKÁCIE FLURBIPROFÉNU V LIEČBE REUMATICKÝCH CHORÔB

Lukáč J., Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany

Nesteroidové antireumatikum **flurbiprofén** je bifényl kyseliny propiónovej. Jeho analgetický a antipyretický účinok je zrovnateľný s inými NSA, ale jeho protizápalový efekt je 3x vyšší v porovnaní s diklofenakom a 9x vyšší ako pri indometacíne a aspiríne (1). Patrí medzi NSA s krátkym plazmatickým eliminačným polčasom (3,8 hodiny) a jeho biologická dostupnosť je 87 až 96 %.

U pacientov s reumatoidnou artritídou (RA) významne znižoval počet aktívnych kĺbov (2), z toho dôvodu je flurbiprofén vhodný na liečbu RA, ankylozujúcej spondylitídy a iných zápalových reumatických chorôb. V klinických štúdiách sa jeho analgetický efekt preukázal aj v liečbe degeneratívnych reumatických chorôb (osteoartróza, vertebrogénny algický syndróm, mimokĺbový reumatizmus). V otvorenej 28-dňovej štúdii s flurbiprofénom SR 200 mg u 12 005 pacientov s osteoartrózou sa hodnotila jeho účinnosť u 88 % (hodnotenie pacientom), resp. 89 % členov súboru (hodnotenie vyšetrojúcim) ako dobrú alebo veľmi dobrú. Pre nežiaduce účinky sa liečba prerušila u 2,8 % pacientov (3). Flurbiprofén je indikovaný i v liečbe nereumatických bolestí (traumy, pooperačné stavy, nádorové bolesti, neuralgie, radikulárny syndróm, migrény, tromboflebitídy).

Podľa výsledkov Britskej komisie pre bezpečnosť liekov je z hľadiska výskytu závažných nežiaducich účinkov na milión preskripcií flurbiprofén po ibuprofene druhým najbezpečnejším liekom (4). Najčastejšie NÚ sú dyspepsia, vracanie, hnačka a angioedém. Z toho dôvodu je flurbiprofén kontraindikovaný pri peptickom vrede, krvácaní do GIT, ulceróznej kolitíde, bronchiálnej astme a alergii na flurbiprofén.

1

V súčasnosti sú k dispozícii dve liekové formy flurbiprofenu – Flugalín tbl á 50 mg a Flugalín SR 200 mg. Výhodou retardovanej formy je, že účinná látka z mikropeliet obsiahnutých v kapsule sa uvoľňuje postupne počas 24 hodín. Výhodou je aj dávkovanie 1x denne a vysoká biologická dostupnosť nezávislá na motilitě GITu a potrave. Týmto spôsobom možno aj aplikáciou NSA s krátkym biologickým polčasom dosiahnuť prolongovaný účinok pri nižšom výskyte NÚ. Flugalín SR je vhodný aj na potlačenie nočnej bolesti a rannej stuhnutosti u pacientov, ktorí netolerujú čapíkové formy NSA.

1- Steele, L et al., J Pharmacol Methods, 1981, 5:341

2- Benvenuti, C, Int J Tiss Reac, 1983, V, 61

3- Ghazlan a spol., Br J Rheumatol, 1992, 31, Suppl 2, 162

4- CSM Update, Brit Med J, 3 May, 1986

2

NOVÉ TRENDY V LIEČBE ANTIMALARIKAMI V REUMATOLÓGII

J. Lukáč, Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany

Antimalariká sa zaviedli do liečby reumatických chorôb už v 50-tych rokoch. V klinickej praxi sa využíva chlorochín (Chl) distribuovaný pod názvom **Delagil tbl** a hydroxychlorochín (OHChl).

Mechanizmus účinku. Antimalariká interferujú s prezentáciou antigénu T bunkám tým, že blokujú syntézu antigénov HLA triedy II, ktorý sa spolu s antigénom exprimuje na povrchu makrofágov. Znižujú i produkciu autoprotilátok, cytokínov, aktivitu T lymfocytov a NK buniek. Majú antiagregačný účinok na trombocyty, znižujú hladiny cholesterolu a triglyceridov a glykémiu pri diabetes mellitus na PAD.

Pri **reumatoidnej artritíde (RA)** sú antimalariká účinnejšie ako auranofin, menej účinné ako metotrexát, sulfasalazín, aurotiomalát a D-penicilamín. Majú najnižšiu toxicitu spomedzi používaných bazálnych antireumatik. Nespomaľujú rtg progresiu kĺbových zmien. Využívajú sa pri ľahších formách RA. V súčasnosti sa veľmi často používajú v kombináciách dvoch a viacerých bazálnych antireumatik (tab. 1) a po dosiahnutí remisie ako prevencia relapsov. Toxicita bazálnych antireumatik v kombinácii nie je vyššia ako pri ich podávaní jednotlivo, dokonca po pridaní antimalarik k MTX sa zvýšené hodnoty AST a ALT normalizujú.

Kombinácia	Hodnotenie	Porovnanie s
Antimalariká + Au	Účinnejšie	Au
MTX + Chl	Účinnejšie	MTX
Antimalariká + SSZ + MTX	Účinnejšie	MTX alebo antimal. + SSZ

1

Systémový lupus erythematosus (SLE). Antimalariká priaznivo ovplyvňujú kožné prejavy, artritídu a znižujú výskyt exacerbácií. U pacientov na antimalarikách sú potrebné udržiavacie dávky kortikosteroidov významne nižšie. Pri SLE sa využíva aj ich preventívne pôsobenie na aterosklerózu a antiagregačný účinok na prevenciu trombózy pri antifosfolipidovom syndróme.

Pri **psoriatickej artritíde** sa antimalariká podávajú iba u pacientov s lokalizovanou psoriázou pre riziko exacerbácie psoriázy. **Erozívna osteoartritída (EOA):** opísal sa priaznivý vplyv na iritačnú synovitídu sprevádzajúcu EOA. **Juvenilná chronická artritída, erythema nodosum, diskoidný LE, lymfická borelióza** sprevádzaná artritídou sú ďalšími indikáciami, pri ktorej sa antimalariká s úspechom použili.

Nežiaduce účinky. Najčastejšie sú dyspeptické ťažkosti (nauzea, bolesti brucha). Najzávažnejšia je retinopatia. Je spôsobená ukladaním solí antimalarik do tkanív obsahujúcich melanín. Prejavuje sa poruchou vízu a skotómami, najmä pre červenú farbu. Depozície na rohovke sú reverzibilné. Z hľadiska bezpečnosti je dôležité neprekračovať dávku 250 mg (3,5 mg/kg/deň) Chl a 400 mg (6,5 mg/kg/deň) OHChl denne. Po dosiahnutí kumulatívnej dávky 800-1000 g je potrebné častejšie monitorovanie liečby. Za rizikové faktory pre výskyt NÚ sa považuje: vek nad 70 rokov, dosiahnutie kumulatívnej dávky 800-1000g a podávanie vyšších ako doporučených denných dávok. Vyšetrovanie očného pozadia by sa malo vykonávať každých 6 mesiacov. Antimalariká majú aj v súčasnosti spomedzi bazálnych antireumatik najširšie spektrum indikácií a sú jedným z najčastejšie predpisovaných bazálnych antireumatik.

2

DICLOFENAC DUO PHARMAVIT V LIEČBE OSTEARTRÓZY

J.Lukáč, D.Mičeková, P.Masaryk, J.Rovenský, Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany

Diklofenak nátría je v súčasnosti najčastejšie predpisovaným nesteroidovým antireumatikom. Výhodou diklofenaku je priaznivý pomer inhibície COX-2/COX-1, relatívne nízky index gastrotoxicity, a chondroneutrálny vplyv na kĺbovú chrupku. Reumatológ má k dispozícii viacero generických prípravkov diklofenaku, ktoré sa líšia množstvom účinnej látky, nástupom účinku a jeho dĺžkou.

Diklofenak Duo Pharmavit zahŕňa v sebe prednosti preparátov s rýchlym nástupom účinku i retardovaných foriem, pretože každá kapsula obsahuje 75 mg účinnej látky viazaných na 2 druhy peliet: 25mg diklofenaku sa uvoľňuje v duodene z enterických peliet v priebehu 1 hodiny, zatiaľ čo 50 mg diklofenaku sa z peliet B uvoľňuje postupne. Podľa výsledkov niektorých štúdií sa usudzuje, že má včasnejší nástup účinku v porovnaní s inými preparátmi diklofenaku (tab. 1).

Dg	Poč. pac.	Tr. dni	Porovnanie	Diclo Duo	Účinnosť	Tolerancia
OA	105	14	Diklo-SR100mg	2x75 mg	DD ~ DSR	DD ~ DSR
OA	40	15	Diklo 3x50mg	2x75 mg	DD včasnejší nástup účinku	DD ~ D ⁺
OA	60	15	Diklo 3x50 mg	2x75 mg	DD ~ DS	DD ~ D

* Dunky, A., Der praktische Arzt. 1991, 762-775

1

V 14-dňovej dvojitej slepej randomizovanej štúdií sme účinkom Diclofenaku Duo Pharmavit porovnávali s diklofenakom 50 mg u 45 pacientov s gonartrózou a/alebo koxartrózou II. až III. štádia. Pacienti užívali lieky 3x denne (o 7,00 a 13,00 a o 19,00 hodine), pričom prvých 7 dní 1x denne zaznamenávali Lequesneov index a počas prvých troch dní 9x denne vizuálnu analógovú škálu (VAS – pri užití lieku, 1 h a 3 h po užití). Pacienti boli randomizovaní do dvoch skupín:

1. skupina (23 pacientov) užívala 75 mg diklofenaku (z toho 25 mg v enterických peletách a 50 mg v SR peletách) o 7.00 h a o 19.00 h a o 13.00 dostávala kapsulu s placebom. Celková denná dávka diklofenak nátría bola 150 mg.
2. skupina (22 pacientov) dostávala 50 mg diklofenak nátría o 7.00 h, o 13.00 h a o 19.00 h. T.j. denná dávka diklofenak nátría bola tiež 150 mg denne.

T.j. obe skupiny pacientov dostávali dennú dávku 150 mg diklofenak. Pri vyhodnocovaní Lequesneovho indexu sa ukázalo, že 6. a 7. deň užívania liekov bolo skóre u pacientov na Diclofenac Duo Pharmavit významne nižšie než u pacientov na diklofenaku ($P < 0,01$). Skóre VAS v popoludňajších hodinách – o 16,00 a 20,00 – bolo významne nižšie pri Diclofenau Duo Pharmavit ($P < 0,05$) v porovnaní s diklofenakom. Výskyt nežiaducich účinkov (ťažoba žalúdka, prechodné hnačky, pruritus kože, pyróza) bol zrovnateľný v oboch skupinách pacientov.

Vedľajšie účinky diklofenaku na sliznicu žalúdka zmiernuje skúšaná forma i tým, že sa po rozpustení želatínových kapsúl účinná látka viazaná na pelety rozptýli po povrchu sliznice, čím sa znižuje jej mechanické dráždenie. Táto lieková forma s použitím dvoch druhov peliet v jednej kapsule dáva lekárovi možnosť dosiahnuť rýchly nástup liečebného účinku a jeho prolongované pôsobenie.

2

KARDIOVASKULÁRNE ASPEKTY MORBUS BECHTEREV

LIEŤAVA J., VÁŽNY P., SITÁR M., ZIMÁNOVÁ J., ČELKO J.

II. interná klinika, Fakultná nemocnica, LFUK, Bratislava, a Slovenské kúpele, Trenčianske Teplice, Slovensko

Cieľ štúdie: Pacienti s morbus Bechterev (MB) sú ohrození náhlými srdcovými príhodami, ale neskoré komorové potenciály (NKP) ako dôležitý rizikový marker náhlej srdcovej smrti neboli doteraz analyzované v tejto populácii.

Metódy: Z 354 pacientov s morbus Bechterev liečených v kúpeľoch sme vyseletovali skupinu 37 mužov (47,3±11,1 roka) (štádium III-V/b-c), bez blokády Tawarových ramienok, kardiovaskulárneho, alebo iného sprievodného ochorenia. U pacientov boli vyšetrené NKP, záťažový test s kontinuálnym meraním impedančnej kardiografie, echokardiografické a dopplerovské vyšetrenie. Pacienti so záťažou vyvolanou ischémiou alebo komplexnou komorovou ektopickou aktivitou boli vylúčení (n=12).

Výsledky: Zistili sme, že 10 (27 %) pacientov malo NKP (NKP+) a 12 (32 %) malo diastolickú dysfunkciu (DD+). Multivariátnou regresnou analýzou sa zistila súvislosť medzi LAS 40 a akceleračným časom ($\beta = -0,52$, $r^2 = 0,23$, $p < 0,005$), resp. medzi LAS a trvaním ochorenia ($\beta = -0,32$, $r^2 = 0,33$, $p < 0,01$). Pacienti s pozitívnymi NKP mali vyšší výskyt diastolickej dysfunkcie ako pacienti bez NKP (55 % vs. 20 %) ($t = 1,42$, NS). DD+ pacienti mali nižší srdcový index na vrchole záťaže (6,1 vs. 9,11/min/m², $p < 0,001$) a nižší index kontraktility (0,054 vs. 0,079 sec. -1, $p < 0,001$) ako pacienti s normálnou diastolickou funkciou.

Záver: Pacienti s morbus Bechterev majú 27 % prevalenciu NKP. NKP+ pacienti majú horšiu adaptáciu hemodynamiky na záťaž a majú tendenciu vyššieho výskytu DD ako pacienti bez pozitívity NKP. Výskyt NKP koreluje s výskytom diastolickej dysfunkcie a s trvaním ochorenia.

