Mission Arthritis India

MAI

॥ आरोग्यम् धनसंपदा ॥

माई

वर्ष ७ वे मार्च २०२३ Year 7 March 2023

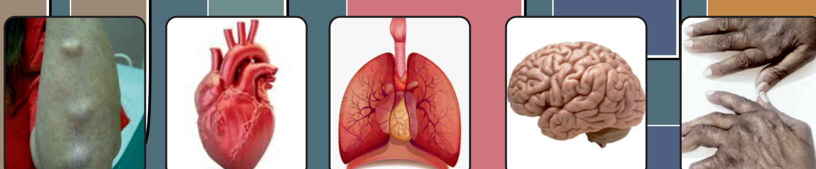
NATIONAL PATIENTS' CONVENTION

THEME

ARTHRITIS : OTHER AUTOIMMUNE COMPLICATIONS

A R T H R I T I S

OTHER



Mission Arthritis India (MAI)

MAI is not only an acronym for Mission Arthritis India,
But symbolizers the courage of millions of women who fight
a calamity called "Arthritis & Rheumatism.
" MAI " in Several Indian Languages literally means
" MOTHER "

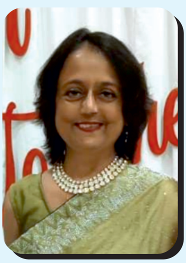
AWARDEES OF
MAI NATIONAL PATIENTS' CONVENTION
on 18th March 2023

LATE SHRI P C NAHAR ORATION AWARD :

Dr Parag Sancheti.

FRCS, MS, DNB, MCh, Ph. D

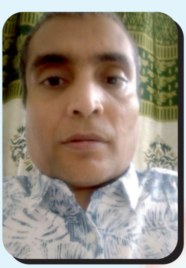
A whole heartedly big thank you to Dr Parag Sancheti
for all the support rendered towards MAI.
Words are not enough to express our gratitude.
His vision towards patient support group helps MAI to grow and
connect to patients and doctors all around.



Mr Haribhau Rathi ji 'VATA VIRUDDHA YODDHA' Award :

Mrs Shivani Barve.

A founder Trustee, Ex Chairperson, working in various capacities,
loved by every one and is fighting with RA, OP, Epilepsy etc and
still working with full strength, heart and soul for **MAI.**
Shivani is a great warrior!



Centre for Rheumatic Diseases 'VATA VIRUDDHA YODDHA' Award :

Mr Bhushan Ghate.

Founder Member of Ankylosing Spondylitis Welfare Society (ASWS)
Suffering from AS, debilitating, incurable inflammatory
arthritis of spine but the fighter sprit is unaffected.

Heartiest Congratulations !!

Souvenir
2023

7th
National Patients' Convention
on
Arthritis : Other Autoimmune Complications

-: Office Address : -

Mission Arthritis India [MAI]

C/o. Center For Rheumatic Diseases

11, Hermes Elegance, 1988 Convent street, Camp, Pune - 411001.

Contact : 9405868875 / 8999232351

E-mail : contact@missionarthritis.org

Website : www.missionarthritis.org

Mission Arthritis India [MAI]

MISSION ARTHRITIS INDIA is registered as a Society Under Registration of Society Act 1860.
Reg. No. Maharashtra /403/2002/Pune.
Also Registered under Bombay Public Trust Act 1950, Reg. No. AF -18151 (Pune)

TRUSTEES

Mrs. Deepa Mehta	Chairperson
Dr. Anuradha Venugopalan	Vice Chairperson
Mrs. Shivani Barve	Secretary
Mrs. Shweta Kulkarni	Treasurer
Dr. Arvind Chopra	Member & Medical Advisor
Mrs. Sharayu Bhat	Member
Mr. Narendra Bhat	Member
Mrs. Rajeshwari Karle	Member
Dr. Ajit Damale	Member
Smt. Leela Nahar	Member
Dr. Nachiket Kulkarni	Member
Dr. Lata Bichile	Member
Ms. Rani Parasnis	Member

EDITOR
Mrs. Sharayu Bhat

EDITORIAL ADVICE & SUPPORT
Dr. Arvind Chopra
Mrs. Deepa Mehta
Mrs. Shivani Barve

PRINTER
Printashu, Pune

COVER DESIGN
Art Workshop

TRANSLATIONS
Shrinivas Nimkar

PUBLISHER
MAI

-: Office Address : -

Mission Arthritis India [MAI]

C/o. Center For Rheumatic Diseases

11, Hermes Elegance, 1988 Convent street, Camp, Pune - 411001.

Contact : 9405868875 / 8999232351

E-mail : contact@missionarthritis.org

Website : www.missionarthritis.org

INDEX

WHAT IS MAI?		3
EDITORIAL	Sharayu Bhat	7
MESSAGE	Dr. Arvind Chopra	9
Basics of Autoimmunity	Dr Sanat Phatak	11
Vasculitides	Dr Avinash Buche	14
Kidneys in Rheumatologic Disorders	Dr. Mohini A Ganu	17
Autoimmune Rheumatic Diseases and Disorders of Endocrine Glands	Dr Barkha Patil, Dr Pravin Patil	22
Effects of Autoimmune Diseases on Muscles and Ligaments	Dr Vaijayanti Lagu-joshi	26
Lungs and Rheumatic Diseases	Dr Abhishek Zanwar	31
Brain and Nerves Involvement in Rheumatic Diseases	Dr Girish Kakade	35
Skin and Hair in Rheumatology	Dr Nagnath Khadke	39
A S WARRIOR	Bhushan Ghate	54

Mission Arthritis India [MAI]

IMPORTANT FOR ARTHRITIC PATIENTS OR ARTHRITIS SUFFERERS

WHAT IS MAI?

'MAI' stands for Mission Arthritis India. It is a voluntary patient support group formed by a group of persons who themselves are patients of Arthritis and Rheumatism for a number of years.

Objective of 'MAI'

1. To provide proper and scientific information and guidance about various aspects of Arthritis and related problems.
2. To publish literature, articles, booklets etc. on different aspects of the disease and ways & means to minimize suffering there form.
3. To hold community based meetings and camps for early diagnosis of arthritis.
4. To assist and focus the attention of concerned agencies in treatment and rehabilitation of patients.
5. To draw media attention on various medical and social problems of Arthritic patients.
6. To promote community based research on the causes and treatment of Arthritis.
7. To try to cement together different systems of medicines with a view to make better care available to the patients.
8. To work in liaison with Bone and Joint Decade which is supported by W. H. O. (World Health Organisation)

Registration of 'MAI'

1. 'MAI' is Registered as a society under Registration of Society Act 1860.
2. 'MAI' is registered as Charitable Trust under Public Trust Act 1950.
3. 'MAI' has been granted permission for partial benefit in Income Tax by Income Tax Department under section 80(G) of Income Tax Act.

Affiliation of 'MAI'

1. 'MAI' is a founder member of BJD - India (Bone and Joint Decade) and actively participates in the activities of BJD both in India and abroad.
2. 'MAI' work in co-operation with similar organisations in other cities in India.
3. 'MAI' is NOT connected with any commercial, pharmaceutical or medical organisation.

Funding & Accounts of 'MAI'

1. MAI' is funded by nominal annual membership fee collected from members.
2. MAI' receives advertisement support for its publications.
3. Donations towards its corpus.
4. Accounts of 'MAI' are audited every year by Qualified Charted Accountants and balance sheets are presented to all authorities concerned, and to the members during the annual general meeting.
5. MAI' accounts are maintained with nationalised banks.

Publication of 'MAI'

1. MAI' publishes an annual Issue on the occasion of World Arthritis Day, which usually falls in the month of October. This magazine contains articles from eminent professionals,

on various aspects of the disease, its prevention and cure.

2. MAI' also publishes small newsletter type magazines covering a particular aspect of Arthritis and related information.
3. MAI' proposes to publish small information booklets on different types fo Arthritis.
4. Publications of 'MAI' are both in English and local language (Marathi)
5. Each 'MAI' member is provided with the above publications free of charge.

Membership of 'MAI'

1. Membership is open to any person suffering from Arthritis and related diseases, as well as to those persons interested in the above.
2. MAI' charges a nominal fee of Rs. 200/- for 1 year and Rs. 500/- for 3 years to its members.