OSTEOARTRÓZA – RIZIKOVÉ FAKTORY, DIAGNOSTIKA A PROGNOZA

J. Lukáč, M. Stančíková, J. Rovenský, V. Bošák, Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany

Osteoartróza (OA) je degeneratívne postihnutie kĺbov, ktoré primárne postihuje kĺbovú chrupku a následne vyvoláva zmeny v subchondrálnnej kosti a v mäkkých tkanivách. Klinicky manifestné príznaky OA sa vykytujú až u 12 % populácie, ale vo veku nad 65 rokov má OA aspoň jednej kĺbovej skupiny viac ako 50 % osôb. Rozoznávame primárnu (idiopatickú) a sekundárnu OA, ktorá je dôsledkom anatomických zmien kĺbov, metabolických chorôb, úrazov a zápalových arthropatií. Rizikové faktory vzniku OA sú: obezita, vek, genetická predispozícia, hypermobilita a osteoporóza. Tieto faktory sa uplatňujú spolu s mechanickými vplyvmi (trauma, mikrotrauma, anatomické zmeny).

Pri OA v chrupke sa narušuje štruktúra proteoglykánov, kolagénových vlákien a zvyšuje sa produkcia katabolicky pôsobiacich cytokínov, najmä interleukínu 1. Dôsledkom týchto zmien je rozvláknenie (fibrilácia) chrupky, tvorba rýh, stenčovanie hrúbky a v pokročilých prípadoch až obnaženie subchondrálnnej kosti. V subchondrálnnej kosti sa zvyšuje kostná denzita (sklerotizácia) a vytvárajú sa subchondrálne cysty. Na okrajoch kĺbových plôch sa vytvárajú osteofyty. V kĺbovom puzdre vzniká iritačná synovitída.

Koxartróza je rovnako častá u mužov i žien a vyskytuje sa i u osôb mladších ako 40 rokov, často býva dôsledkom dysplastických zmien bedrových kĺbov. Gonartróza je častejšia u žien ako u mužov, najčastejšie sa vyvíja po 40 roku života. Erozívna osteoartróza (osteoartritída) je 10x častejšia u žien ako u mužov, najčastejšie sa klinicky manifestuje po 60. roku života. V jej patogenéze zohráva úlohu genetická predispozícia a autoimunitné vplyvy.

Pri diagnostike OA sa používajú kritériá Kolégia amerických reumatológov (ACR), ktoré sa opierajú o klinické prejavy (bolesť, krepitácie, zhrubnutie, opuch, výpotok) a röntgenologické kritériá (osteofyty, subchondrálna sklerotizácia a zúženie kĺbovej štrbiny). Pri diagnostike a hodnotení prognózy sa popri rtg snímkach uplatňuje scintigrafia, nukleárna magnetická rezonancia a ultrasonografia. Jedným zo sérových markerov OA je stanovovanie COMP (oligomérna bielkovina z matrix chrupavky). Vysoké hladiny COMP sa zisťujú pri progredujúcej a pokročilej OA.

HODNOTY IL 2 A PRL PO I.V. APLIKÁCII TRH U KONTROLNEJ SKUPINY A U ŽIEN S RA

Ž.Macejová,D.Trejbal, D.Petrášová, A. Szilasiová,B.Spišák
II. interná klinika, Ústav experimentálnej medicíny FNsP Košice

Sú dôkazy o interakcii medzi sekréciou prolaktínu (PRL) a imunitnou odpoveďou, ale presná úloha prolaktínu v imunopatogenéze ľudských autoimunitných ochorení nebola zatiaľ dokázaná. Cieľom našej práce bolo vyšetriť účinok podania TRH (0,2 mg i.v.) na hodnoty PRL a IL 2 u zdravých žien, žien s RA a žien s primárnou hypotyreózou a zistiť ich vzájomný vzťah.

Výsledky: Vyšetřili sme 7 zdravých žien (priemerný vek 25,8 rokov) 6 žien s reumatoidnou artritídou, ktoré spĺňali ARA diagnostické kritériá (priemerný vek 43 rokov) a 6 žien s primárnou hypotyreózou (priemerný vek 34,8 rokov). Výsledky sú uvedené v tabulke: Hodnoty IL-2 a PRL po i.v. aplikácii TRH:

	n	IL-2 0 min	IL-2 20 min	PRL 0 min	PRL 20 min
Kontrola	7	25,52±21,82	46,13±31,55	5,98±0,9	41,7±10,01
RA	6	20,85±11,01	13,41±8,24	7,76±3,68	63,7±20,7
Hypotyreóza	6	30,0±23,17	18,97±23,5	13,71±9,55	67,9±34,3

U kontrolnej skupiny zdravých žien sme zaznamenali vzostup hladiny IL 2 oproti bazálnym hodnotám po TRH aplikácii za 20 minút. Bazálna hodnota IL 2 u žien s RA sa výraznejšie nelíši od kontrolnej skupiny, avšak po stimulácii TRH i.v. došlo k paradoxnému poklesu hladiny IL 2. Pokles IL 2 po aplikácii TRH bol zaznamenaný aj u žien s primárnou hypotyreózou. Výsledky naznačujú rozdiel hladín prolaktínu a IL 2 medzi ženami s RA a hypotyreózou pri porovnaní so zdravými ženami. Je možné, že efekt prolaktínu a TRH je rovnaký alebo spoločný pri stimulácii IL 2, ktorý hrá dôležitú úlohu v patogenéze zápalových ochorení.

VPLYV NIEKTORÝCH HABITUÁLNYCH, NUTRIČNÝCH A CHOROBNÝCH FAKTOROV NA VZNIK A ROZVOJ OSTEOPORÓZY (EPIDEMIOLOGICKÁ ŠTÚDIA U 1644 OSÔB)

D. Magula, Š. Petříček, K. Bitter, R. Pavlovičová¹, J. Rovenský², P. Masaryk², A. Letkovská²
VOÚ TaRCH Nitra-Zobor, SPU Nitra¹, VÚRCH Piešťany²

Úvod: Vek, pohlavie, životný štýl, výživa, niektoré pridružené ochorenia a dlhodobé užívanie niektorých liekov patria medzi najzávažnejšie rizikové faktory pre vznik a rozvoj osteoporózy.

Metódy: U 1644 osôb (z toho 1479 žien) sme po ultrazvukovom vyšetrení minerálnej kostnej denzity dotazníkovou formou zisťovali prítomnosť vybraných rizikových faktorov osteoporózy (OP) a porovnávali sme ich incidenciu v skupine osôb s normálnou kostnou denzitou a u osôb so zistenou OP (T-skóre menej ako - 2,50 SD).

Výsledky: Významne vyšší priemerný vek sme zaznamenali u osôb so zistenou OP (muži 60,2 vs. 51,8, ženy 66,5 vs. 49,2 rokov). V skupine žien s OP boli štatisticky významné rozdiely v incidencii diabetu mellitu (13,1 vs. 5,2 %, p<0,001), a v dlhodobej liečbe (> 3 mesiace) kortikosteroidmi, (9,0 vs. 5,2 %, p<0,01). Užívanie viac ako 0,4 l mlieka denne sme zistili u 21,1% zdravých žien, ale len u 16,8 % žien s OP, resp. iba u 14,3 % žien s T-skóre < - 4,0 SD. Pri sledovaní iných faktorov životosprávy - požívanie kávy, fajčenie, sme významné rozdiely nezistili ani u mužov ani u žien.

Záver: V našej štúdii sa ako významné rizikové faktory OP potvrdili diabetes mellitus a chronické užívanie kortikosteroidov, ochranným faktorom sa ukázala konzumácia mlieka.

SÉROPOZITIVITA SYNOVIÁLNEJ TEKUTINY PRI REUMATOIDNEJ ARTRITÍDE Z POHĽADU PROGNOZY.

Máliš F., Lukáč J., Greguška O.

Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany

Vyšetrovanie prítomnosti reumatoidných faktorov (RF) metódou aglutinácie latexových častíc (LFT) v synoviálnej tekutine (ST) patrí k jednému zo základných parametrov imunologického synoviogramu. U časti pacientov pritom aj pri vysokej séropozitivite sú v ST metódou LFT reumatoidné faktory negatívne. V našom súbore 100 pacientov so séropozitívnou RA bolo 65 pozitívnych aj v ST (STPOZ) a 35 negatívnych v ST (STNEG). Oba súbory sa vekovo ani v trvaní ochorenia významne nelíšili (STPOZ Ø vek 51,4 roku, STNEG Ø vek 49,5 roku, STPOZ Ø trvanie ochorenia 9,1 roku, STNEG Ø trvanie ochorenia 8,8 roku). V našej práci sme sa sústredili na porovnanie oboch súborov z hľadiska priebehu a prognózy základného ochorenia.

Zistili sme, že v skupine STPOZIT prevažuje stredná (II. štádium 27,7%, STNEG: 20,0%) a ťažká forma ochorenia (IV. štádium 26,2%, STNEG: 14,3%). V prípade I. a III. rtg štádia je situácia opačná. V skupine STPOZ sme zaznamenali štatisticky významne zvýšenú humórnu aktivitu (p<0,0005) ako aj preukázateľne vyšší počet jadrových buniek v ST (p<0,05). Títo pacienti tiež vyžadujú častejšie kombinovanú bazálnu liečbu (STPOZIT: 69,2%, STNEG: 37,5%).

Pozitívita LFT v ST okrem zvýšenia špecifity pre diagnózu RA predpovedá aktívnejšiu formu ochorenia, vyžadujúcu intenzívnejšiu a tým aj nákladnejšiu bazálnu terapiu.

Maňková A., Hyrdel R. Interná klinika MFN Martin
Mikolajčík A., Mištuna D. Chir. klinika MFN Martin

MOVALIS v teréne NSA -gastroenteropathii.

NSA - gastroenteropatie (dľa Rotha), predstavujú nežiadúci účinok NSA na sliznicu GIT-u pod obrazom rôznych funkčných a organických zmien. Vyskytujú sa u 25-30% pacientov (Rybár, Tymper). Príčinou je inhibícia COX₁ prostaglandínov. Jednotlivé NSA sa rôznia v intenzite inhibície COX₁, COX₂.

Na Slovensku je MOVALIS (po Nabumetone) od roku 1997 druhý selektívny COX₂ inhibitor a štúdie Melisa, atď ho zaraďujú medzi NSA s dobrou toleranciou GIT-om s následným zníženým výskytom NSA-gastroenteropatií. Z tohto dôvodu sme od septembra 1997 indikovali tento preparát práve pacientom (104 pacientov) s GIT ťažkosťami (nauzea, pyroza, ac. či chr. dyspeptický syndróm, intolerancia iných NSA,). 53 z nich bolo endoskopicky vyšetrených.

Dobrá tolerancia, ako aj znížený výskyt hem. komplikácií po jednoročnej liečbe MOVALIS-om dokazuje rozbor pacientov z chirurgickej kliniky MFN za rok 1998.

Ketoprofen (Ketonal LEK) ako nesteroidové antireumatikum v algeziológii

Doc.MUDr.Oto Masár, CSc., NsP Malacky

Ketoprofen ovplyvňuje bolesť na úrovni nociceptorov, ako i na úrovni talamokortikálnej. Prah dráždivosti nociceptorov znižuje blokádou tvorby prostaglandínov na základe inhibície cyklooxygenázy v kaskáde kyseliny arachidonovej. Na úrovni talamokortikálnej sa predpokladá jeho tlmový vplyv na serotonín a katecholamíny ako i inhibičný účinok na tvorbu prostaglandínov v centrálnom nervovom systéme. Súbor pacientov a výsledky:

Ketonal sme podávali 20 pacientom po dobu 1-3 mesiacov. Indikácie: reumat. artritída (4), deg.ochorenia chrbtice (3), bolesti sprevádzajúce malígne ochorenia (13). U 82% pacientov sme dosiahli zníženie VAS pod 4. Ketonal vzhľadom na svoje účinky si buduje poprednú pozíciu pri liečbe algických syndrómov. Veľkou výhodou sa ukazuje jeho zvýšená bezpečnosť, dobrá tolerancia ako i široké spektrum liekových foriem. Tieto vlastnosti iste ocenia všetci lekári pracujúci s vysokorizikovými pacientmi.

ALENDRONÁT V LIEČBE POSTMENOPAÚZÁLNEJ OSTEOPORÓZY - PREDBEŽNÉ VÝSLEDKY 3-MESAČNÉHO SLEDOVANIA.

Masaryk P., Letkovská A., Stančíková M, VURCH Piešťany,

Osteoporóza je závažný medicínsky a ekonomický problém. V jej doterajšej liečbe bolo k dispozícii len niekoľko preparátov s nejasným efektom. Najnovšie štúdie ukazujú, že veľmi účinnou liekovou skupinou by sa mohli stať bisfosfonáty a spomedzi nich najmä alendronát.

Cieľom práce bolo preveriť účinnosť alendronátu na vybrané biochemické parametre a kostnú densitu u žien s postmenopauzálnou osteoporózou v ambulantných podmienkach.

Metódy: Do štúdie bolo konzekutívnym výberom zaradených 50 pacientiek s denzitometricky verifikovanou osteoporózou. Pacientky dostávali alendronát (Fosamax, firma MSD) v dávke 10mg denne p.o. Pred zavedením liečby bola u pacientiek zmeraná vstupná kostná densita chrbtice a femuru (prístroj HOLOGIC QDR 4500A), vybrané biochemické parametre a vybrané markery kostného metabolizmu. V práci sú vyhodnotené predbežné výsledky po 3 mesiacoch. Kontrolné meranie kostnej denzity sa plánuje po roku.

Výsledky: U pacientiek, ktoré dokončili 3-mesačné sledovanie (45, t.j. 90%) došlo k výraznému signifikantne významnému poklesu NTx (67,1, v.s. 32,2, $p=0,0000$), spolu s poklesom osteokalcínu (9,7, v.s. 5,5, $p=0,043$) a ALP (2,74, v.s. 1,67, $p=0,0000$). Pokles NTx a ALP bol väčší ako 1 SD. Hladiny Ca, P, Mg v sére zostávali mimoriadne stabilné, hladiny sérového kreatinínu, ALT a Nordinovho indexu Ca/kreatinín v 2-hod. moči sa nemenili.

Záver: Alendronát indukuje po 3-mesačnom podávaní významné zmeny kostných markerov a pri dôslednom dodržiavaní kontraindikácií je veľmi dobre tolerovaný.

ANTISYNTETÁZOVÝ SYNDRÓM.

Mičeková, D., Lukáč, J., Rovenský, J., Bošák, V., Cebecauer, L.
Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany

V skupine pacientov s idiopatickou zápalovou myopatiou, polymyozitidou alebo dermatomyozitidou možno v 25-40% detekovať protilátky reagujúce s aminoacyl-tRNA syntetázou. AntiJo1 (antihistidyl-tRNA syntetáza) bola prvou z týchto „antisyntetáz“. U pacientov s myozitidou a prítomnosťou antisyntetázových protilátok sa stretávame často s intersticiálnou pľúcnou chorobou a u 68% - 89% pacientov s myozitidou a intersticiálnou pľúcnou chorobou možno detekovať antisyntetázové protilátky.

Cieľom predloženej kazuistiky je prezentovať pacientku s antisyntetázovým syndrómom s rýchlym rozvojom ťažkého pľúcneho postihnutia. Pacientka RF49 bola po prvý krát vyšetrená na našej ambulancii v roku 1996, kedy stála v popredí klinického nálezu ťažká seropozitívna polyartritída. I keď klinické známky myozitídy neboli vyznačené, laboratórne sme zachytili vysoké hodnoty svalových enzýmov. Nález sme potvrdili i EMG vyšetrením. Pacientka bola nastavená na liečbu kortikoidmi a cyclosporinom. Od začiatku sme detekovali v sére pacientky popri reumatoidných faktoroch i antiJo1 protilátky. V nasledujúcich rokoch došlo k ústupu artritídy, stabilizácii myozitídy s postupným poklesom svalových enzýmov. Pacientka bola na kombinovanej liečbe kortikoidmi, cyclosporinom a antimalarikami, ktoré boli následne zamenené za D-penicilamín. V priebehu prvých mesiacov roku 1999 došlo po infekcie horných ciest dýchacích k aktivácii myozitídy a hlavne k rozvoju dysfónie a ťažkej progresii pľúcneho postihnutia.

Záverom možno konštatovať, že diagnostika antisyntetázového syndrómu u pacientov s polymyozitidou nás nabáda na nevyhnutnosť sledovania pľúcneho nálezu ako závažného prognostického faktora.

VÝSKYT NÁDOROV U PACIENTOV S REUMATICKÝMI CHOROBA MI NA INTERNEJ KLINIKE B V NsP F.D. ROOSEVELTA V BANSKEJ BYSTRICI

MIKLOŠKOVÁ E., KMEČOVÁ Z.

Interná klinika B NsP F.D. Roosevelta, Banská Bystrica

Spojenie reumatickej choroby a nádorového ochorenia má zaujímavý klinický obraz. Autori v práci podávajú prehľad reumatických ochorení spojených s malígnym nádorom, ktoré sa vyskytli na Internéj klinike B v NsP F.D. Roosevelta v Banskej Bystrici v priebehu posledných rokov.

SLE A DERMATOMYOZITÍDA V DETSKOM VEKU A ICH PROGNOZA

MOZOLOVÁ D., BIRČÁK J., MRÁZOVÁ J.

I. detská klinika DFNSP, Bratislava

SLE aj dermatomyozitída patria k zriedkavejším systémovým ochoreniam spojiva, preto je aj ich diagnostika náročná. Autori sledovali 28 detí (4-18-ročné) s diagnózou SLE, 5 z nich exitovalo. Dermatomyozitída sa vyskytla u 16 detí (2,5-18-ročné), exitovali 2 deti. Obe ochorenia majú mnohé podobné multisystémové postihnutie, ktoré podľa závažnosti limituje prežívanie chorého. Závažnejšie je však postihnutie pri SLE.

Pokiaľ aktivitu SLE odrážajú imunologické nálezy (ANA, antidsDNA, DNP, Ro, La, ENA), pre dermatomyozitídu je výpovednejšia analýza svalových enzýmov, hepatálne testy a charakteristický obraz myogénnej lézie na EMG. Ľahšie formy SLE a dermatomyozitída bez relapsov a kalcinózy majú lepšiu prognózu. Pri ťažších formách SLE sa využíva dobrý liečebný efekt pulzov Solumedrolu, kombinácia cytostatickej a imunosupresívnej liečby. Pri dermatomyozitíde sme dosiahli zlepšenie minipulzami kortikoidov. V závere autori demonštrujú kazuistiku pacientky s SLE s multiorgánovým postihnutím v jeho priebehu.

POSUDZOVANIE DLHODOBEJ PRÁCENESCHOPNOSTI PRI REUMATOIDNEJ ARTRITÍDE

M.Orlovská, I.Rybár, J.Rovenský

Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany

Ochorenia pohybového aparátu patria k najčastejším príčinám invalidity celkovej i čiastočnej. Podľa našich zistení za roky 1988-1992 medzi novopripravenými DIČ, ochorenia pohybového aparátu boli trvalo na prvom mieste, s podielom 25,2%. Celková invalidita pre tieto ochorenia s podielom 10-14 % sa posunula zo 4 na 2. miesto. I keď sa RA na DIČ podieľa len 3,1 a na DI 8,3%, v praxi sa často posudzuje prísnejšie, ako iné ochorenia pohybového aparátu.

V našom sledovaní sme sa zamerali na vzťah medzi stupňom funkčnej disability, meranej dotazníkovou metódou HAQ a invaliditou chorého. Náhodným výberom z hospitalizovaných chorých s RA v r. 1998 sme získali súbor 212 probandov s istou RA II.-IV. st. podľa ARA kritérií, z toho 33 mužov a 179 žien, celkovo s priemerným vekom 54,6 roka s vekovým rozpätím 19-84 rokov. Dĺžka trvania ochorenia sa pohybovala od 0,5 roka do 38 rokov. V súbore bola 38 pracujúcich, 45 probandov nastúpilo priamo do starobného dôchodku, 129 bolo invalidizovaných v dôsledku RA. 17 boli v DIČ v trvaní 1-3 roky, kým im bola uznaná plná invalidita, 7 probandov je v DIČ, z nich však len 1 je súčasne zamestnaný. V štúdiu sa rozoberajú vzťahy medzi vzdelaním, pracovným zaradením, invaliditou a stupňom disability.

Výsledky sú zhodné s podobnými publikovanými štúdiami, čo sa týka vývoja disability a vzniku invalidity v priemere okolo 5-6 rokov. Vyššia vzdelanostná a ekonomická úroveň nástup disability a invalidity oddľuže, čiastočná invalidita problémov chorých s RA rieši nedostatočne, pre nemožnosť získať vhodné doplnkové zamestnanie.

DVOJITĚ SLEPÁ STUDIE, TERAPIE PROTEOLYTICKÝMI ENZYMY A SULFASALAZINEM U REVMATOIDNÍ ARTRITIDY.

K. PAVELKA, REVMAOLOGICKÝ ÚSTAV PRAHA, J. ROVENSKÝ VÝSKUMNÝ ÚSTAV REUMATICKÝCH CHOROB PIEŠŤANY, Z.PELÍŠKOVÁ, ZDRAVOT. ZAŘÍZENÍ PRAHA, J.ŠTOLFA, RŮ PRAHA, V.VLASÁKOVÁ, NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, M.SEDLÁČKOVÁ, THOMAYEROVA NEMOCNICE PRAHA

Cíl studie: porovnat účinnost a toleranci léčby proteolytickými enzymy u aktivní revmatoidní artritidy.

Metodologie: Dvojitě slepá (double blind) kontrovaná studie v délce trvání 9 měsíců. Medikace: Phlogenzym (Ph) 3x2 tbl. denně, kontrolní skupina 2000 mg sulfasalazinu (SAS) denně. Pacienti: RA dle kritérií ACR, středně aktivní.

Výsledky: Celkem zařazeno 144 pacientů, průměrného věku 51,4 + 12,2. Obě skupiny byly homogenní na začátku studie ve všech parametrech. Kloubní index, ranní ztuhlost, klidová bolest, pohybová bolest a omezení funkce byly signifikantně ($p < 0,001$) zlepšeny v obou skupinách. Rozdíly mezi Ph a SAS nebyly signifikantně rozdílné i když SAS byl mírně účinnější. Laboratorní parametry CRP, CIK a sIL-2R nebyly ovlivněny ani jedním typem léčby. V obou skupinách došlo k poklesu s TNF- α 75, přičemž tento pokles byl výraznější u SAS ($p = 0,01$).

Nežádoucí účinky: se vyskytly u 19,2 % u pacientů s Ph u 24,4 % u pacientů se SAS.

Závěr: Phlogenzym prokazoval schopnost potlačit klinickou aktivitu RA srovnatelně se sulfasalazinem.

KOMPLEXÍ LÉČBA OSTEOARTRÓZY

PAVELKA K.

Revmatologický ústav, Praha

Podle posledních epidemiologických studií trpí klinicky manifestní osteoartrózou (OA) až 12 % populace v USA. Návrh léčby OA byl publikován ACR, připravuje ho EULAR a je obsažen ve standardech péče. Léčbu OA nutno rozdělit na nefarmakologickou, kterou vždy začínáme a na léčbu farmakologickou. Při kritickém vyhodnocení RCT způsobu fyzikální léčby se jako nejúčinnější jeví cvičení, pozitivní výsledky byly získány i po aplikaci lokální léčby (NSA, kapsaicin). Rozporuplné výsledky byly u akupunktury, laseroterapie a pulzního magnetického pole. Jako účinná léčba se jevil telefonický kontakt s pacientem. Léky k léčbě OA se dělí na symptom-modifikující a strukturu modifikující, přičemž do druhé skupiny v současnosti nelze zařadit žádný preparát - symptom-modifikující léky se dále dělí na krátkodobé působící (NSA a analgetika) a na dlouhodobé působící (SYSADOA) - chondroitin sulfát, glukozaminsulfát a kyselina hyaluronová. Všechna SYSADOA jsou testována z hlediska možného strukturu modifikujícího efektu. Přes pozitivní klinické zkušenosti s i.a. kortikosteroidy je nutné se na jejich aplikaci dívat kriticky, neboť většina RCT prokázala, že efekt této léčby je krátkodobý.

REDUKCE BOLESTI U GONARTRÓZY INTRAARTIKULÁRNÍ APLIKACI COLLAGENU

PAVELKA K., SAINEROVA A., SINGH G., WAUK L., ALTMAN R.

Revmatologický ústav, Praha, ČR, Stanford University, Palo Alto CA, Cohesion Technologies, Orthopaedic Division, Palo Alto, CA, University of Miami, FL

Nejčastějším příznakem osteoartrózy je bolest. Cílem této studie bylo otestovat bezpečnost a účinnost jedné intraartikulární injekce viskoelastické disperze kolagenu I. typu (Collagen) do kolenního kloubu ve zmírnění bolesti, v otevřené studii. Z původních údajů o zmenšení bolesti při léčbě viskosuplementy je očekávána 40 % úspěšnost při léčbě placebem. Proto 60 % zlepšení bolesti při léčbě touto látkou by bylo hodnoceno jako významné. Všem pacientům bylo více než 40 let a splňovali kritéria osteoartrózy kolenních kloubů podle ACR kritérií s rentgenovým stadiem II.-III. podle Kellgrene a Lawrence. Všichni pacienti udávali bolest střední a velké intenzity podle indexu WOMAC. Každému nemocnému byl jedenkrát aplikován Collagen intraartikulárně do jednoho kolenního kloubu. Účinnost byla hodnocena porovnáním bolesti podle indexu WOMAC před zahájením léčby a po šesti týdnech od aplikace.

Třicet jedna pacientů (median 68 roků, žen 68 %) dokončilo studii. Dvacet pět (80,6 %) udávalo celkové zlepšení obtíží. Čtyři pacienti zaznamenali nežádoucí účinky: Jeden nemocný udával bolest hlavy, která ustoupila bez léčby, u třech nemocných se objevila synovitida, která ustoupila po intraartikulární aplikaci kortikosteroidů. Vyhodnocení protilátek proti bovinnímu kolagenu neprokázalo žádnou souvislost léčby s těmito nežádoucími účinky.

Závěr

Na základě této pilotní studie se zdá, že Collagen je bezpečný a účinný ve zmírňování bolesti u pacientů s gonartrózou.

DYNAMICKÁ DEKOMPRESNÁ REVASKULARIZÁCIA A MODELÁCIA HLAVICE BK PRI M. CALVE-LEGGPERTHESE

PEDAN A.,

Myoskeletálna ambulancia, Halalovka 63, Trenčín

Kazuistika pacientky. Nekonvenčná rehabilitačná metóda aplikovaná pod dohľadom zručenej matky, súčasne s myoskeletálnou liečbou v ambulancii raz týždenne. Týmto liečebným postupom sa dosiahol urýchlený nástup výraznej regenerácie proximálnej epifyzy dokumentovaný rrtg vyšetreniami s príznakmi reštrukturalizácie a sférizácie hlavice BK. Celková liečba touto metódou skrátila liečbu pacientky približne o 1 rok pri neprerušení školskej dochádzky a domáceho rodinného prostredia. Úspora liečebných nákladov pri použití tejto metódy nie je zanedbateľná.