Please Google Pay to Secretary MAI
Mob. 9423571494

Mission Arthritis India MAI

Mission Arthritis India [MAI]

Reg. Office: Mission Arthritis India,
C/o. Center For Rheumatic Diseases
11, Hermes Elegance, 1988 Convent street, Camp, Pune-411001.
Contact: 9405868875/8999232351
E-mail: contact@missionarthritis.org
Website: www. missionarthritis.org

EDITORIAL

Sharayu Bhat

Hello,

We present this special souvenir on the occasion of MAI National Patients' Convention on 18th March 2023. This is the 7th National Patients' Convention. The theme of this year's Convention is 'ARTHRITIS : OTHER AUTOIMMUNE COMPLICATIONS'. Many times there are no external symptoms but the patient feels from inside. With the symptoms and pathological diagnostic tests the Doctor can determine the problem and suggests exact treatment. The effects of various types of Arthritis like Rheumatoid Arthritis , Lupus, Vasculitis, Scleroderma etc. on verious organs are described in this issue by eminent Rheumatologists in simple language. The treatment is also mentioned.

Dr Sanat Phatak has explained 'Basics of Autoimmunity' very nicely and precisely also how one should understand the other underlined autoimmunity conditions under arthritis.

Dr Avinash Buche has explained about Blood Vessels under the topic 'Vasculitides', which is extremely informative. One has to understand the severity of the disease.

Dr Mohini Ganu has very well written about 'Kidneys' and how it can get affected if arthritis is not treated well.

Dr Pravin Patil has written about 'Disorders of Endocrine Glands' and has explained beautifully in layman's language about thyroid pancreas and more.

Dr Vaijayanti Lagu-Joshi has written about 'Muscles and Ligaments' and how fatigue of muscles and ligaments is harmful.

Dr Abhishek Zamwar has written on 'Lungs' which very well describes as to how one should observe carefully any symptoms related with lungs as in cough, cold, fever etc. Dr Girish Kakde has written on 'Brain and Nerves' and how arthritis can affect on this.

Dr Nagnath Khadke has written on 'Hair and Skin' has described very well with lots of pictures.

I am very much thankful to all these renowned Rheumatologists for giving we patients the scientific information on difficult topics.

During this Convention these doctors are going to give lectures and make us understand the importance of complications in Rheumatic diseases.

Mr Bhushan Ghate a patient from Nagpur is suffering from 'Ankylosing Spondylitis. Every year Centre for Rheumatic Diseases (CRD) recognizes a patient with an award to a deserving patient. This year Mr Bhushan Ghate will be awarded with a Medal for his fighting spirit. He has narrated his story and shown courageous spirit. I am sure that you all will get very good information from this souvenir. MAI is eagerly awaiting your suggestions and feedback.

We wish you and your family a healthy, safe and peaceful Hindu New Year!

Thank you,

Sharayu Bhat

MAI TRUSTEE

MESSAGE

Dr. Arvind Chopra
Rheumatologist

Patients of arthritis often suffer from lifelong pain and disability: Other than disease related complications, there are several personal, financial, family and social adverse outcomes. There is lack of awareness and health education in the community. Doctors often display negative attitudes and are ignorant of the rapid advances in the treatment strategies for arthritis. Also, arthritis is neglected by public health and Government health authority. It is high time that patients of arthritis find their voice and raise it in order to be recognized by all concerned. MAI is an excellent platform for this and has been active for many years.

MAI should spread its wings to bring hope and cheer to patients all over India. The national convention is an important step and I wish it all the best in its mission. I look forward to my active participation and

pro-active role. I eagerly await to listen to the patients. I am sure this is just a beginning which will evolve into a regular annual feature and continue to attract patients from all over India to share their experiences and demand better overall holistic management rather than only medicines. We need patient support groups like MAI-the sensitive and caring mother for arthritis and pain.

Dr. Arvind Chopra

Rheumatologist

Basics of Autoimmunity

Dr Sanat Phatak
Rheumatologist

What is autoimmunity?

In normal circumstances, the immune system acts to protect our bodies from bacteria, viruses and parasites. To do this, the first step for its proper action is to recognise these harmful elements as foreign, before destroying them. Identification is important prior to attacking and destroying

How does the immune system distinguish self from foreign?

The immune cells have developed sophisticated mechanisms to distinguish foreign from self. 'Innate' cells, which are simpler, utilise receptors that recognise patterns which are usually not present on human cells. These are called pattern recognition receptors and they engage only with molecular patterns associated with pathogens ***(Pathogens include viruses, bacteria, fungi, and parasites that invade the body and can cause health issues)***

We also have a more advanced system, the adaptive- that can detect microorganisms by engaging with receptors that are generated randomly. These cells need to especially trained to differentiate self from foreign. In the same way that we train children in differentiating good from bad in school, young developing adaptive immune cells (also called lymphocytes, or T cells and B cells) pass such a process in their formative phases in the bone marrow or the thymus. Cells that fail this training are not

allowed to mature. Those that do, are now 'tolerant', meaning they will no longer attack self tissue.

Autoimmunity and autoimmune disease:

Autoimmunity comes from mistaken identity. Sometimes the immune system makes a mistake and identifies one's own tissues as foreign. This implies a breakdown in self-tolerance in the adaptive immune system.

Just recognition does not mean that the immune cells will attack or produce inflammation. Evidence of autoimmunity, or that there is self- recognition in the form of lab tests can be seen in a sizeable chunk of the population. However, when there is an immune attack on tissues, a variety of autoimmune diseases develop.

The symptoms of autoimmune disease depend on which tissue or organ is under attack. We often see patients in whom their immune system attacks the joints, leading to arthritis- such as rheumatoid arthritis. There are some diseases in which a single organ or system is under attack- such as the brain white matter in multiple sclerosis, intestinal lining in Crohn's disease or thyroid gland in Hashimoto thyroiditis. In others, like lupus or vasculitis, many different organ systems may be attacked simultaneously. For example, lupus often involves the joints, skin, kidney and brain.

Why does autoimmune disease occur?

Like most chronic disorders like hypertension and diabetes, autoimmune diseases usually result from a combination of genetic susceptibility and environmental factors. The exact combination is difficult to pinpoint.

There is a combined genetic susceptibility to autoimmune disease as a whole. Thus a family may have one member with rheumatoid arthritis and another with hashimoto's. Many may not have an obvious genetic history but just a subclinical risk.

Infections are common precipitants of autoimmunity, especially viral infections. In some cases, why this happens is known- mainly that to the immune cells, some human proteins and microbial protein look similar, a phenomenon called 'molecular mimicry'. For example, human heart protein resembles the proteins from the outer covering of the common streptococcus bacteria. In a streptococcus infection, the immune system might thus end up attacking the heart, leading to rheumatic carditis. Other environmental factors such as smoking in rheumatoid arthritis, and UV light exposure in lupus are well known.

Can the knowledge of mechanisms help to prevent autoimmune disease?

Genetic susceptibility cannot be changed; we can try to minimise known environmental factors such as smoking. However, autoimmunity in itself does not require treatment and thus the major step to take is to treat early when symptoms do come up.

> “If you feel pain, you're alive. If you feel other people's pain, you're a human being.”
>
> Leo Tolstoy

Vasculitides

Dr Avinash Buche
Rheumatologist

Introduction:

In our body, there are various types of blood vessels. Arteries, arterioles, veins, venules and capillaries are the names of different blood vessels. Each type of vessel has different function to carry out. Arteries and Veins are further classified according to their internal diameter into large, medium and small sized vessels. Presence of Leukocytes (White blood cells) in the blood vessel wall and resulting vessel damage is called as vasculitis. In other words, vasculitis is inflammation of blood vessel wall. These White blood cells (WBCs) are part of the blood which is flowing through these vessels. The exact mechanism and the reason remain unknown many a times. The vasculitis is classified as primary (causes unknown) or secondary (to some viral infections like Hepatitis B and C or diseases like Lupus, Sjogren's syndrome etc). The symptoms produced in various vasculitides are either due to bleeding because of vessel wall disruption or organ dysfunction to which the concerned vessel/vessels are supplying blood. The symptoms depend upon the size of the vessel involved and the site of the vessel.

The exact incidence of these diseases is unknown but are considered rare than common arthritis like rheumatoid arthritis.