ATYPICKÝ PRŮBĚH SPONDYLODISCITIDY U DÍTĚTE

A. Petříková¹⁾, I. Vágnerová²⁾, H. Typovská²⁾, K. Michálková³⁾
Dětská klinika¹⁾, Mikrobiologický ústav²⁾, Radiologická klinika³⁾
FN a LF Univerzity Palackého v Olomouci

Diagnostika spondylodiscitidy bývá komplikovaná pro delší latentní období, individuální klinický obraz a pro nutnost náročnějších zobrazovacích metod. Antibiotická léčba, zpočátku empirická, bývá upravena dle výsledků mikrobiálních nálezů.

V kazuistice 12-ti leté dívky demonstrujeme atypický průběh spondylodiscitidy s postižením obratlových těl L3 a L4. Dítě bylo odesláno s dg. coxitis a susp. JCA. Anamnéza byla 4týdenní s údajem bolesti v levém boku a remitující teplotou bez průjmů. Hemokultury byly opakovaně negativní, stejně bylo hodnoceno RTG páteře a CT pánve. U nás laboratorní vyšetření svědčila pro zánětlivý proces. Scintigrafie skeletu lokalizovala změny do oblasti L3, CT a MRI potvrdila dg. spondylodiscitidy L3/L4 s paravertebrálním infiltrátem. První hemokultura byla bez průkazu signifikantního patogena, druhá zachytila po týdnu léčby Dalacinem Salmonellu enteritidis, současně i ve stolici původně negativní. Titr protilátek ve Vidalově reakci klesl za 4 měsíce po 7 týdenní terapii Cifloxinalem u H antigenu gm z > 1:40 960 na 1:160 a u O antigenu 9,12 z 1:5 120 na 1:80. Komplikací po dlouhodobé imobilizaci je osteoporóza skeletu nohou, projevující se topornou chůzí.

Sdělení ukazuje méně obvyklou komplikaci salmonelózy a podtrhuje význam správné a včasné diagnostiky a léčby.

DIABETICKÁ RUKA

PHILIPP T., FRANEKOVÁ L.

Revmatologické a rehabilitační oddělení, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

Diabetes melitus je chronické endokrinní a metabolické onemocnění vznikající v důsledku nedostatečného inzulínového působení. Dlouhodobé přetrvávání nefyziologických hladin glukózy v krvi vede k ireversibilním změnám jednotlivých tkání organismu, z nichž nejzávažnější jsou v pojivové tkáni, tedy také ve vazivu kloubů a šlach. V této přednášce bych se rád zaměřil na změny v oblasti ruky vznikající u diabetiků, jejich etiologii, klinický obraz, diagnostiku a možnosti terapie. Jde především o cheiroarthropatii, scleroderma-like syndrom, Dupuytrenovu kontrakturu, syndrom karpálního tunelu a další.

Dimorfizmus génu pre cytotoxický T lymfocytárny antigén 4 (CTLA-4) u pacientov so SLE.

R. Pullmann Jr¹, J. Lukáč³, M. Škereňová², J. Rovenský³, J. Hybenová², V. Meluš², S. Celec², R. Pullmann², R. Hyrdel¹.

¹II. interná klinika, ²OKB, MFN a Jesseniova Lekárska Fakulta UK Martin, ³VÚRCH Piešťany

Úvod a metóda: Negatívna kostimulačná molekula CTLA-4 sa podieľa na vzniku a udržiavaní periférnej tolerancie. Jej atenuačné pôsobenie pomáha predchádzať neprimeranému rozvoju T bunkovej odpovede voči autoantigénom a tiež ukončiť už rozvinutú T lymfocytárnu odpoveď. Testovali sme asociáciu medzi CTLA-4 a SLE ako ochorením s B a T bunkovou hyperreaktivitou a porušenou periférnou toleranciou. Metodikou PCR – RFLP s digesciou amplifikovaných fragmentov restriktázou Bbv I sme vyšetrili tranzičný dimorfizmus (49 A/G) exónu 1 génu pre CTLA-4 u 96 SLE pacientov a 76 zdravých kontrol.

Výsledky: Frekvencia G alely bola signifikantne vyššia u SLE v porovnaní s kontrolami (35.9%, vs 25.7%, $\chi^2=5.45$, $p<0.02$). Pozoroval sa štatisticky signifikantný rozdiel v genotypových frekvenciách medzi obidvomi skupinami (GG 17.7%, vs 5.3%, GA 36.5%, vs 40.8%, AA 45.8%, vs 53.9%, $\chi^2=30.68$, $p<2.10^{-7}$).

Záver: A/G dimorfizmus je v silnej väzbovej nerovnováhe s počtom (AT_n) mikrosatelitných opakovaní na 3'konci molekuly, ktorých počet je asociovaný so stabilitou CTLA-4 mRNA (G alela je vo väzbovej nerovnováhe s 106 bp mikrosatelitnou alelou, spojenou s nižšou stabilitou mRNA). CTLA-4 je jedným z kandidátnych non-HLA susceptibilitných génov u rôznych autoimunitných chorôb (Gravesova choroba, IDDM ai.) a naše výsledky naznačujú, že ním môže byť aj u SLE.

ÚČINOK ENZYMOTERAPIE PRI ADJUVANTNEJ ARTRITIDE POTKANOV LIEČENÝCH CYKLOSPORÍNOM.

E. Rovenská Jr., K. Švík, M. Stančíková, J. Rovenský

Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany

Nové poznatky o patofyziológii reumatoidnej artritídy (RA) a mechanizme účinku liekov umožňujú využitie nových liekových kombinácií v terapii RA. Cieľom štúdie bolo sledovanie vplyvu enzymoterapie na cyklosporínovú liečbu adjuvantnej artritídy potkanov.

Adjuvantná artritída u potkanov Lewis sa indukovala intradermálnou aplikáciou Mycobacterium butyricum v inkompletnom Freudovom adjuvansu. Potkany boli preventívne liečené cyklosporínom A (CsA) 2,5 a 5,0 mg/kg/deň per os a zmesou enzýmov (PHL) s rovnakým zložením ako má Phlogenzym® 45 mg/kg 2x denne intrarektálne a vzájomnou kombináciou 2,5 mg CsA a 90 mg PHL (CsA+PHL) po dobu 30 dní od aplikácie adjuvansu. Sledovali sa živá hmotnosť, sérový albumín, objem opuchov a RTG klbov zadných končatín.

Hmotnosť zvierat bola signifikantne nižšia u artritických neliečených (AA) aj liečených potkanov v porovnaní so zdravou kontrolou (ZK). Opuchy zadných končatín boli preukazne nižšie u potkanov liečených s 5 mg CsA a kombinovanou liečbou CsA+PHL v porovnaní s AA. Samotný CsA 2,5 mg a PHL 90 mg znižovali opuchy v druhej polovici štúdie. Sérový albumín mal signifikantne nižšie koncentrácie u AA oproti ZK. Hodnoty albumínu u jednotlivých skupín liečených potkanov sa preukazne menili s intenzitou opuchov zadných končatín. Deštrukcie klbových štruktúr zadných končatín boli signifikantne nižšie u potkanov liečených CsA a CsA+PHL na 50. deň štúdie.

Z výsledkov vyplýva, že Phlogenzym inhibuje vývoj adjuvantnej artritídy a pri kombinovanej liečbe s cyklosporínom umožňuje znížiť aplikovanú dávku cyklosporínu na polovicu.

KLINICKÉ SKÚSENOSTI S KETONALOM RETARD U PACIENTOV S VYBRANÝMI REUMATICKÝMI CHOROBAMI.

Raffayová, H., *Semetková, I., **Pjonteková, M.

Výskumný ústav reumatických chorôb „Nábrežie I. Krasku 4, Piešťany.

*NZZ - reumatologická ambulancia, Nitra.

**NZZ - reumatologická ambulancia, Kežmarok.

Úvod a metódy: V práci sme sa zamerali na vplyv Ketonalu R na bolesť a zápalovú aktivitu u vybraných reumatických ochorení pričom sme vychádzali z výsledkov multicentrickej štúdie s týmto preparátom. Do štúdie bolo zaradených celkovo 200 pacientov, ktorým sa Ketonol R podával v dennej dávke 2x 150 mg po dobu 5 mesiacov.

Výsledky Pri hodnotení vplyvu na bolesť (VAS) sa pozoroval výraznejší pokles už po 7. dňoch podávania u 162 pacientov (88,0%), s ďalším pozvoľným poklesom počas 3 mesiacov liečby. Potvrdil sa vplyv na parametre zápalovej aktivity u pacientov s RA (sila úchopu v 96,2%, obvod proximálnych interfalangálnych klbov v 81,5%). Z tzv. reaktantov akútnej fázy najlepšia odpoveď na liečbu sa zaznamenala na sedimentáciu krvných erytrocytov, ktorá klesla u 43 pacientov (66,2%). Z vedľajších účinkov liečby boli najčastejšie gastrointestinálne prejavy, ktoré u 9% pacientov po znížení dávky na 1x150 mg denne, alebo vplyvom kombinácie s blokátormi H2 receptorov ustúpili.

Záver Výsledok štúdie s Ketonalom R potvrdil jeho efektívnosť najmä na bolesť, ale aj na zápalovú aktivitu pri zápalových reumatických chorobách. I keď je jeho ulcerogénny potenciál v porovnaní s viacerými osvedčenými nesteroidovými antiflogistikami bol nižší, predsa - ako ukázala štúdia - liečbu Ketonalom R môžu sprevádzať dyspeptické ťažkosti ovplyvňujúce zväčša úpravou dávky resp. kombináciou s gastroprotektívnou liečbou. Frekvencia ostatných nežiadúcich účinkov bola minimálna, čo tiež poukázalo na dobrú toleranciu medikamentu.

VÝZNAM FARMAKOEKONOMICKÝCH VZŤAHOV A SOCIÁLNE PROBLÉMY V LIEČBE PSORIATICKEJ ARTRITIDY

J. Rovenský, K. Gregušová, ¹V. Foltán, ¹L. Urbánková, H. Raffayová, ²G. Niepel, E. Rovenská Jr., J. Benešová, Výskumný ústav reumatických chorôb Piešťany, ¹FaF UK Bratislava, ²NaP Piešťany

Úvod: Cieľom práce bolo zistiť farmakoeconomické vzťahy pri aktívnych formách psoriatickej artritídy (PsA) s osobitným zreteľom na liečbu metotrexátom (MTX) a cyklosporínom A (CyA).

Metódy: U 88 pacientov s PsA liečených samotným MTX a kombináciami MTX s inými bazálnymi liekmi a v skupine pacientov liečených CyA a kombinovanou liečbou CyA+MTX a inými kombináciami sme sledovali socioekonomické vzťahy.

Hlavné výsledky: Liečba ťažkých foriem PsA monoterapiou MTX alebo kombináciami s inými bazálnymi liekmi je stále prvou voľbou (prínos nielen terapeutický, ale aj farmakoeconomický). Nie je však vždy schopná potlačiť aktivitu PsA. Rezistencia proti MTX by teda mala viesť k lieku druhej voľby, ktorým je CyA. Zároveň si je treba uvedomiť, že liečba CyA, aj keď veľmi účinná, je nákladná. V rokoch 1991–1998 náklady na CyA pre 9 pacientov za rok boli 1 461 168,0 Sk. Finančná náročnosť zostáva stále otvoreným problémom. Výhodou z hľadiska terapie však je, že CyA je možné v prípade agresivity choroby kombinovať s MTX, čím sa dá zefektívniť liečba PsA. Ako vyplynulo z našich výsledkov, významný je aj sociálny status pacientov s PsA, pretože u závažných foriem bolo pomerne vysoké percento invalidných dôchodcov. V skupine pacientov liečených MTX to bolo 25 % a v skupine pacientov liečených CyA 38 %.

Záver: Liečba MTX a CyA priniesla veľký pokrok z hľadiska potlačenia aktivity, ale kým liečba MTX je aj farmakoeconomicky výhodná, liečba CyA sa javí ako účinná, ale finančne veľmi nákladná. Tento aspekt je treba brať do úvahy a zavádzať liečbu CyA jedine v tých prípadoch, kedy zlyhala predchádzajúca terapia bazálnymi antireumatikami, najmä MTX a jeho kombináciami.

NÁSLEDKY LIEČEBNÉHO ZLYHANIA PRI REZISTENTNÝCH FORMÁCH REUMATOIDNEJ ARTRITÍDY

J. Rovenský, I. Rybár, A. Sakalová,* J. Lukáč

Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany

* Klinika hematológie a transfúziológie, Bratislava

Rezistentná forma u reumatoidnej artritídy je charakterizovaná ako aktívna progredujúca polyartritída s orgánovými prejavmi a vysokou humorálnou odpoveďou. Ochorenie je typické tým, že je rezistentné na liečbu antimalarikami, zlatom, sulfosalazínom a metotrexátom (Maximovych, 1998). Následky neúspešnej liečby sa prejavujú hlavne v mutujúcom postihnutí kĺbov, vývojom osteonekróz, atlantoaxiálnej dislokácie, reumatoidnej vaskulitídy a mononeuritídy multiplex. Dôsledok pokračujúceho zápalového procesu býva často spojený s vývojom sekundárnej amyloidózy, ktorá nezriedka vedie k vývoju renálnej insuficiencie. Často býva výskyt orgánových prejavov (postihnutie srdca, pľúc a obličiek). Ďalšou závažnou komplikáciou býva zvýšená vnímavosť na sekundárne infekcie v dôsledku imunodeficitu, ktorý je spôsobený samotným ochorením a doterajšou imunosupresívnou liečbou. Vyššie uvedená klinická syndromológia má za následok závažné zmeny v kvalite života a v neposlednom rade vedie k predčasnému skráteniu života. Hľadanie nových terapeutických postupov, ako je zavedenie nových bazálnych antireumatík, autológna transplantácia kmeňových buniek, podávanie nových monoklonových protilátok, dáva určitú nádej zlepšenia osudu chorých s rezistentnými formami RA.

Úloha *Helicobacter pylori* a NSA pri vzniku gastrointestinálnych nežiadúcich prejavov pri reumatických chorobách

Rybár Ivan

Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany

riadiťel: Prof. MUDr. Jozef Rovenský, DrSc.

Mikroorganizmus *Helicobacter pylori* (H.p.) je v posledných rokoch spojený nielen s výskytom chronickej gastritídy typu B, ale aj s dvanástnikovým a žalúdočným vredom, ne-ulceróznou dyspepsiou, ale aj s karcinómom žalúdočného antra a korpu a MALT (mucosa associated lymphatic tissue) - lymfómom. Používanie NSA sa spája s gastroduodenálnymi vredmi, eróziami a krvácaním do GITu. Vzájomný vzťah oboch rizikových faktorov však ostáva kontroverzný. Existujú štúdie poukazujúce na ich synergický, ale aj navzájom indierentný účinok. Prítomnosť infekcie s H.p. je u chorých užívajúcich NSA podobná ako v populácii, avšak zvyšuje sa v podskupinách liečených súčasne glukokortikoidmi. Literárne údaje poukazujú na porušenie adaptáciu žalúdočnej sliznice po NSA u osôb s infekciou H.p. ako aj na pozitívny účinok eradikácie H.p., ktorý sa odráža v úprave regenerácie žalúdočnej sliznice a znížení incidence gastroduodenálnych vredov.

Relabující polychondritida - desetileté sledování

M. Sedláčková

revmatologické a rehabilitační odd

Fakultní Thomayerova nemocnice Praha

Relabující polychondritida je nepříliš časté onemocnění pojivové tkáně, kde cílovou tkání postiženou zánětem a rozpadem je chrupavka.

Kriteria onemocnění podle Mc Adama (1976)

obsahují 6 oblastí postižení (boltce, nosní a respirační chrupavky, oční struktury, kochelární nebo vestibulární struktury a neerozivní artritida), z nichž tři již jsou pro onemocnění diagnostické. Vhodné je doplnění diagnózy biopsií postižené tkáně.

Velmi typické je vyšetření spirometrické, dokladující kolaps kolagenních struktur dýchacích chrupavek v expiriu. Ve svém sdělení popisuje autorka desetiletý vývoj onemocnění u sledované pacientky.

KOLAGÉN V LIEČBE REUMATICKÝCH CHORÔB

M. Stančíková, Z. Gubzová, R. Stančík

Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany

Vyvolanie orálnej tolerancie s natívnym kolagénom typu II sa ukázalo ako veľmi účinné v prevencii reumatoidnej artritídy (RA) v modelových štúdiách u zvierat. Tieto sľubné výsledky viedli neskôr ku klinickým štúdiám u pacientov s RA a juvenilnou chronickou artritídou. Výsledky doterajších štúdií ukázali, že táto stratégia liečby vedie k určitému zlepšeniu klinických ukazovateľov u niektorých pacientov, avšak štatisticky sa tento efekt nedá jednoznačne dokázať. Identifikácia respondentov, ktorí na liečbu priaznivo reagujú, je zatiaľ nedoriešená. Ako jedna z možností sa ukazuje sledovanie protilátok proti kolagénu typu II, ktoré pri úspešnej terapii klesajú. Na doriešenie čaká tiež niekoľko otázok týkajúcich sa optimálnej dávky, aplikačnej formy a zdroja kolagénu. V liečbe osteoartrózy bol zatiaľ odskúšaný kolagén typu I (Colafit®). Po trojmesačnej liečbe pacientov s koxartrózou signifikantne znižoval skóre Lequesnovho algofunkčného indexu.

Hoci doterajšie výsledky kolagénovej terapie nie sú jednoznačné, vo výskume sa intenzívne pokračuje, pretože na rozdiel od liečby s bazálnymi a nesteroidovými antireumatikami, liečba kolagénom nemá žiadne závažné nežiaduce účinky.

Nediferencovaná systémová autoimunitní onemocnění u dětí M. Suková, II. dětská klinika FNM, Praha

UCTD jsou onemocnění s klinickým obrazem systémového autoimunitního onemocnění, která nesplňují kritéria definované nosologické jednotky. U dospělých je popisována necharakteristická pozitivita autoprotilátek, případná diferenciací do definované kolagenosy může trvat několik let. U dětí není termín UCTD běžně používán.

V souboru 15 dětí s obrazem UCTD jsou retrospektivně hodnoceny společné klinické a laboratorní rysy, průběh nemoci a diskutována terapie akutního stavu a indikace k následné imunosupresi. Charakteristickým rysem je závažný akutní stav, manifestace jako FUO(14), serositida (5), trombofilní stav (6), orgánové postižení (10). Exantémy(6), artralgie (9) artritidy (2) méně významné. Laboratorně nalézána vysoká nespecifická zánětlivá aktivita, hyperkoagulační stav a nízká pozitivita autoprotilátek(27%). Pracovní diagnosa stanovena jako Stillova nemoc (5), ASD (3), ANCA+ vasculitis (2), TTP (2), idiopatický trombofilní stav (2). Po dobu sledování (6-48 měsíců) zaznamenána diferenciací do definovaného systémového onemocnění ve třetině případů. V terapii akutního stavu byly použity pulsy MP (15), HD-IVIG (10) a CPH (8). Při udržovací imunosupresi hodnocen další průběh: relapsy nemoci (7), trvalá mírná aktivita (6), vymizení aktivity (2).

Systémové autoimunitní onemocnění u dětí je často diagnostikováno per exclusionem, potvrzeno až dalším průběhem nemoci. Obraz nediferencovaného onemocnění je velmi častý, neexistuje jednoznačný diagnostický marker. Závažný akutní stav při manifestaci a vysoké procento relapsů je dle našich zkušeností indikací k agresivní terapii akutních atak a kombinované léčbě při nepříznivém průběhu

KVALITA ŽIVOTA CHORÝCH S RA A FUNKČNÁ DISABILITA.

A. Szilasiová, M. Kovářová*, Ž. Macejová, I. Nagyová*, B. Spišák

II. IK, FNsP, * LF UPJŠ Košice

Funkčná disabilita predstavuje kľúčový problém v reumatologickej starostlivosti pretože významne ovplyvňuje kvalitu života chorých s RA. Cieľom práce bolo vyhodnotiť funkčnú disabilitu chorých s RA a zistiť faktory, ktoré ju najviac ovplyvňujú. Vyšetrených bolo 160 chorých s RA s priemerným vekom 48,3 (SD 12,1) rokov a trvaním choroby 1,72 (SD 1,30) roka. Nespôsobilosť bola hodnotená dotazníkom hodnotiacim zdravie indexom neschopnosti - HAQ. Výsledky: Funkčná nespôsobilosť sa pohybovala v rozsahu indexu neschopnosti - HAQ od 0 do 2,5. Priemerná hodnota bola $1,07 \pm 0,65$. Väčšina chorých (46,9 %) mala skóre od 0,1 do 1,0 čo sa hodnotí ako mierne obmedzenie funkčnej schopnosti. 36,2 % chorých s RA vykazovalo už výraznejšie obmedzenie spôsobilosti a ich skóre sa pohybovalo od 1,1 do 2,0. Veľmi závažné obmedzenie funkčnej disability sa zistilo u 10,6 % pacientov. Bez prejavov disability bolo 6,3 % pacientov. HAQ veľmi významne koreloval s kĺbovým poškodením ako aj s kĺbovým indexom, s rannou tuhosťou a úchopovým testom. Menej významná korelácia bola medzi indexom HAQ a laboratornými parametrami. Pri krátkom trvaní RA variácia prejavov disability bola významne ovplyvnená psychologickým zdravím, pohlavím a vekom pacientov. Záver: Disabilita je kumulatívny marker aktivity, kĺbového poškodenia a psychickej energie pacienta.

VLIV OLOMOUCINU A ROSKOVITINU NA PROLIFERAČNÍ AKTIVITU A NA PRODUKCI METALOPROTEINÁZ LIDSKÝMI DIPLOIDNÍMI FIBROBLASTY.

J. Šťovíčková¹, M. Havranová² ¹RÚ, Praha; ²Imumed sro, Praha

Cíl: Popsat vliv olomoucínu a roskovitinu, nových silných inhibitorů p34 cdc2/cyklin B kinázy, na schopnost proliferace a produkce matrix metaloproteináz u normálních diploidních fibroblastů a u buněk ze zánětlivé synovie a z osteoartrótické chrupavky.

Metody: Proliferační aktivita byla stanovována metodou štěpení MTT, průběh buněčného cyklu průtokovou cytometrií a produkce matrix metaloproteináz zymografickou analýzou.

Výsledky: Olomoucín a roskovitin snižují proliferační aktivitu fibroblastů jak ze zdravé tkáně, tak ze zánětlivé synovie a chondrocytů z osteoartrótické chrupavky. Olomoucín i roskovitin zpomalují buněčný cyklus proliferujících buněk tím, že brzdí nástup do S fáze. Buněčný cyklus však úplně nezastavují.

Produkce metaloproteináz není olomoucínem ani roskovitinem ovlivněna u nestimulovaných plicních fibroblastů. Jsou-li však buňky stimulovány mitogenem, oba inhibitory potlačují produkci stimulovaných metaloproteináz. U buněk z revmatoidní synovie je oběma inhibitory potlačována produkce želatinázy B, želatinázy A, intersticiální kolagenázy a metaloproteináz o mol. hmotnostech 135 a 150 kDa. U buněk z osteoartrótického kloubu je potlačována pouze produkce intersticiální kolagenázy.

Závěr: Olomoucín a roskovitin v buňkách pravděpodobně navozují stav podobný stárnutí. Proliferační a exprese metaloproteináz jsou procesy, které spolu přímo nesouvisí. Spojovacím můstkem mezi nimi jsou pravděpodobně ERK/MAP kinázy, které jsou olomoucínem i roskovitinem také inhibovány.

ÚČINOK KOMBINÁCIE BIOMINU H A COLAFITU NA OVARIJEKTOMOVANÉ POTKANICE.

Švík, K. - Stančíková, M. - Ištok, R. - Masaryk, P. - Veselková, Z. Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany, Slovensko

Účinok kombinácie vápnikového biopreparátu Biomin-H a natívneho kolagénu typu I - Colafit v preventívnej liečbe osteoporózy bol sledovaný na zvieracom modeli postmenopauzálny osteoporózy.

Dospelé samice potkanov kmeňa Wistar (250±5g) boli bilaterálne ovariiektomované (OVX) a simulovane operované (SHAM). Po operáciách sa rozdelili do 5 skupín po 8 zvierat: SHAM kontrola, OVX kontrola, OVX potkanice liečené: s Biominom-H (BIO), s Colafitom (COL), s Biominom-H a Colafitom (BIO+COL). Počas 12 týždňov sa skrmovala štandardná krmná zmes (7,5 g Ca na 1 kg KZ) vo vypočítaných krmných dávkach. Liečené skupiny mali túto dávku zvýšenú o 100% prídavok vápniku ako je denná potreba potkanov. V štúdiu boli sledované: živá hmotnosť, BMD, BMC, pyridinolín (Pyr), deoxypyridinolín (Dpyr), kreatinín v moči potkaníc.

Živá hmotnosť v OVX skupinách bola signifikantne vyššia v porovnaní so SHAM kontrolou. Kostná minerálna densita a kostný minerálny obsah celotelový i stehrovej kosti SHAM kontroly a skupín s Biominom H bol preukazne vyšší ako v OVX a COL skupine. Hladiny Pyr a Dpyr OVX potkaníc sa preukazne zvýšili oproti SHAM kontrolám počas celého pokusného obdobia. Hodnoty Pyr do 4. týždňa v OVX skupinách BIO, COL a BIO+COL a hodnoty Dpyr do 7. týždňa v BIO, BIO+COL boli signifikantne nižšie v porovnaní s neliečenými OVX kontrolami.

Ukazuje sa, že Biomin H a jeho kombinácia s Colafitom výrazne inhibuje stratu denzity kostí a osteoresorpciu v preventívnej liečbe osteoporózy u ovariiektomovaných potkaníc.

KOMBINOVANÁ TERAPIE SILNĚ AKTIVNÍ REVMAUTOIDNÍ ARTRITIDY METOTREXÁTEM A CYKLOSPORINEM A

Dana Tegzová, K. Pavelka, *K.Šírová, **V.Vlasáková

Revmatologický ústav v Praze

*Soukromá revmatologická ambulance v Ostravě

**Interní oddělení nemocnice v Českých Budějovicích

Cíl studie: Cílem výzkumného projektu bylo posoudit efekt kombinované terapie metotrexátem a cyklosporinem A u aktivní revmatoidní artritidy refrakterní na dosavadní monoterapii metotrexátem a posoudit výskyt nežádoucích účinků této léčby.

Metodika: Sledovaný soubor tvořilo celkem 37 pacientů s revmatoidní artritidou, kteří byli nejméně tři měsíce léčeni metotrexátem v dávce alespoň 10 mg týdně s nedostatečným efektem. Těmto pacientům jsme kuvedené terapii přidali cyklosporin A v počáteční denní dávce 2,5 mg/kg s postupným zvýšením až do dávky 5 mg/kg denně. Hodnotili jsme vývoj hodnot některých parametrů (sedimentace erytrocytů, CRP, kloubní index, algofunkční dotazník HAQ) během půlroční léčby a rovněž jsme sledovali rozvoj možných nežádoucích účinků. Po ukončení studie jsme dále provedli u části nemocných kompletní kontrolní vyšetření po dalším půl roce a popsali jsme další vývoj nemoci a terapie.