Major categories of non-infectious vasculitis:

1) Large- vessel vasculitis- e.g. Takayasu's arteritis and Gaint cell arteritis

2) Medium vessel vasculitis- Polyarteritis nodosa and Kawasaki disease
3) Small Vessel vasculitis- Microscopic polyangiitis, granulomatosis with Polyangiitis (GPA), eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (EGPA; Churg- Strauss disease), anti-glomerular basement membrane (GBM) disease, cryoglobulinemic vasculitis, immunoglobulin A (IgA) vasculitis (Henoch- Scholein purpura [HSP]) and hypocomplementemic urticarial vasculitis (anti c1q vasculitis)
4) Variable vessel vasculitis- Behcet syndrome and Cogan syndrome
5) Single- organ vasculitis- Primary Central nervous system vasculitis
6) Vasculitis associated with Systemic diseases such as Systemic lupus erythematosus, Rheumatoid arthritis, Sjogren's syndrome etc
7) Vasculitis associated with probable etiology like hepatitis C associated cryoglobulinemic vasculitis, hepatitis B associated polyarteritis nodosa etc

Clinical features of vasculitis

These diseases often present with severe features and can be life threatening.

1) Constitutional symptoms like fever, unexplained weight loss, loss of appetite, fatigue
2) Clinical features due to dysfunction of specific organs-

   Kidney- proteinuria leading to generalized body swelling, hematuria leading to anemia and fatigue, rise in blood pressure, kidney failure etc

   Nervous system- peripheral nerve dysfunction leading to foot drop or loss of sensations in legs or hands

   Brain- Paralysis of one side of the body or stroke

Lungs- Hemoptysis, Cavitation in lungs, cough, breathlessness

Gastrointestinal tract- pain in abdomen due to bowel ischemia

Ear nose throat- perforation of the nasal septum leading to difficulty in inspiration, bleeding through nose, hoarseness of voice

Heart- heart attack, palpitations

3) Ischemia of the digits leading to digital gangrene
4) Non healing ulcers over lower limbs
5) Reddish rashes over lower limb or dependent areas
6) Arthritis or arthralgia

Diagnosis:

Diagnosis of vasculitis is done by considering the history, blood investigations like complete blood count, erythrocyte sedimentation rate, C- reactive protein, Liver and kidney function tests, urine examination, Anti neutrophil cytoplasmic antibody test and Imaging findings like Ultrasonography, Computed tomography (CT) angiography, magnetic resonance (MR) angiography, Positron emission tomography (PET) scan. There are specific criteria recommended for diagnosis by various international rheumatology societies.

Certain tests are repeated at regular interval to see whether the patient is responding to the treatment or not. Also, tests are helpful to ascertain the disease activity and damage.

Treatment:

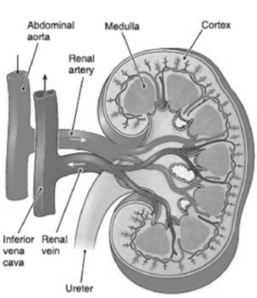
Steroids in the form of Injections or tablets are often the first line of treatment. Immunosuppressants are used to avoid the necessity of taking steroids for prolonged period. There are various options available for treatment which has improved the outcome of patients with vasculitis. Early detection and regular treatment can help the patients to lead a meaningful life.

Kidneys in Rheumatologic Disorders

Dr. Mohini A Ganu
Rheumatologist

Though most of the rheumatologic disorders present predominantly as joint pains , connective tissue disorders like SLE, MCTD (*Mixed Connective Tissue Disease*), Vasculitis also involve vital organs like kidneys, brain and heart. Its important to be vigilant about internal organ involvement as the treatment plan changes according to extent of the disease.

Kidneys are situated in posterior abdomen one on each side of vertebral column. Each kidney is approximately 11 to 12 cms in length, surrounded by a fibrous capsule. It is supplied by single renal artery entering through hilus which then divides into multiple branches. The renal parenchyma is broadly divided in cortex *(cortex is the outside layer or covering of the kidney)* and medulla. (The cortex surrounds the inside of the organ, which is called the medulla)



The functional unit of kidney is known as nephron. The number of nephrons present in the kidneys at birth is determined in foetal life. It predicts the risk of renal disease or hypertension later in life.

1.Photograph of hemisection of kidney.(Adapted from internet)

Function of kidneys- Kidneys act as garbage chutes that are essential for removal of toxic products of body metabolism. At any given time one fifth of the cardiac output perfuses the kidney. Through ultrafiltration it removes the toxic products and maintains the electrolyte and water balance.

Hypertension- Kidneys play important role in blood pressure regulation. Hypertension (high blood pressure) is the earliest clue to renal disease. Both renal parenchymal diseases like SLE or vasculitis with nephritsor vascular diseases affecting renal arteries eg. Vasculitis / Takayasu arteritis or polyarteritis nodosa causing narrowing of renal arteries and compromising blood supply lead to hypertension.

When do you suspect involvement of the kidneys? What are the clinical features of kidney involvement?

Main function of the kidneys is production of urine. Patients experience passing less amount of urine. Sometimes increased frequency and production of urine in excess amount is seen. Normal average urine output per day is 1 to 2 litres. If it is decreased then patients will have abnormal water retention in body leading to swelling over feet, face or whole body. Subsequently they may become breathless.

Kidneys are also required for maintaining electrolyte (sodium and potassium) balance in body. Reduced kidney function may lead to increased potassium levels in body which may in turn alter heart functioning. Reduced sodium levels either due to kidney affection or drugs used for increasing urine output cause fatiguability, reduced appetite and may affect mentation too.

Patients with kidney disease may have history of passing frank blood in urine. This may be seen in vasculitis, systemic lupus erythematosus, coagulopathies etc. Sometimes blood in urine may not be visible to naked eyes but still patient might have blood loss in urine which is visible only on microscopic

examination. Hence routine urine examination is very essential for every patient of rheumatologic disorders. Patients on anticoagulants (blood thinners) have the potential danger of excess blood thinning leading to bleeding from many sites including kidneys.

In addition to blood loss patients may have protein especially albumin loss in urine. With progressive loss of albumin patients develop tendency to retain water in body leading to development of swelling all over body.

Investigations –

Urine exam is the most essential part of routine investigations of patients of rheumatologic disorders. It gives idea about infections as well as internal kidney structures that are involved. 24 hours urine collection and examination is required to assess total volume and albumin loss.

Kidney function tests i.e. Blood urea and SR creatinine levels give idea about functional status of the kidney. Their serial estimations are sometimes required to assess progress of the disease and drug effect. These are routinely checked when patients are on DMARDs like methotrexate and immunosuppressants (eg.cyclophosphamide, azathioprine, mycophenolate mofetil).Their doses are decided accordingly.

Invasive investigation like kidney biopsy is essential to know the type and stage of kidney disease initially and sometimes for follow up subsequently.

Ultrasound examination of the kidneys reveals structural defects, fluid collection around kidneys as well as renal stones.

Complete blood counts, liver function test (LFT), Serum electrolytes and ANA pattern and profile, ANCA antibodies are few more tests required in patients suspected of kidney involvement following rheumatologic disorder.

What about treatment?

Doctors first try to confirm nature and cause of the disorder (whether it is secondary to renal stones, infections, genetic, hereditary or immunologic).

After confirming the immunologic cause doctors assess which organs in the body are involved apart from joints (lungs, heart, kidneys, brain skin etc).

After confirmation of kidney involvement drugs and doses are decided according to nature and stage of the disease.

Patients need to maintain water balance by measuring fluid intake (water and other liquids) in 24 hours and also need to measure 24 hours urine output intermittently . This gives idea about how much water intake is to be taken. Serial body weight estimation assists in assessing fluid status and treatment effectively.

If potassium levels in blood are high then avoid green leafy vegetables, coconut water and fruits.

In order to control your blood pressure, the salt/ sodium intake should be low. It also assists in reducing the water retention in patients of chronic kidney disease. Average daily intake of sodium should be less than 2300mg/day however should be decided in consultation with treating doctor (according to stage of disease, fluid balance of body and treatment given). Canned/processed foods are to be avoided as they contain salt as preservative.

Sodium and potassium levels need to be watched meticulously in those on diuretic therapy or drugs like ACE inhibitors. (Angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors are medications that help relax the veins and arteries to lower blood pressure).

Dietary protein intake can affect renal function hence

eating right amount and right type of protein is important especially in patients of advanced renal disease. Those with moderate renal function (nonnephrotic patients) suggested protein intake is .8gms/kg/day.