Výsledky: Ve všech sledovaných parametrech jsme zjistili signifikantní pokles jejich hodnot oproti počátku léčby. ($p < 0,01$). V průběhu terapie se objevilo 25 projevů nežádoucích účinků léčby, mezi něž patřila zejména hypertenze, dále projevy nefrotoxicity léčby, lehká hepatopatie, gastrointestinální obtíže a infekce. U pěti pacientů bylo proto nutno léčbu předčasně ukončit, v ostatních případech byly tyto komplikace zvládnuty běžnou terapií.

Závěr: Naše výsledky prokázaly velmi dobrý efekt kombinované terapie cyklosporinem A s metotrexátem. Nežádoucí účinky této terapie, které se v průběhu léčby vyskytly, byly ve většině případů zvládnuty běžnou terapií a většinou nevedly k předčasnému ukončení léčby.

Studie je podporována grantem IGA MZ ČR č. 4886-3

VÝSLEDKY NĚKOLIKALETÉ LÉČBY LUPUSOVÉ NEFRITIDY CYKLOSPORINEM A

Dana Tegzová, C. Dostál, *V. Tesař, I. Rychlík, J. Žabka

**A. Stejskalová

Revmatologický ústav Praha

*Nefrologické odd. I. interní kliniky 1.LF UK Praha

**Hlavňv I. patologicko-anatomický ústav 1.LF UK Praha

Cíl studie: Cílem studie bylo posoudit efekt léčby lupusové nefritidy cyklosporinem A a posoudit dlouhodobý efekt této léčby a možnosti jejího ukončení

Metodika: Sledovali jsme 11 nemocných s lupusovou nefritidou III., IV. nebo V. třídy dle klasifikace SZO, kteří byli léčeni cyklosporinem A (CyA) v kombinaci s kortikosteroidy po dobu 2 až 5 let. Po dosažení efektu léčby jsme se u všech nemocných pokusili dávku CyA snížit a postupně jej vysadit.

Výsledky: Při uvedené léčbě došlo u 9 nemocných k úplné nebo částečné remisi onemocnění. U všech nemocných jsme se pokusili po dosažení dvou let léčby CyA postupně vysadit. Toto vysazení bylo však úspěšné jen ve 4 případech, u zbývajících 5 nemocných bylo nutno pro zhoršení nemoci za krátkou dobu léčbu CyA znovu obnovit. 4 nemocní, u kterých byla léčba CyA ukončena aniž došlo k reaktivaci nemoci, jsou v současné době v průměru 22 měsíců léčeni pouze methylprednisolonem v dávce 4-8 mg denně (3 nemocní) nebo methylprednisolonem v kombinaci s azathioprinem (1 nemocný). U 5 nemocných u kterých musela léčba CyA nadále pokračovat, je rozmezí dávky CyA od 3 do 5 mg/kg a den a dávka methylprednisolonu je 4-8 mg denně. Při této terapii došlo ve všech sledovaných případech opět k navození částečné nebo úplné remise onemocnění.

Závěr: Při dlouhodobém sledování nemocných zjišťujeme, že CyA má velmi dobré výsledky zejména při rychlém navození remise lupusové nefritidy, které jsou srovnatelné s léčebným efektem např. cyklofosfamidů. Jen u část i nemocných však přetrvává léčebný efekt delší dobu

Studie je podporována grantem IGA MZ ČR č. 4356-3

DIABETICKÉ OSTEOPATIE

S. TOMKOVÁ¹, D. TELEPKOVÁ¹, E. SZOKEOVÁ¹

¹ I. interná klinika FNŠP, Košice, SR
Reumatologická ambulancia NsP Šaca, SR

Diabetes mellitus sa prejavuje komplexnou poruchou metabolizmu cukrov, tukov, bielkovín, ako aj poruchou kinetiky minerálov: vápnika, fosforu a niektorých vitamínov, napr. vit. D.

1. Cieľom našej práce bolo zistiť vplyv spomínaných metabolických zmien pri diabete na kinetiku vápnika, fosforu, kostný obrat a následné prejavy na kostiach, t.j. vznik osteoporózy a osteomalácie. Súbor našich pacientov, mužov, diabetikov I. aj II. typu, u ktorých sme vylúčili inú genézu osteopatie, sme porovnávali s kontrolnou skupinou zdravých.

2. Metódy: Boli sledované markery kompenzácie diabatu, minerálový status, markery kostného obratu (osteokalcín, crosslaps) a kostná hustota pomocou UZ denzitometra Sahara, (Hologic) a DEXA denzitometra (Hologic QDR 4500).

3. Výsledky: Naše výsledky svedčia pre vysoký výskyt porúch kostného metabolizmu u diabetikov oboch skupín s prevalenciou diabetickej osteopénie. Vyšetrených bolo doteraz 21 pacientov, u 11 sa potvrdila osteopénia, u 3 pacientov osteoporóza, 7 pacienti mali normálny denzitometrický nález.

4. Diskusia: Nakoľko v posledných rokoch vzrastá počet diabetikov a zároveň aj dĺžka ich života, stúpa počet nielen doteraz známych orgánových komplikácií, ale aj počet kostných komplikácií diabatu v zmysle osteopénie až osteoporózy. Z tohto dôvodu je treba venovať zvýšenú pozornosť nielen kompenzáciu diabatu, ale ajčasnej diagnostike, prevencii a liečbe kostných zmien pri diabete. Denzitometrické vyšetrenie skeletu u diabetikov by malo byť plne indikované.

PARAMETRE KOSTNÉHO METABOLIZMU DETÍ S JUVENILNOU IDIOPATICKOU ARTRITIDOU

V. Vargová, R. Veselý*, H. Hrbková**

Pediatrická klinika, UPJŠ v Košiciach

* Detská reumatologická ambulancia, DPK, Košice

** Tkanivová banka, UPJŠ v Košiciach

Úvod: Cieľom našej práce bolo vyhodnotiť parametre kostného metabolizmu detí s JIA v porovnaní s ich zdravými rovesníkmi.

Metódy: Vyšetřili sme 42 detí vo veku od 5-15 rokov, 22 detí s JIA a 20 zdravých detí. Priemerná dĺžka trvania choroby bola 34 mesiacov (4-132), aktivita choroby hodnotená pacientom 1,8 (VAS 0-5), lekárom 2,1. V sére sme stanovovali koncentráciu osteokalcínu (N-MIDTM Elisa) a v rannom moči koncentráciu pyrilinksu (Deoxyypyridinolie Crosslinks Elisa). Výsledky sme štatisticky spracovali Wilcoxonovým testom.

Výsledky: Priemerná koncentrácia osteokalcínu pacientov s JIA liečených prednisonom 79,7 ng/ml bola v porovnaní s kontrolou 129,1 ng/ml štatisticky významne znížená ($P=0,0001$). Porovnanie koncentrácií detí s JIA bez liečby prednisonom 140 ng/ml a zdravých nevykazovalo štatistický rozdiel. Zvýšenie priemernej koncentrácie pyrilinksu u detí liečených prednisonom 2,9 ng/ml v porovnaní s kontrolou 1,99 ng/ml bolo na hranici štatistickej významnosti ($P=0,05$).

Záver: V skupine vyšetřených pacientov sme nezistili rozdiely v parametroch kostného metabolizmu u detí s JIA, ktoré neboli liečené prednisonom v porovnaní s ich zdravými rovesníkmi. Liečba prednisonom ovplyvnila predovšetkým osteoblastickú aktivitu, čo sa prejavilo poklesom priemernej koncentrácie osteokalcínu.

KMENOVÁ HEMOPOETICKÁ BUŇKA V TERAPII ZÁVAŽNÝCH AUTOIMUNNÍCH ONEMOCNĚNÍ

J.Vavřinec, J.Starý, *P.Vavřincová

2.dětská klinika, *Poliklinika, 2.LF UK a FN v Motole, Praha

I přes nesporné pokroky, kterých bylo dosaženo v léčbě autoimunních onemocnění, se nedaří ani kombinovanou a nákladnou imunosupresi dosáhnout dlouhodobé remise u všech pacientů. Současné léčebné postupy sice dokáží snížit akutní mortalitu, dosažení dlouhodobé remise u všech postižených však často zůstává "zbožným přáním" nejen pacientů, ale i jejich lékařů.

Základní filozofií uvedeného způsobu léčby je náhrada dysregulovaného a aktivovaného imunitního systému "naivní kmenovou buňkou". I když není strukturální genom pacienta touto léčbou změněn, může být ovlivněna jeho funkce. Navození remise či alespoň zmírnění průběhu onemocnění může ovlivnit kvalitu života pacienta, zejména v dětství.

Tento způsob terapie je v současnosti vyhrazen pro pacienty se závažnými a život ohrožujícími autoimunitami, pokud byly vyčerpány ostatní dostupné léčebné postupy.

Současné indikace pro léčbu kmenovou buňkou:

Systémová skleróza, systémové a polyartikulární formy JCA a RA, SLE se závažnými CNS či renálními komplikacemi, syndrom cirkulujících antikoagulantů, nekrotizující vaskulitidy, sklerosis multiplex a některá hematologická onemocnění.

Koncem roku 1998 bylo v databázi EULAR/EBMT registrováno 112 pacientů léčených kmenovou buňkou /ve věku 7-65 let/ ve 32 centrech z 15 států Evropy, USA a Austrálie.

Naše zkušenosti s tímto způsobem léčby u autoimunních onemocnění jsou zatím velmi skromné. Skupina dětí se systémovou formou JCA je však připravována pro terapii kmenovou buňkou již v letošním roce.

Publikovaná data jsou převzata z registru pracovní skupiny EULAR/EBMT - A.Tyndall, Dept. of Rheumatology, Basel, 1999.

AMBULANTNÍ LÉČBA DĚTÍ S JCA VČERA A DNES.

P.Vavřincová, Š.Řádová, *M.Suková, *J.Vavřinec

Poliklinika, *2.dětská klinika, 2.LF UK a FN v Motole, Praha

Nepříznivou prognózu pacientů se závažnými formami Juvenilní chronické artritidy (JCA) zlepšilo rozšíření imunosupresivní léčby v posledních letech. Navození a udržení remise základního onemocnění se tak stalo základním požadavkem léčby JCA.

Cíle studie: Porovnání léčby pacientů s JCA z roku 1991 se současnými způsoby terapie. Posouzení efektivity léčebných postupů u jednotlivých forem JCA.

Materiál a metodika: Byla porovnána léčba souboru 399 pacientů s JCA léčených dětskými revmatology ČR v roce 1991 se souborem 117 dětí léčených ve FN Motol v roce 1998 /n = oligo 67, oligo → poly 6, poly 31, systémová JCA 13/. Byl zhodnocen počet a stupeň dosažených remisí u jednotlivých forem JCA v závislosti na současných terapeutických postupech.

Výsledky: Ve srovnání s minulým obdobím se významně zvýšil počet dětí léčených imunosupresivou II.fáze /především methotrexatem/ ze 4,9 % na 43,6 %. Současnými terapeutickými postupy bylo v roce 1998 dosaženo remise /bez udržovací léčby/ u 43,3 % pacientů s oligoartikulární formou a u 16,1 % dětí s polyartikulární formou JCA. Ani kombinovanou imunosupresi se však nepodařilo navodit dlouhodobou remisí /> 6 měsíců/ u dětí se systémovou formou JCA.

Závěr: Včasná léčba imunosupresivou umožňuje dosažení remise zhruba u poloviny pacientů s oligoartikulární a u části dětí s polyartikulární formou JCA. Ani kombinovanou imunosupresi se však nedaří dosáhnout remise u dětí se systémovou formou JCA. Proto rozvoj nových terapeutických postupů zaměřených především na regulaci funkce T lymfocytů /specifická imunoterapie, léčba kmenovou buňkou, lokální genoterapie/ je nezbytný pro zlepšení prognózy řady dětí.

LÉČBA REFRAKTERNÍ REVMATOIDNÍ ARTRITIDY

J. Vencovský

Revmatologický ústav, Praha

Revmatoidní artritida (RA) je onemocnění nevyléčitelné. Kritéria remise podle Americké revmatologické společnosti (ACR) (minimálně 5 kritérií po 2 měsíce: ranní ztuhlost kratší než 15 minut, žádná únava, žádná kloubní bolest, žádná palpační či pohybová bolestivost, žádný otok měkkých tkání kolem kloubů nebo šlachových pochev, FW menší než 30 u žen a než 20 u mužů) splní jen malá část pacientů. V současnosti používaná terapie může sice někdy zpomalit radiologickou progresi onemocnění, ale nevede k jejímu zastavení. Na druhou stranu je jisté, že řadě nemocných přináší terapie léky modifikujícími průběh choroby (DMARD) prospěch v potlačení zánětlivých a bolestivých projevů a zlepšuje kvalitu jejich života. Tato terapie by měla být nasazena především v časných fázích choroby, tak aby se zpomalení postupu choroby docílilo co nejdříve a minimalizoval se vznik destruktí. Nicméně, jak poslední údaje ukazují, je přírůstek radiologické progresy v průběhu RA přibližně stejný v celém průběhu nemoci, a proto má agresivní terapie místo i v pozdějších fázích. Protože v zásadě chybí spolehlivé prognostické ukazatele vývoje RA, je nutné se v terapeutickém uvažování orientovat především podle stávajících klinických kritérií, podle kterých také hodnotíme efekt podané léčby. Vedle monoterapie DMARD, se v posledních letech používá úspěšně jejich kombinace, především methotrexat (MTX) + sulfasalazin (SAS) + hydroxychlorochin či kombinace MTX + cyklosporin A. Naději přináší některé nové léky, především Leflunomid, který je antagonistou tvorby pyrimidinů a jeho případná kombinace s léčbou MTX se zdá slibná. Určitý přelom v efektivitě může znamenat tzv. biologická terapie, při které jsou využívány nejnovější poznatky o patogenetických dějích v průběhu RA. Cílené připravené monoklonální protilátky nebo různé typy antagonistů rozpustných mediátorů vedou k přechodné zástavě imunopatologického procesu. V tomto směru byl jistě největší úspěch zaznamenán s blokádou účinku TNF-alfa, ať pomocí monoklonální protilátky (infliximab, Remicad) nebo pomocí solubilního receptoru typu II pro TNF (etanercept, Enbrel). Úspěšná je i jejich kombinace s MTX. Řada dalších látek je v klinickém zkoušení (např. IL-1Ra, anti-ICAM, IFN-beta atd.).