Specific drugs can revert the renal disease to normal in early stages or halt the disease progression. Corticosteroids constitute essential part of treatment of nephritis (inflammation of kidneys) associated with rheumatologic diseases. To control the disease the drugs are required in higher doses. While on this drug patients may experience side effects like mooning of face, development of diabetes or hypertention and recurrent infections. However if taken under observation, side effects can be minimized while saving the kidneys from permanent damage. Never stop corticosteroids abruptly. It's always beneficial to discuss the issue with treating doctor.

Immunosuppressants / steroid sparing drugs are also administered to control kidney disease along with corticosteroids. These drugs are needed for prolonged periods. Those with end stage kidney disease may need regular dialysis (a process of removal of toxic products in blood through machine).

Anti hypertensive drugs are required to control raised blood pressure.

Patients have to be cautious while taking pain killers about their effects on kidneys. Unmonitored over the counter medication on your own is dangerous and should not be done.

Since treatment of kidney disease with rheumatologic cause is required on long term basis, periodic routine follow up and investigations are needed and should be done as per treating doctors advice. This will protect you from disastrous long complications of the disease and drugs.

Autoimmune Rheumatic Diseases and Disorders of Endocrine Glands

Dr Barkha Patil,
Pune Rheumatology Center

Dr Pravin Patil
Pune Rheumatology Center

Autoimmune rheumatic diseases are a group of disorders that occur when the immune system mistakenly attacks healthy cells in the body. This can lead to chronic inflammation and damage to various tissues and organs, including the endocrine glands.

The endocrine system is a complex network of glands that produce and secrete hormones, which regulate various bodily functions. The most commonly affected endocrine glands in autoimmune rheumatic diseases include the thyroid gland, the adrenal glands ***(A small gland that makes steroid hormones)***, and the pancreas.

THYROID GLAND DISORDERS

The thyroid gland is a small, butterfly-shaped gland located in the neck, which produces hormones that regulate metabolism, heart rate, and body temperature. When the immune system attacks the thyroid gland, it can lead to a condition known as autoimmune thyroiditis. This can cause the thyroid gland to become inflamed, leading to an overactive or underactive thyroid.

Autoimmune thyroiditis is commonly associated with autoimmune rheumatic diseases such as rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus.

What are the symptoms of autoimmune thyroid diseases?

The symptoms of hyperthyroidism (Over active thyroid) include weight loss despite having a normal appetite, abnormal menstrual cycles, heat intolerance (feeling hot when other people in the same room do not), increased sweating, palpitations, tremors, restlessness, increased bowel movements and nervousness.

The symptoms of hypothyroidism (Under active thyroid) include weight gain, weakness, dry skin, impaired memory, cold intolerance (feeling cold when other people in the same room do not), abnormal menstrual cycles, hair loss, constipation and depression.

Patients with both hyperthyroidism and hypothyroidism can experience severe fatigue. Some patients with thyroid disease may have no clinical symptoms, or the symptoms can be so mild that they may be unnoticed. It is also important to realize that many of the symptoms of thyroid disease are not specific, meaning they could be caused by a variety of conditions

Given that patients with autoimmune rheumatic diseases are predisposed to the development of thyroid diseases, screening of these patients for thyroid diseases can be considered. Furthermore, some of the nonspecific complaints of autoimmune thyroid diseases such as fatigue, hair loss and joint pain can be attributed to patient's rheumatic disease. For this reason, a periodic thyroid disease screening can be justified to rule out subclinical and clinical autoimmune thyroid disease.

ADRENAL GLAND DISORDERS

The adrenal glands are located on top of the kidneys and produce hormones such as cortisol, which help the body respond to stress. When the immune system attacks the adrenal glands, it can lead to a condition known as autoimmune adrenal insufficiency, or Addison's disease. This can cause the adrenal

glands to produce too little cortisol, leading to symptoms such as fatigue, weakness, and low blood pressure.

Addison's disease is commonly associated with autoimmune rheumatic diseases such as rheumatoid arthritis, lupus, and Sjogren's syndrome. The condition is often diagnosed with blood tests that measure the levels of cortisol and other hormones.

Why you should not suddenly stop taking steroids?

For steroid treatments lasting longer than a few days, it is VERY important not to miss a dose, and to only stop treatment under medical supervision. This is because after some days or weeks of taking steroids your body (Adrenal glands) stops making enough of its own steroids to maintain important functions (such as blood pressure). A sudden withdrawal from medication may cause a sharp fall in blood pressure and affect blood sugar levels. This is known as adrenal insufficiency. You will need to - 'taper'(gradually reduce) the dose to give your adrenal glands time to start making their own steroids again.

Symptoms of adrenal insufficiency include:

Vomiting

Feeling extremely tired

Feeling and being sick

Dizziness

Loss of appetite and weight loss

PANCREATIC DISORDERS

The pancreas is an organ located behind the stomach that produces hormones such as insulin, which regulate blood sugar levels. When the immune system attacks the cells in the pancreas it is known as autoimmune pancreatitis. This can cause symptoms such as diarrhoea, weight loss, abdominal pain and vitamin or

mineral deficiency

Can arthritis cause diabetes?

People living with Rheumatoid arthritis have an increased risk of developing type 2 diabetes. Researchers have found that people living with RA are 23% more likely to develop type 2 diabetes compared with the general population.

People living with RA may be more likely to develop type 1 diabetes, as both conditions are autoimmune disorders. A person who has an autoimmune condition is more likely to develop another one during their lifetime.

It is suggested that people over the age of 45 years should get routine screenings tests for diabetes regularly, this is particularly important for those living with RA.

Conclusion

In conclusion, autoimmune rheumatic diseases can have a significant impact on the endocrine system and the glands that produce and secrete hormones. Thyroid gland disorders, adrenal gland disorders, and pancreatic disorders are some of the most commonly affected areas, leading to conditions such as autoimmune thyroiditis, autoimmune adrenal insufficiency, and autoimmune pancreatitis. Patients with autoimmune rheumatic diseases are more likely to develop these endocrine disorders and may require regular screenings to ensure early detection and proper treatment. It is essential for patients to discuss any symptoms with their healthcare provider and follow medical advice to manage these conditions effectively.

Effects of Autoimmune Diseases on Muscles and Ligaments

Dr Vaijayanti Lagu-joshi
Consultant Rheumatologist

Rheumatic diseases are diverse, multifactorial diseases. Rheumatic diseases affect not only joints but also affect muscles, bones and periarticular tissues like tendons, ligaments, connective tissue. Some of them are autoimmune in nature caused due to altered immune responses against self-tissues for example: Rheumatoid arthritis, lupus, inflammatory myositis.

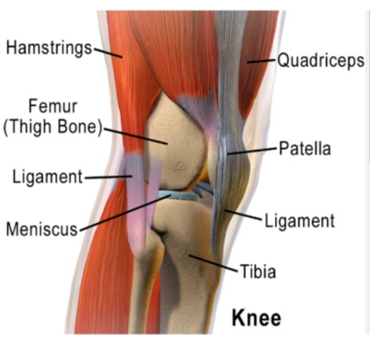
There are three main types of muscles: skeletal muscles, in upper and lower limbs that can be voluntarily controlled, smooth muscles that are involuntary, control breathing, and digestion; involuntary cardiac muscles, which control the function of the

heart. Skeletal muscles travel across the length of joints and stretch between the bones. All muscles in the body contract or shorten when they receive nerve signals initiated by the brain.

Ligaments and tendons are fibrous bands of connective tissue that attach to bone. Ligaments connect two or more bones together and help stabilize joints. *Since they have limited stretching ability, they limit how far a joint moves to help protect against injury.*

Tendons attach muscle to bone. Tendons vary in size and are somewhat elastic and *connect muscles to bones. Their job is to transmit force between the bones and the muscle.*

Major tendons in body are Achilles tendon at the heel, rotator cuff in shoulder.



Here is a schematic diagram of knee joint and periarticular structures.

Tendinosis/ tendinitis:

Tendonitis is inflammation of tendons. It usually develops when these tendons are overused, injured or if there is a pre-existing rheumatic condition. The Achilles tendon is a large tendon that connects calf muscles to the bony calcaneum.

Psoriatic arthritis is an important cause of tendinitis especially at heel. Long standing rheumatoid arthritis can also cause periarticular tendinitis in knees, shoulders, wrists and hands. Seronegative spondylo-arthropathies can cause inflammation of tendons around hip and heel.

Symptoms usually include pain, tenderness and restricted movement of the joints

Tendinitis / tenosynovitis can be picked up on ultrasound.

Tendon tear:

Long standing inflammation in tendons can lead to tears. Rheumatoid arthritis can cause such tears in extensors of fingers of hands. It becomes difficult to lift up the finger then and that affects the daily functioning

A rotator cuff tear is a rip in the group of four muscles and tendons that stabilize shoulder joint.

Rotator cuff injuries of shoulder are most often caused by progressive wear and tear of the tendon tissue over time. Repetitive overhead activity or prolonged bouts of heavy lifting can irritate or damage the tendon. The rotator cuff can also be injured in a single incident during falls or accidents.

The tears are diagnosed by ULTRASOUND / MRI techniques.

Ligament Involvement

Inflammatory diseases like rheumatoid arthritis, psoriasis cause synovitis and affect tendons and ligaments too. Weakened ligaments can cause joint deformities - such as claw toe or hammer toe, hand deformities of RA

MYALGIA

Myalgia is diffuse muscle pains. Viral infections like Chikungunya, dengue fever can present as myalgias and arthralgia. They generally settle with symptomatic measures and rest.

Fibromyalgia - a chronic condition in young females .There is diffuse pain all over body, sleep problems, fatigue, and often emotional and mental distress. Exercise, positive mindset, stress relaxation are mainstay in treatment of fibromyalgia.

MYOSITIS:

The idiopathic inflammatory myopathies (IIM) are the inflammatory muscle diseases. They are a heterogeneous group of autoimmune inflammatory muscle conditions comprising mainly of dermatomyositis and polymyositis. They present with muscle weakness, myalgia, swallowing and breathing difficulties in some. In dermatomyositis there are skin rashes as well.

The diagnosis is made by raised muscle enzymes, abnormal electromyography (EMG), abnormal muscle biopsies and myositis-related antibodies.

Inflammatory myositis are treated with steroids and immunosuppresants and physiotherapy helps to strengthen muscles

Overlap/ mixed connective tissue diseases, lupus can also show myositis.

MYOPATHY :

In myopathy there is muscle weakness and pain but there may not be any inflammation. Patients with Rheumatoid Arthritis can have lower muscle mass and weakness secondary to active joint pain and swellings or deformities of joints. Deformities and active disease lead to impaired physical function and a greater tendency toward physical inactivity.

Osteoarthritis of knees is a degenerative arthritis which can also show muscle weakness due to sarcopenia and inactivity due to pain.

Sometimes medications used in treating a number of rheumatic disease can show myopathy. Glucocorticoids are

powerful anti-inflammatory agents and have a variety of uses in rheumatology. Steroid induced myopathy is a known side effect of steroids that needs to be differentiated from active myositis.

Various autoimmune diseases can affect muscles and periarticular structures apart from arthritis, thus correct diagnosis and appropriate treatment are needed. Sometimes the treatment is with medication, sometimes with physiotherapy alone or in combination with medications and sometimes surgical repair is necessary to tackle tendon / ligament ruptures.

"Don't stress yourself It's just a bad day not a bad life Sometimes life is hard but it will Make you stronger person don't worry."

Lungs and Rheumatic Diseases

Dr Abhishek Zanwar
Rheumatologist

Rheumatic diseases are a group of autoimmune conditions that affect the joints, connective tissues, and other organs of the body. Autoimmune diseases are conditions in which the immune system mistakenly attacks healthy cells in the body, causing inflammation and damage to various organs and tissues. Some autoimmune diseases can affect the lungs, leading to respiratory symptoms and complications.

The specific ways in which rheumatic diseases affect the lungs can vary depending on the individual disease and its severity. However, some common respiratory symptoms associated with rheumatic diseases include shortness of breath, cough, chest pain, and fatigue. Sometimes medicines given for autoimmune disease can lead to complications like lung infection, which may have similar symptoms. It is important for people with rheumatic diseases to discuss any respiratory symptoms with their healthcare provider, as early diagnosis and treatment can help prevent or manage lung complications.

Rheumatoid arthritis (RA): RA is an autoimmune disease that primarily affects the joints, but can also lead to lung complications. In RA, lung involvement can occur in several ways. One way is through the development of rheumatoid nodules in the lungs, which can lead to inflammation and scarring. Another way is through interstitial lung disease, which

is a condition that affects the tissue and space around the air sacs in the lungs. This can cause shortness of breath, coughing, and a decrease in Lung Function.

Systemic lupus erythematosus (SLE): SLE is a systemic autoimmune disease that can affect multiple organs, including the lungs. Lung complications associated with SLE include pleuritis (inflammation of the lining of the lungs), which leads to accumulation of fluids around lungs.

This can cause chest pain and difficulty breathing. SLE can also cause interstitial lung disease and pulmonary artery hypertension. Very rarely SLE can cause serious complication like diffuse alveolar hemorrhage, it happens due to inflammation of small blood vessels of lungs leading to oozing of blood from lungs and hemoptysis. Some SLE patients have tendency to form spontaneous blood clots which may lead to pulmonary embolism. (blood clot gets stuck in an artery in the lung, blocking blood flow to part of the lung)

Scleroderma: Scleroderma is a connective tissue disorder that can cause fibrosis (scarring) of the lungs and skin. It can cause ILD and pulmonary hypertension. Pulmonary arterial hypertension is high blood pressure in the arteries that supply blood to the lungs. This can lead to shortness of breath, fatigue, and swelling in the legs.

Sjogren's syndrome: Sjogren's syndrome is an autoimmune disease that affects the body's moisture-producing glands, such as those in the eyes and mouth. It can also cause inflammation in the lungs, resulting in ILD (Interstitial Lung Disease) . Sometimes it can also cause pleurisy like SLE.

Polymyositis and dermatomyositis: These are very rare autoimmune diseases that affect the muscles and skin, but can also lead to ILD and interstitial pneumonia.

Sarcoidosis: Sarcoidosis is a rare autoimmune disease that

can cause the formation of granulomas (small clusters of cells) in various organs, including the lungs. Lung involvement in sarcoidosis can cause cough, shortness of breath, chest pain, and fatigue.

Autoimmune vasculitis: Autoimmune vasculitis is a group of autoimmune diseases that affect the blood vessels. When it affects the blood vessels in the lungs, it can cause pulmonary vasculitis, which can lead to shortness of breath, coughing up blood, and chest pain. This can be life threatening and often needs admission to intensive care units.

Idiopathic pneumonia with autoimmune features (IPAF): This is a newly described clinical entity that is characterized by a combination of interstitial lung disease (ILD) and features of autoimmune diseases. The term "idiopathic" is used because the cause of IPAF is unknown, and it is different from other known autoimmune diseases. The diagnosis is usually made with the help of demonstration of autoantibody with ILD. Patients should usually have some rheumatism specific symptoms also.

Evaluation: Xray or Ultrasound of chest and High resolution CT scan are useful to confirm the lung involvement in autoimmune diseases. Pulmonary function test with diffusion studies can be helpful in assessing disease severity and response to treatment. There are many autoantibodies panel available for diagnosis of specific autoimmune disease and ILD.

Treatment: It usually need team comprising rheumatologist/ immunologist, pulmonologist and rehabilitation team. It is typically focused on controlling inflammation and managing the underlying autoimmune condition. This may involve medications such as corticosteroids, immunosuppressants, and biologics, as well as other measures care like smoking cessation, avoiding exposure to pollutants, and managing other medical conditions like Gastroesophageal reflux

disease (GERD) that may exacerbate the ILD. It is important to work closely with your healthcare team to develop a treatment plan that is tailored to your specific needs and goals. Depending on the cause of the ILD, your doctor may prescribe medications to suppress the immune system, reduce inflammation, reduce fibrosis or dilate the airways. Examples of these medications include corticosteroids, immunosuppressants, and anti-fibrotic medicines. If your breathing is impaired, you may need supplemental oxygen to help you breathe more easily. Pulmonary rehabilitation is a program that combines exercise, breathing techniques, and education to help improve lung function and quality of life.

"Always notice the people who are happy for your happiness, and sad for your sadness. They are the ones who deserve special places in your heart."

Brain and Nerves Involvement in Rheumatic Diseases

Dr Girish Kakade
Rheumatologist

Rheumatic diseases include different types of arthritides, connective tissues diseases, vasculitides, myositis etc. All of these are basically autoimmune diseases where one's own immune system attacks their own body due to defects in differentiation between self vs foreign. Principal tissues to be affected are usually joints; however many other organs are also commonly affected including the nervous system. The nervous system can be divided into central nervous system (brain and spine) and peripheral nervous system (nerves, neuromuscular junctions and muscles). Each rheumatic disease can affect nervous system in a different way, at a different time in the disease duration. We will see about the common rheumatic diseases and neurological involvement in them.