POLYMYALGIA RHEUMATICA A CYTOKÍNY

Z.Veselková J.Rovenský, A.Tuchyňová

Výzkumný ústav reumatických chorob, Piešťany

Pozornost sme sústredili na skupinu 30. pacientov s diagnózou polymyalgia rheumatica, v ktorej bolo 21 žien, s priemerným vekom 68,7 roka a 9 mužov, s priemerným vekom 67,8 roka.

V plazmách týchto pacientov sme sledovali hladiny protizápalových cytokínov : IL-4, IL-10, IL-13. Okrem toho sme sledovali aj hladinu interferónu gama.

Všetky cytokíny boli určované metódou ELISA.

Spearmanovou korelačnou analýzou sme zistili pozitívnu koreláciu medzi hladinami IL-10 a IL-13. Nepárovým Mann-Whitney testom sme zistili preukazne zvýšené hladiny IL-4, IL-10 a IL-13 v plazmách pacientov s polymyalgia rheumatica.

Naše výsledky ukazujú, že IL-4, IL-10 a IL-13 môžu hrať určitú úlohu v patogenéze tohto ochorenia a ich zvýšené hladiny môžu svedčiť o aktivácii TH2 lymfocytov.

PSYCHOIMUNOLOGICKÉ ASPEKTY JUVENILNEJ IDIOPATICKEJ ARTRITÍDY

R. Veselý, V. Vargová*, D. Lovášová*, A. Elbertová**

Detská reumatologická ambulancia, DPK, Košice

* Pediatrická klinika UPJŠ v Košiciach

** Oddelenie klinickej imunológie a alergológie, FNŠP, Košice

Úvod: Juvenilná idiopatická artritída (JIA) je chronická imunopatologická choroba, ktorá významne ovplyvňuje psychosociálny stav pacienta a jeho rodiny. Nervový a imunitný systém sa vzájomne ovplyvňujú. Zaujímali nás psychosociálny a imunologický stav našich pacientov a prípadné závislosti medzi parametrami jednotlivých systémov.

Metódy: Vyšetřili sme 22 pacientov s JIA (9 dievčat a 13 chlapcov vo veku 5 - 18 rokov, priemerný vek 12,1 r.) pomocou imunologických laboratórných a psychologických metód.

Výsledky: Naše predbežné výsledky ukazujú, že priemerný pomer TH1/TH2 lymfocytov u oligoartikulárnej formy JIA (7,76) bol porovnateľný s kontrolnou skupinou (7,0), zatiaľ čo u systémovej formy bol posunutý smerom k prevahe odpovede TH2 (2,7) a u polyartikulárnej formy k prevahe odpovede TH1 (11,0). V stratégii zvládania záťaž prevažovali: emocionálna regulácia, zbožné priania, sociálna opora a rezignácia. Zistili sme častejšie negatívne vzťahy medzi pacientom a otcom a častejší výskyt negatívnych životných príhod v predchodoch.

Záver: Pacienti s JIA majú významné imunologické a psychologické odlišnosti od svojich rovesníkov. Prezentujeme štatistickú analýzu vzájomných závislostí týchto zmien a ich vzťah k rôznym formám a štádiám JIA.

PROGNOSTICKÉ UKAZATELE ČASNÉ REVMATOIDNÍ ARTRITIDY- PŘEDBĚŽNÉ URČENÍ SÉROVÝCH KONCENTRACÍ COMP (CARTILAGE OLIGOMERIC MATRIX PROTEIN).

Vilím V, Šedová L, Macháček S.

Měření hladiny COMP v séru pacientů s revmatoidní artritidou (RA) je považováno za jeden z možných prognostických markerů agresivní formy RA, vedoucí k rychlé destrukci kloubů. Cílem studie je stanovení hladiny COMP u pacientů s RA pomocí námi vyvinuté immunoeseje (kompetitivní inhibiční ELISA s monoklonální protilátkou 17-C10), a ověření souvislosti s aktivitou choroby, určenou na základě klinických ukazatelů. Měření hladiny COMP bylo provedeno na souboru pacientů s diagnózou RA dle kritérií ACR s trváním choroby maximálně do dvou let. Aktivita byla hodnocena pomocí modifikace kloubního indexu dle Malleya s rozdělením souboru do dvou skupin: aktivní (A) a neaktivní (N). V předkládané předběžné studii byla hodnocena skupina 54 pacientů, u kterých bylo k dispozici kromě hodnocení vstupního rovněž klinické hodnocení po půl roce, a krevní sérum, odebrané v obou časových intervalech. Podle aktivity choroby na začátku sledování a po půl roce byly pacienti rozděleni do 4 skupin: aktivní při vstupním vyšetření a aktivní při 2. kontrole (A-A, n=11), neaktivní při vstupním vyšetření ale aktivní při 2. kontrole (N-A, n=5), aktivní při vstupním vyšetření a neaktivní při kontrole (A-N, n=15) a neaktivní při vstupním i kontrolním vyšetření (N-N, n=23). V každé skupině byly hladiny COMP v séru na začátku sledování a po půl roce porovnány pomocí párového t-testu, přičemž za signifikantní byla považována hodnota $P < 0,05$. U skupin N-N, N-A a A-N nebyl rozdíl mezi hladinami COMP v krevním séru na začátku a po půl roce sledování statisticky signifikantní. Zvýšení krevní hladiny COMP, zjištěné po půl roce sledování u skupiny A-A, bylo statisticky signifikantní ($P = 0,0076$). Jedná se o slibný předběžný výsledek naznačující, že naše metoda měření hladiny COMP v krevním séru skutečně může zachytit rozdíl způsobený aktivitou choroby u časných RA pacientů. Studie pokračuje a je průběžně rozšiřována. Tato práce vznikla za podpory grantu IGA

INTENZIVNÍ OŠETŘOVÁNÍ PACIENTKY S TĚŽKÝM PRŮBĚHEM SLE JAKO LIMITUJÍCÍ FAKTOR PŘEŽITÍ

E. Vinšová, M. Špičková Mgr. J. Letková, Jana Korandová Revmatologický Ústav Praha 2, Na Slupi 4, CR

V kazuistice dokumentujeme systémový charakter nemoci. Klíčovým problémem terapeutickým i ošetrovateľským bylo postihnutí CNS a kŕže pacientky (vznik akutní psychózy a rozsáhlé vaskulitické zmeny). Nekrotická ložiska pacientku ohrožovala vznikem sekundárni sepsy a súčasne znamenala obrovské utrpení (bolest, ztráta soběstačnosti, pocit beznaděje). Jednalo se o dva roky trvající stav trvale se zhoršující, kdy nakonec pacientka, přes veškerou péči, chorobě podlehl. Multidisciplinární týmová spolupráce byla nesmírně náročná z hlediska terapeutického, ošetrovateľského, rehabilitačního (i ekonomického - srovnatelné s péčí o onkologické pacienty). Kazuistika poukazuje na nutnost o tyto pacienty pečovat na specializovaných pracovištích. Vyzdvihuje profesionální a humánní přístup našich pracovníků k pacientce.

VYSOKODÁVKOVANÉ IMUNOGLOBULINY U KOJENCŮ

J. Zikán, J. Vavřinec, M. Suková, II. dětská klinika, Praha

Podání vysokodávkovaných imunoglobulinů (HD IVIG) může nespecifickou bloádou cytokinů v akutní zánětlivé fázi autoimunního onemocnění napomáhat stabilizaci stavu pacienta (zejména u stavů s převahou Th 1).

Materiál a metodika: Od roku 1995 jsme aplikovali u 16 dětí HD IVIG nejčastěji v kombinaci s pulsem metylprednisolonu. U všech dětí byla zvolena dávka 2 g/kg těl.hmotnosti podaná jednorázově nebo frakcionovaně. Byly použity 7S imunoglobuliny. U 3 dětí byl v době podání diagnostikován Kawasakiho syndrom, 13 dalších dětí nebylo v době podání HD IVIG ještě zařazeno (později byl diagnostikován 1x Chediak-Higashiho sy, 2x JCA, 1x SLE, 1x polyarteriitis nodosa, 1x myokarditida, ostatní jsou zatím zařazeny jako UCTD - nediferencované onemocnění pojivové tkáně).

Výsledky: U žádného dítěte jsme se nesetkali s nežádoucími vedlejšími reakcemi, vždy jsme dodržovali stupňovanou rychlost aplikace infuze. Efekt podaných HD IVIG se po podání projevil rychlým ústupem vysokých teplot, signifikantním poklesem CRP, FW, úpravou hodnot v krevním obraze a koagulacích.

Záver: Podání HD IVIG je léčba z vitální indikace, která umožní v dalších fázích provést potřebná vyšetření ke stanovení diagnózy a k volbě dlouhodobé imunosupresivní terapie. Vyšší cena imunoglobulinů je vyvážena sníženým rizikem závažných komplikací základního onemocnění.

INZULÍNOVÁ REZISTENCIA V TUKOVOM TKANIVE POTKANOV S ADJUVANTNOU ARTRITÍDOU.

Š. Zorad, M. Ficková, K. Švík*, M. Stančíková*, L. Macho, J. Rovenský*, J. Jurčovičová
Ústav experimentálnej endokrinológie SAV, Bratislava, SR a
*Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany, SR

Reumatoidná artritída u ľudí je často sprevádzaná poruchami metabolizmu glukózy (Svenson a spol., Metabolism 36, 940-943, 1987). V našej štúdii sme preto sledovali okrem zápalových parametrov, v sére tvorbu NO radikálov, hladiny inzulínu, glukózy a v plazmatických membránach epididymálneho tukového tkaniva množstvo glukózového transportéra GLUT4. Adjuvantnú artritídu (AA) sme indukovali u potkanov, samcov Long Evans podaním kompletného Freundovho adjuvansu do koreňa chvosta. Zvieratá s AA prijímali výrazne menej potravy než kontrolné a od 11. dňa, kedy sa prejavili prvé opuchy, mali nižší prírastok hmotnosti. Na 22. deň po inokulácii, sme zvieratá dekapitovali po 16 h hladovania. Zvieratá s AA mali výrazné opuchy zadných končatín, zníženú koncentráciu sérového albumínu, zvýšené množstvo dusičnanov a dusitanov, ako ukazovateľov tvorby NO radikálov, a tiež zvýšenú hladinu kortikosterónu. Hladiny glukózy a inzulínu boli mierne zvýšené a koncentrácia GLUT4 výrazne znížená oproti kontrolným potkanom. Uvedené výsledky ukazujú, že AA so sprievodnými hormonálnymi a radikálovými zmenami má za následok aj inzulínovú rezistenciu v tukovom tkanive. Tento model je vhodný na štúdium vzťahu zápalových ochorení a porúch glycidového metabolizmu.

Podporené grantom VEGA 2/4130/97.

EFEKT JEDNOROČNÉHO CVIČEBNÉHO PROGRAMU U PACIENTOK S OSTEOPÉNIOU

J. Zvarka, P. Masaryk

Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany

ÚVOD A METÓDA: Pravidelná fyzická aktivita má nezastupiteľné miesto v prevencii a terapii osteoporózy. V súbore 71 postmenopauzálnych žien s denzitometricky verifikovanou osteopéniou (37 cvičiacich žien a 34 kontrol) sa skúmal efekt vlastného rehabilitačného programu. Počas 12-mesačného sledovania ženy prvej skupiny absolvovali rehabilitačný program s miernou fyzickou záťažou, ktorý pozostával z presne definovaných cvikov. Cvičenie sa vykonávalo trikrát týždenne 30-40 minút. V oboch skupinách užívali ženy vápnikové preparáty (Biomín H 1100 mg denne).

VÝSLEDKY: Po 12-mesačnom sledovaní sa zistilo u cvičiacich žien signifikantné zvýšenie kostnej denzity (BMD) lumbálnej chrbtice a oblasti Wardovho trojuholníka ($o + 1,69\%$, $p < 0,05$, resp. $o + 1,25\%$, $p < 0,05$) oproti kontrolnej skupine, kde sa zaznamenal nesignifikantný pokles BMD. Zistila sa signifikantná negatívna korelácia medzi prírastkom BMD lumbálnej chrbtice a hodnotou vstupnej denzity ($p < 0,05$). Cvičebný program indukoval štatisticky významné zmeny v kostnom metabolizme už po 6 mesiacoch - zvyšoval biochemické markery osteoformácie (osteokalcínu - $p < 0,05$) a znižoval markery osteoresorpcie (deoxypyridinolínu - $p < 0,01$).

ZÁVER: Pravidelné cvičenie miernej intenzity trikrát týždenne po dobu jedného roka u postmenopauzálnych žien s denzitometricky verifikovanou osteopéniou pozitívne ovplyvňuje kostnú denzitu skeletu, najmä s prevahou trabekulárnej kosti (stavce, Wardov trojuholník krčku femuru). Tento rehabilitačný program si môže po jednoduchej inštrukcii ľahko osvojiť každá žena.