Rheumatoid Arthritis:

Rheumatoid Arthritis (RA) is a chronic, progressive, systemic inflammatory disorder where joints are the primary target. Extra-articular (other than joints) manifestations usually appear late in disease and usually seen in patients who have aggressive joint disease which is untreated/inadequately treated for long durations. These manifestations are also more common in whom antibodies for RA (rheumatoid factor and anti-CCP antibodies) are positive than in whom they are negative (I.e. Seropositive vs seronegative RA). RA can affect both central as well as peripheral nervous system.

Cervical spine involvement:

It is a late and severe manifestation of RA, usually seen in untreated RA patients. The incidence is reducing day by day with better availabilities of treatment facilities and better treatments as compared to past. Atlanto-axial subluxation (joint between first 2 vertebrae in the neck) is the commonest complication which can cause cervical spinal cord compression.The symptoms usually are neck pain along with tingling or numbness in hands and later can also develop motor weakness in hands. The diagnosis can be made by simple x-ray, but sometimes MRI may be needed. Some patients have ongoing inflammation (pannus) in these joints and may benefit from steroids and disease modifying anti rheumatic drugs (DMARDs), while others may need surgical intervention to stabilise the cervical spine. This manifestation needs to be identified at the earliest because if goes undetected this can lead to quadriplegia (weakness in all four limbs) and even to death.

Peripheral Nerve Involvement:

Entrapment neuropathies occur commonly with RA and can occur early in the disease. The commonest is carpal tunnel syndrome where median nerve (nerve that supplies a part of hand) is compressed at the level of wrist. Symptoms include tingling and numbness in the fingers of the hands usually sparing the little finger. It may also progress to motor weakness in these fingers. Majority of the patients improve with the treatment of RA with DMARDs. A small proportion of patients may need local steroid injection and an even smaller proportion may need surgical procedure to release the median nerve from the compression.

Long standing Seropositive, erosive RA can sometimes cause vasculitis (inflammation in blood vessels) which can sometimes affect multiple peripheral nerves at the same time (mononeuritis multiplex). This condition needs immediate treatment with aggressive immunosuppression to prevent permanent damage to nerves.

Ankylosing spondylitis:

Ankylosing spondylitis is an inflammatory arthropathy that affects predominantly axial skeleton (spine). It begins in lower spinal joints called sacro-ileic (SI) joints and then ascends to involve the remaining spine. In late form of the disease, it can lead to spinal cord impingement at multiple levels and may need surgical intervention. Early diagnosis and effective treatment can prevent this manifestation.

Systemic Lupus Erythematosus (SLE):

SLE is a mutisystem inflammatory disease where organs other than joints are commonly affected from the initial presentation. Neurological manifestations are common. Common neurological conditions seen in SLE are psychiatric symptoms, headache, seizures. It may also cause stroke, transeverse myelitis (acute involvement of spinal cord leading to weakness in limbs as well as bowel/bladder incontinence); involvement of cranial nerves, peripheral nerve involvement (mononeuritis multiplex). Nervous system involvement in SLE is considered as a serious manifestation and almost all the patients usually have involvement of other major organs like kidneys, lungs, heart etc. It needs immediate hospitalisation and aggressive treatment with immunosuppression in most of the cases.

Sjögren's Syndrome:

It is usually a mild connective tissue disease affecting mainly the tear secreting lacrimal glands and saliva producing salivary glands leading to dryness of mouth and eyes. Rarely, it can involve nervous system ranging from involvement of brain and/or spine with demyelinating disease to peripheral nerve involvement. Nerve involvement again can be mild with only sensory symptoms to mononeuritis multiplex which needs aggressive treatment with immunosuppression.

Vasculitis:

Vasculitis means inflammation of blood vessels. Inflamed

vessel walls reduce the diameter of the blood vessel impairing the blood supply to the organ to which it supplies. Vasculitis can affect any organ in the body and is usually is serious systemic autoimmune disease. It can broadly be divided into three main groups: large vessel vasculitis (Takayasu arteritis, Temporal arteritis/Giant cell arteritis), Medium Vessel vasculitis (Polyarteritis Nodosa, Kawasaki disease) and small vessel vasculitis (ANCA associated vasculitis). Like other organs, nervous system is also commonly affected in these diseases.

Large vessel vasculitis can cause light headedness , dizziness, headache and visual disturbances. They can also lead to strokes. Medium vessel vasculitis can cause peripheral nerve involvement including mononeuritis multiplex. Small vessel vasculitis like ANCA ***(antineutrophil cytoplasmic antibodies is a blood test)*** associated vasculitis (previously called Wegener's granulomatosis, Churg Strauss syndrome) can involve peripheral nerves in the form of polyneuropathies or mononeuritis multiplex as well as can involve brain in the form of mass, stroke etc. These all vasculitis warrant immediate consultation with a rheumatologist and aggressive treatment with immunosuppression. If left untreated, they can lead to permanent organ damage and even to death within few days to weeks.

Apart from above mentioned diseases, there are many other rheumatic diseases which can affect brain, spine or nerves in different ways and at a different time duration in the disease process. Myositis are the group of diseases which affect muscles and cause weakness in limbs. If untreated, they can lead to permanent muscle damage and disability. Respiratory muscle involvement can be fatal if not treated immediately.

Thankfully, almost all of these diseases and their nervous system involvement can be treated effectively. Early diagnosis, prompt and timely intervention can prevent permanent neurologic sequele as well as loss of precious life.

Skin and Hair in Rheumatology

Dr Nagnath Khadke
Rheumatologist

Rheumatological disorders are Auto-immune chronic disorders. One commonly equates most of these disorders as diseases related to joints. However in almost all of these disease various other systems are also involved, especially skin.

Systemic Lupus erythematosus, systemic sclerosis, sarcoidosis, vasculitis and myositis are few of the diseases where skin involvement is in fact one of the dominant systemic involvements. Many a times, skin manifestations can be the presenting symptom for rheumatological disorders. These skin manifestations often help in suspecting or sometimes even establishing a diagnosis.

Even though many of the skin manifestations can be similar across various diseases, not only rheumatological but infectious ones also, a simple procedure of skin biopsy and further investigations with histopathology (study of changes in tissues caused by disease) and immunohistochemistry (A laboratory method that uses antibodies) often clinches the diagnosis. This also helps in avoiding more invasive procedures sometimes required for establishing a diagnosis.

Skin also provides a reasonable window to the disease activity and involvement of other systems. Therefore improvement in the skin lesions can often co relate well with overall improvement in disease status.

As most of these diseases would always have a skin manifestation one way or the other, it would be prudent to consider those rheumatological conditions which are more common and which have dominant skin involvement.

We will start with Rheumatoid Arthritis.

Rheumatoid Arthritis –

Extra articular manifestation in RA, like skin involvement, usually co relates with the disease duration and severity. The various skin manifestations commonly observed in RA are, Rheumatoid Nodules, (firm lumps under the skin). Pyoderma gangrenosum (large, painful sores (ulcers) that develop on your skin, most often on your legs)., cutaneous vasculitis (affecting small- or medium-sized vessels in the skin and subcutaneous tissue but not the internal organs.) (perpura / gangrene), erythema nodosum, (a type of skin inflammation that is located in a part of the fatty layer of skin) and livedo reticularis. (A netlike pattern of reddish-blue skin discoloration. The legs are often affected.).

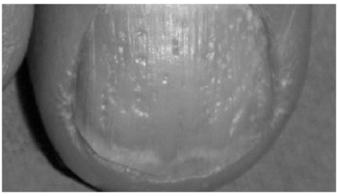
Rheumatoid nodules most commonly develop in subcutaneous tissue and are firm, non tender and usually located in extensor surfaces (skin surfaces on the outside of a joint) and pressure points.

Pyoderma gangrenosum presents with single or multiple moderate to large painful ulcers mostly on lower limbs. They can

be seen not only with RA but multiple other diseases like inflammatory bowel diseases, vasculitis syndromes *(*inflammation of the blood vessels) and sometimes hematological malignancies. (Hematological malignancies are cancers that begin in blood-forming tissue)

Perpura (a ***rash*** of purple spots on the skin caused by internal ***bleeding*** from small blood vessels.), erythema nodosum (a type of skin inflammation) and livedo reticularis (is a skin symptom - a netlike pattern of reddish-blue skin discoloration) we will consider subsequently.

Psoriatic Arthritis –



Psoriasis is an auto immune chronic disorder which affects skin, scalp, nails as well as enthuses and joints. In most of the cases (75 %), skin condition precedes arthritis, in 15 % it develops after arthritis and in 10 % cases the skin and joint involvement occurs simultaneously. Majority of the psoriasis patients develop arthritis after 5 to 15 years of skin involvement.

Joint involvement without skin involvement is termed as "Psoriatic Arthritis sine Psoriasis" and can be difficult to diagnose early.

Psoriasis has different morphological patterns, Plaque psoriasis, Guttate psoriasis, pustular psoriasis and inverse psoriasis.

Psoriasis can involve nails with, nail pitting, onchylosis (detachment of nail plate from nail bed), onchymadesis (shedding of the nail), trachyonychia (is a disorder of the nail), subungual hyperkeratosis (Thickened, discolored skin under nail), splinter haemorrhagesor discoloration of nail bed.

Psoriatic arthritis commonly involves DIP joints along with

other small joints of hands and feet. Psoriatic arthritis can lead to a rapidly progressive aggressive joint inflammation causing complete destruction and deformities of the joints, called as, Arthritis Mutilans.

Reactive Arthritis –

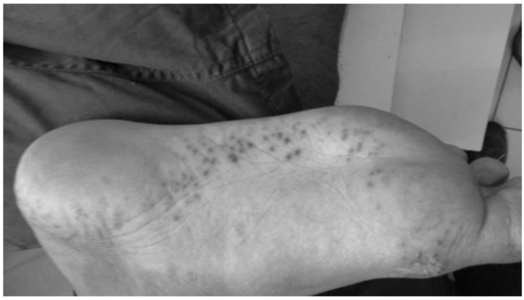
Reactive Arthritis is a form of spondyloarthritis characterized by inflammatory joint, skin and eye involvement that develops after gastrointestinal or urogenital infection, though the infection is not often documented in all cases.

The cutaneous manifestations are distinctive enough to differentiate it from other similar arthritides and are seen in up to 15 % of cases.

Typical cutaneous features of reactive arthritis includes, Keratoderma blennorrhagicum, circinate balanitis / vulvitis and keratotic plaques.

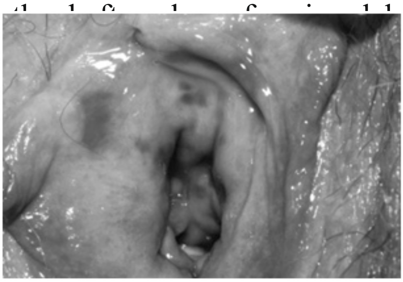
Keratoderma blennorhagicum is a symmetric involvement of palms and soles in the form of keratotic erythematous pappules, pustules or plaques. These are morphologically and

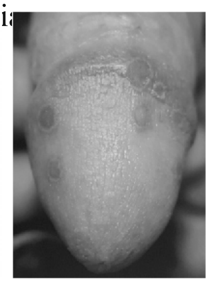
histologically indistinguishable from psoriatic lesions.



Reactive arthritis also involves nail in similar fashion to psoriatic arthritis with pitting, onchylosis anssubungual keratosis.

Circinte balanitis or vulvitis are erythema or plaque like lesions or [illegible]





IBD relate arthritis

Common mucocutaneous manifestations in IBD related arthritis are Erythema nodosum, pyodermagangerenosum, sweet syndrome and apthous stomatitis.

Systemic lupus erythematosus

Of all the auto immune diseases, SLE, is perhaps most well-known for muco-cutaneous involvement.

SLE has quite extensive and myriad skin manifestations of which some are SLE specific and some are SLE non specific.

SLE non specific skin manifestations can be seen in many other auto immune as well as non auto-immune diseases. These are palpable perpura, urticarial vasculitis, livedoreticularis, Raynaud's phenomenon, erythema multiforme, periungualtelangiectasia. SLE can also produce skin lesions similar skin lesions seen in auto immune skin disorders like lichen planus, pemphigus and dermatitis herpetoformis.

Lupus specific skin lesions –

Acute cutaneous lupus – localized or generalized

Sub acute cutaneous lupus – annular or pappulo-squamous

Chronic cutaneous lupus – discoid lupus erythematosus, lupus panniculitis, lupus tumidus and chillbains lupus.

Malar rash –

It's a classic butterfly rash presenting as erythematous pruritic pappular lesions commonly developing in malar distribution and mostly precipitated by sun light exposure is perhaps the most well known rheumatological rash. It can be a presenting symptom many times and is present in large proportion, up to 60% to 90 % of SLE patients at some point of time. It also is a part of classification criteria. Common differentials include acne rosacea, seborrheic, atopic or atopic dermatitis.

Sub acute cutaneous lupus –

These rashes usually start as small erythematous slightly scaly lesions which evolve into

either psoriassi form or annular form. These are hard to differentiate from psoriatic skin lesions. These are highly photosensitive lesions.

Discoid Lupus –

These are discrete erythematous plaque like lesions which slowly expand and resolve with central area of clearing with scarring, atrophy and depigmentation.

Lupus Panniculitis –

These are firm, nodular, often tender lesions which can develop at any site and usually resolve leaving depressed area.

Photosensitivity –

Photosensitivity is extremely common in lupus patients, present in 60 % to 100 % of patients, who tend to develop a rash on exposure to sunlight, which contains UV-B radiation. Rarely patients can also be sensitive to radiation of common house lights / bulbs or visible light spectrum.

Idiopathic Inflammatory Myositis –

These are a group of auto immune chronic diseases primarily having inflammatory muscle involvement, although skin, lung, and joints can also be involved in large number of patients. They are further classified in to Polymyositis, Dermatomyositis, Inclusion body myositis and miscellaneous myositis.

Skin is most commonly involved in " Dermatomyositis " in which certain specific skin lesions are a disease defining criteria. These cutaneous lesions may precede muscle symptoms by months or years. Most of these skin lesions are pathognomic or charecteristic and include Gottron papule, gottron sign, heliotrope rash, mechanic's hands, shawl sign, "V" sign, holster sign etc..

Gottron sign is a symmetric violaceous or erythematous plaques or atrophic macules over bone prominences like knucles, elbows or malleoli..

Gottronpappules are violaceous round flat topped papules with slight central depression, and are most commonly seen on knuckles, toes or elbows.

Heliotrope rash is violaceoussy-mmetric hue of the eyelids and peri orbital region with associated oedema. This can be an early finding lasting for long time, however the colour fades away and oedema subsides with immunomodulation theorapy.

Shawl sign, V sign and holster sign are confluent violaceous macular erythema distributed over upper back and neck (shawl sign), front of the neck and chest (V sign) and lateral aspect of thighs and buttocks (holster sign). With treatment these rashes heal with patchy depigmentation. If the lesions progress to ulceration, it is a poor prognostic sign.

Mechanic's hands are hyperkeratotic, scaly, hyperpigmented, fissuring, symmetric and non pruritic lesions over thumd, index and middle fingers. These are commonly present with anti synthetase syndrome.

Telangiectasia, livedoreticularis, Raynaud's phenomenon are some of the types of skin lesions some times observed in Myositis.

Systemic Sclerosis –

Also known as scleroderma, this is a chronic auto immune disease with pathognomic involvement of the skin. In fact this is one rheumatological disorder where the skin involvement in itself is enough for establishing diagnosis The manifestations can range from primary skin involvement to significant systemic involvement.

Scleroderma –

This is a symmetric thickening, tightening and induration of the skin. If limited to area distal to MCP joints and face, it is called as limited sclerosis and if it extends to area proximal to this joints and other body parts, it is called as diffuse scleroderma.

Skin changes evolve through three sequential phases..

First and earliest phase is oedematous phase characterized by puffiness, swelling and decreased flexibility of the face, fingers and hands. In the second phase there is progressive induration causing gradual diffuse sclerosis. The affected skin appears shiny, taut, thickened and bound down leading to a pinched nose, loss of wrinkles over face and mask like face. Eye lid retraction is difficult. In the final phase which develops after many years, skin becomes thin, atrophic and tightly tethered

to underlying tissue. In severe cases, finger contraction or ulcers on bony prominences can also develop leading to functional disability.