ZRÔD SLOVENSKEJ REUMATOLOGICKEJ SPOLOČNOSTI D. Žitňan

Výskumný ústav reumatických chorôb, Piešťany

Základy modernej európskej reumatológie sa viažu na kongres Medzinárodnej spoločnosti pre lekársku hydrologiu r. 1920 v Piešťanoch, na ktorom sa založil Výbor pre reumatizmus, zárodok Ligy proti reumatizmu (EULAR). Skutočný rozmach reumatológie nastal až po II. svetovej vojne, kedy sa vo viacerých krajinách oddelila reumatológia od balneológie a fyziatrie, ba i od atomizujúcej sa interny. V bývalej ČSR boli nositeľmi rozvoja reumatológie Výskumné ústavy reumatických chorôb v Prahe (1952) a v Piešťanoch (1953), avšak v rámci Čs. lekárskej spoločnosti J. E. P. to bola Fyziatrická spoločnosť, na pôde ktorej vznikla nezávislá Reumatologická sekcia. Až koncom 50. rokov vzniká Čs. reumatologická spoločnosť s celoštátnym výborom, v ktorom mali pomerne zastúpenie reumatológovia z Čiech, Moravy a Slovenska. Obrodný proces r. 1968 priniesol nielen ideu „socializmu s ľudskou tvárou“, ale aj realizáciu federalizácie ČSSR, ktorá sa uzákonila až v čase okupácie r. 1969. Po rozdelení celoštátnej lekárskej spoločnosti vznikajú oddelené odborné spoločnosti, teda aj Slovenská reumatologická spoločnosť s paritným zastúpením ČRS a SRS vo Federálnom výbore. Pracovalo sa intenzívne a v plodnom, priateľskom ovzduší a to aj po rozdelení ČSFR na dva samostatné štáty, ČR a SR 1. 1. 1993, čoho dôkazom sú spoločné podujatia, vrátane súčasného 43. zjazdu slovenských a českých reumatológov v starodávnej Nitre.

Klinická účinnosť Aulinu: informácia z Výskumného ústavu reumatických chorôb Piešťany

D. Žitňan

Výskumný ústav reumatických chorôb Piešťany

V otvorenej prospektívnej štúdii v priebehu 28 dní sa sledovala účinnosť a tolerancia nimesulidu (Aulin 100 mg tbl) u 30 chorých (11 mužov a 19 žien) s osteoartrózou v algickom štádiu ochorenia. Predominantne boli postihnuté bedrové kĺby u 11 pacientov, kolenná (15), bedrová chrbtica (3) a ruky (1). Po trojdňovom vynechaní predchádzajúcej liečby (diclofenac, nabumeton, indometacín) sa podával Aulin 2x100 mg nepretržite počas 28 dní.

Sledovala sa intenzita bolesti (pohybovej a kľudovej) pomocou vizuálnej analógovej škály, štartovacie bolesti a ranná stuhnutosť v minútach, funkčný kľbový stav pri použití modifikovaného Lequesneho indexu, kvalita života a znášanlivosť liečby za použitia škály subjektívneho hodnotenia pacientom, laboratórne parametre krvné a biochemické, pričom sa výsledky vyhodnocovali a porovnávali na začiatku štúdie, v 7. a 28. deň liečby pomocou štatistického Mann-Whitney párového testu a chi-kvadrátového testu.

Štatisticky signifikantne došlo k poklesu pohybovej a kľudovej bolesti, podobne rannej stuhnutosti a štartovacích bolesti už po prvom týždni liečby s pretrvávaním počas celého liečebného obdobia. Rýchly pokles bolesti sa pozoroval bez závislosti od lokalizácie klinických prejavov. Súčasne s poklesom bolestivosti sa zaznamenalo funkčné zlepšenie. U 12 chorých došlo k ústupu výrazných bolesti, len u 5 chorých po prvom týždni sa intenzita bolesti nezmenila, pričom na konci štúdie žiaden pacient nemal rovnakú nezmenenú intenzitu. Liečba bola veľmi dobre tolerovaná. 27 chorých nemalo žiadne vedľajšie prejavy, jeden pacient mal neurčitý gastrointestinálny diskomfort bez nutnosti prerušiť liečbu a dvaja pacienti udávali prechodné mierne bolesti hlavy. V laboratórnych ukazovateľoch sa v sledovanom období nezaznamenali žiadne závažnejšie zmeny.

V tejto pomerne malej otvorenej štúdii chorých s osteoartrózou sa zaznamenal pomerne rýchly ústup kľudovej a pohybovej bolesti paralelne so zlepšením funkčného kľbového indexu. Počas štvortýždňovej liečby sa zaznamenali len minimálne vedľajšie prejavy nevýraznej intenzity bez potreby prerušiť liečbu.

IDIOPATICKÁ FOKÁLNÍ GRANULOMATÓZNÍ MYOZITIDA

V. Horčíčka jun.¹⁾, M. Dušková²⁾, J. Kučera³⁾, V. Horčíčka sen.¹⁾

¹⁾ III.interní klinika LF UP a FN Olomouc

²⁾ Ústav patologické anatomie LF UP a FN Olomouc

³⁾ Klinika otorinolaryngologie LF UP a FN Olomouc

Souhrn:

Granulomatózní myozitida je onemocnění nejčastěji spojované se sarkoidózou, jsou však známy i případy idiopatické granulomatózní myozitidy.

V předložené práci informujeme o případě idiopatické fokální granulomatózní myozitidy u 35 leté ženy projevující se nebolestivou uzlovou formací v pravém musculus sternocleidomastoideus s průvodnými subfebriliemi a artralgiemi. Byly přítomny zvýšené hladiny titrů na boreliózu, ale na podkladě jediného pozorování se nelze s určitostí vyjádřit, zdali oba zmíněné procesy byly v příčinné souvislosti nebo pouhou koincencí. Námi zaznamenané histologické změny v oblasti příčně pruhovalého svalstva však nebyly dosud u Lymeské boreliózy popsány. Znamky systémového granulomatózního onemocnění nebyly nalezeny.

Součástí sdělení je rozbor dostupných dosud zveřejněných obdobných případů a vztahu idiopatické granulomatózní myozitidy k sarkoidóze. Je známo, že granulomatózní myozitida může být prvním projevem sarkoidózy, často však zůstává idiopatickou, bez systémových projevů. Patogeneza granulomatózní myozitidy zůstává stále nejasná.

POUŽITÍ METODY MODELU KOŽNÍHO EXPLANTÁTU U PACIENTŮ S REVMATOIDNÍ ARTRITIDOU

I.Hromadníková; M.Čermáková-Frantlová *; P.Vavřincová;

K.Štechová; J.Zikán; J.Vavřinec ; M.Fialová ;B.Houbová

- 2.dětská klinika 2.LF UK FN Motol Praha

*Ústav patologické anatomie 2.LF UK FN Motol Praha

V pilotní studii zaměřené na detekci stupně autoimunitní reakce u pacientů s RA, JCA /19/ jsme použili modifikovanou in vitro metodu modelu kožního explantátu (ve své klasické podobě se používá pro predikci tíže akutní reakce štěpu proti hostiteli - GvHD před alogenní transplantací kostní dřeně).

Námi navržený postup:1. 7 denní jednosměrné autologní směsná lymfocytární kultura následovaná kokultúrou s autologním kožním explantátem (sekcionovaná Ø 4 mm kožní biopsie pacienta) 2.histologické zpracování kožních explantátů a vyhodnocení dle standardní Lernerovy klasifikace pro akutní GvHD

Výsledky modifikované metody modelu kožního explantátu koreluje s klinickými a laboratorními nálezy pacienta - jakož i s jeho imunosupresivní terapií. 7/19 pacientů bylo na základě klinických a laboratorních dat hodnoceno jako remise nebo mírná aktivita nemoci. Toto bylo v korelaci s kožním explantátem - zaznamenali jsme žádné nebo pouze mírné histopatologické změny odpovídající st. 0 - II dle Lernerovy klasifikace. 12/19 pacientů hodnocených jako dlouhodobě aktivní nebo špatná prognóza vykazovali stupeň III-IV v našem testu (velmi významný stupeň změn).

Domníváme se, že takto je možná detekce stupně autoagrese u některých systémových autoimunit a tudíž i monitoring účinnosti imunosupresivní léčby.

ZOZNAM AUTOROV PRÁC 43. ZJAZDU SLOVENSKÝCH A ČESKÝCH REUMATOLÓGOV

- Altman, R. 146
 Bečvář, R. 134
 Bély, M. 138
 Benešová, J. 147
 Birčák, J. 145
 Bitter, K. 143
 Bitterová, O. 134
 Blažíčková, S. 134
 Blicanová, M. 135
 Bošák, V. 134, 137, 142, 144
 Bošmanský, K. 135
 Cebecauer, L. 134, 135, 140, 144
 Celec, S. 147
 Cimburek, Z. 138
 Čelko, J. 142
 Čermáková, R. 135
 Čermáková-Frantlová, M. 154
 Doležalová, P. 135
 Dostál, C. 136, 150
 Drličková, V. 136
 Dušková, M. 154
 Ďurišová, E. 136
 Elbertová, A. 152
 Farkašová, D. 137
 Fialová, M. 154
 Ficková, M. 153
 Foltán, V. 147
 Franeková, L. 146
 Greguška, O. 137, 143
 Gregušková, K. 147
 Gubzová, Z. 137, 148
 Havranová, M. 149
 Horák, P. 137, 140
 Horčíčka ml., V. 154
 Horčíčka st., V. 154
 Houbová, B. 154
 Hoza, J. 135
 Hrbková, H. 150
 Hrnčír, Z. 138
 Hromadníková, L. 154
 Hybenová, J. 147
 Hyrdel, R. 143, 147
 Ištók, R. 138, 149
 Jarošová, K. 138
 Jurčovičová, J. 138, 153
 Killinger, Z. 139
 Klepancová, D. 134
 Kmečová, Z. 144
 Korandová, J. 152
 Košková, E. 139
 Kovalančík, M. 139, 140
 Kovářová, M. 149
 Kozáková, D. 140
 Krsová, D. 138
 Kučera, J. 154
 Kusá, L. 140
 Lackovič, V. 140
 Letková, J. 152
 Letkovská, A. 136, 139, 140, 143, 144
 Lochmannová, A. 135
 Lietava, J. 142
 Lovášová, D. 152
 Lukáč, J. 134, 135, 140, 141, 142, 143, 144, 147, 148
 Macejová, Ž. 143, 149
 Madar, J. 136
 Magula, D. 143
 Macháček, S. 152
 Macho, L. 153
 Machová, K. 139
 Máliš, F. 137, 143
 Maňková, A. 143
 Masár, O. 144
 Masaryk, P. 136, 139, 140, 142, 143, 144, 149, 153
 Mateička, F. 137
 Meheus, L. 135
 Meluš, V. 147
 Mičeková, D. 134, 142, 144
 Michálková, K. 146
 Miklošová, E. 144
 Mikolajčík, A. 143
 Mikulášová, M. 140
 Mištuna, D. 143
 Mozolová, D. 145
 Mrázová, J. 145
 Nagyová, I. 149
 Němcová, D. 135, 138
 Niepel, G. 147
 Olejárová, M. 136
 Orlovská, M. 145
 Pavelka, K. 145, 146, 150
 Pavlovičová, R. 143
 Pedan, A. 146
 Pelíšková, Z. 145
 Petrášová, D. 143
 Petříček, Š. 143
 Petříková, A. 146
 Philipp, T. 146
 Pjonteková, M. 147
 Polák, J. 134
 Poprac, P. 135
 Pospíšil, Z. 137
 Pullmann, R. 135, 147
 Pullmann ml., R. 147
 Raffayová, H. 147
 Rokyta, R. 138
 Rovenská ml., E. 147
 Rovenský, J. 134, 135, 138, 140, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 151, 153
 Růžičková, Š. 138
 Rybár, I. 145, 148
 Rychlík, I. 150
 Řádová, Š. 151
 Sainerová, A. 146
 Sakalová, A. 148
 Sedláčková, M. 145, 148
 Semetková, I. 147
 Singh, G. 146
 Sitár, M. 142
 Sobotová, Z. 140
 Spišák, B. 143, 149
 Stančík, R. 148
 Stančíková, M. 138, 142, 144, 147, 148, 149, 153
 Stejskal, J. 136
 Stejskalová, A. 150
 Starý, J. 151
 Suková, M. 149, 151, 152
 Szilasiová, A. 143, 149
 Szokeová, E. 150
 Šedová, L. 152
 Šimová, L. 139
 Šírová, K. 150
 Škereňová, M. 147
 Šmodrk, J. 139
 Špičková, M. 152
 Štechová, K. 154
 Štolfa, J. 145
 Štork, J. 134
 Štovičková, J. 149
 Švík, K. 138, 147, 149, 153
 Tauchmannová, H. 137
 Tegzová, D. 136, 150
 Tesař, V. 150
 Telepková, D. 150
 Tomášová, H. 134
 Tomková, S. 150
 Trejbal, D. 143
 Tuchyňová, A. 151
 Typovská, H. 146
 Urbánková, L. 147
 Vágnerová, I. 146
 Vargová, V. 150, 152
 Vavřincová, P. 151, 154
 Vavřinec, J. 151, 152, 154
 Vážny, P. 142
 Vencovský, J. 138, 151
 Veselková, Z. 149, 151
 Veselý, R. 150, 152
 Vilím, V. 152
 Vinšová, E. 152
 Vlasáková, V. 145, 150
 Wauk, L. 146
 Zatloukal, P. 134
 Zikán, J. 152, 154
 Zimáňová, J. 142
 Zórad, Š. 138, 153
 Zvarka, J. 153
 Žabka, J. 150
 Žitňan, D. 153
 Žlnay, D. 140, 153