Raynaud's Phenomenon –

It is one of the earliest symptom of scleroderma seen in fingers, toes, ears and nose. It presents with sequential changes in skin colour from pallor followed by cyanosis ending with rubor as reperfusion occurs.

Salt and Pepper Skin Rash –

Skin thickening is usually accompanied with pigementary changes. Salt and papper appearance is commonly observed over forehead, neck, chest and upper back.

Digital Ulcers –

Though a skin finding, the cause for these ulcers which develop at finger tips is vascular involvement. These occur due to chronic ischemia, can lead to secondary infection and are slow to heal. Up to 25 % of such ulcers may progress to gangrene and auto amputation.

Telangiectasia –

These are erythematous matted skin lesions of vascular origin which blanch on pressure. They primarily develop on palms, face, oral mucosa. They are indicative of ongoing vascular injury and are associated with increased

risk of pulmonary hypertension.

Calcinosis – These are deposits of calcium phosphate in soft tissues which can be visible to naked eye. They can occur at any site and are painful, hard and adherent to underlying tissue with infection or fistulization as possible complication.

Skin manifestations in systemic vasculitis

Palpable Perpura –

Unquestionable one of the commonest manaifestation which begin as tiny macular erythematous lesions progressing to becomes papules or plaques. It is most common in legs, ankle and feet.

Urticarial Vasculitis –

Unlike ordinary urticarial which usually resolves in 24 hours, the urticarial vasculitis, characterized by wheals, persists 2-3 days.

Nodular Vasculitis –

Nodules in vasculitis are typically observed in lower limbs, and are typically small hard tender and inflammatory.

Livedoreticularis –

It's a reddish blue mottling of the skin in retiucalar pattern. It can be seen in various connective tissue diseases as well and can be differentiated by morphological variations in pattern.

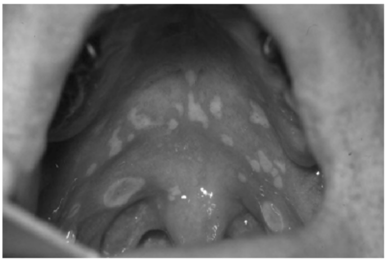
Necrosis, gangrene, pyodermagangerenosum, superficial thrombophlebitis, granuloma and panniculitis are some of the other common skin manifestations that can be observed in different systemic vasculitis.

Erythema Nodosum –

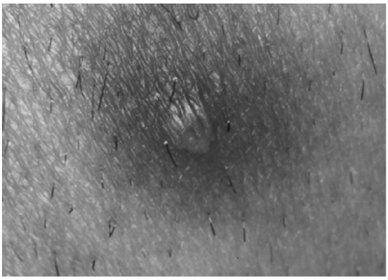
It's a very common skin lesions across inflammatory arthritis, connective tissue disease and vasculitis. It is usually sudden in onset and common over lower limbs. It presents as single or multiple firm tender subcutaneous nodular lesions. They usually resolves within days or weeks, without scar formation.

Behcets Disease –

Complex aphthosis is the mucosal hallmark of the disease and are presenting symptom in 25-75 % cases. These are mostly recurrent. They are usually difficult to distinguish from the ordinary oral ulcers. Sometimes they are herpetiform. Genital ulcers are seen in 60-80 % cases.



Pseudo-folliculitis, observed in 40-60 % cases, and is commonly seen on trunk, limbs, buttocks and genitals. It is non follicular erythematous papule that becomes pustular and either resolves or ulcerates.



Various nodules which are erythema nodosum like also occur in behcets disease.

skin involvement due to cutaneous drug toxicity

while skin involvement is extremely common because of

various diseases, one cannot neglect the possible skin involvement as a side effect of various drugs used in treatment of such diseases.

Non steroidalanti inflammatory drugs

NSAIDs can cause allergic reactions ranging from transient skin rash to extremely fatal conditions of stevens Johnson syndrome or Toxic epidermal necrolysis.

Sulphasalazine: It can cause transient pruritic skin rash which usually resolves after stopping drug. However it can cause a peculiar hypersensitivity syndrome with lichenoid skin eruptions or sometimes TEN or SJS. Sulphasalazine also causes orange discolouration of the sweat.

Hydroxychloroquine: it can commonly cause pruritis, increased photosensitivity and characteristic greyish blue discolouration of skin. These drugs are contra indicated in psoriasis as they can exacerbate skin psoriasis as well as psoriatic arthritis.

Methotrexate : Skin toxicity is rare but it can sometimes cause paradoxical worsening of rheumatoid nodules.

Leflunomide: Allergic skin rash and alopecia are possible side effects.

Glucocorticoids: Glucocorticoids (steroids in common tongue) have numerous side effects which are seen with long term use. Common side effects on skin are striae formations or thinning of skin, which can lead to recurrent perpura or ecchymosis.

Biologic drug treatment: Though biologic drugs have less systemic side effects, rarely they can cause certain skin related side effects.

Anti TNF agents can cause psoriasiform lesions, sometimes immediately after first dose or sometimes several months later. In

such a scenario the drug needs to be switched or stopped and rarely treatment for psoriasis can be required.

These injections can also cause localized skin eruptions resembling eczema or atopic dermatitis.

Hair involvement : Diffuse alopecia is very common but non specific in SLE. It commonly happens during active disease phase and recovers as the disease activity settles down. However the new hair are fine and slow to grow.

Scarring alopecia, common in discoid lupus is specific for SLE. It is permanent in nature.

Diffuse alopecia is also common during active phase of various connective tissue disease and vasculitic diseases. It can usually recover with settling of disease activity.

Diffuse alopecia is also possible with certain drugs which are commonly used in treatment of rheumatic diseases. The most common culprits are cyclophosphamide, leflunomide and methotrexate.

Do's and Don'ts for patients

- Never neglect a skin lesions and immediately report it to your rheumatologist
- A new skin lesion development should be taken seriously as it may denote an entire new disease condition, change in disease activity or possible side effect of the ongoing medications.

- Skin biopsy is a minor procedure and does not disfigure your skin. Moreover it is better than other invasive diagnostic procedures.
- Photosensitivity is common and can be easily managed with sun protecting topical agents with high SPF (sun protection factor)
- Skin and hair related side effects of anti rheumatoid medication, though common, are not permanent and usually resolve completely with stopping of the drug.
- Following proper treatment as advised by your rheumatologist is a good way to protect your skin and hair, from disease as well as drug related effects.

> “There are no guarantees that your life is ever going to be easy. So when it gets hard, remind yourself to stay strong and never give up because better days are coming.”
>
> Roger Lee

AS WARRIOR

Bhushan Ghate

I am Bhushan Ghate, - age 46, an Ankylosing Spondylitis patient, residing in Nagpur. I am a Founding member and coordinator of Ankylosing Spondylitis Welfare Society (ASWS) a non-profit organisation started by the people affected by AS for the people affected by AS.

Taking you all some decades ago, I commenced experiencing pain in my right shoulder and right hip during my teenage years around 1988-89. Pain meant a visit to the orthopaedic doctor who with his vast knowledge and experience prescribed drugs, mainly painkillers and anti-inflammatory. In those years a "Rheumatologist" was not heard of, so any knowledge or information on AS was asking for too much. That was an era of pre-internet so even Dr Google was not available to assure me that I was not the only one going through this unbearable pain. What followed was that all who felt such pain would go through the same process and would visit one doctor or another without any significant relief.

Now comes the reality – the first diagnosis that was done was sickle cell anaemia and then taking my symptoms into consideration it was pronounced as Rheumatoid Arthritis (RA). I was diagnosed with RA. Recollecting those days, when kids of my age were spending time in playgrounds, most of the time I was waiting in queues at various hospitals and clinics to be checked by a doctor and while my classmates were attending school, I would

be visiting pathology and radiology laboratories.

If all the above was not enough to keep me busy with other things than my studies, just a fortnight before the matriculation exams my health deteriorated and this led to my father carrying me to the exam centre on bicycle, where even though while going through a lot of pain, I somehow managed to give my exams. Then comes the next phase where just after the exams, during 1991, when most of my friends were vacationing and enjoying, my bed became by best friend for more than 6 months. Rigorous physiotherapy which included heavy traction to strengthen my legs from hip and knees accompanied by heavy doses of painkillers was used to bring some kind of normalcy to my life but this line of treatment made me experience the most excruciating pain which did not seem to end.

It was just the beginning of a long tenure of such kind of pain for years to come. My future was full of such unbearable and excruciating pain. Seeking a better treatment to get rid of my pain kept me functionally mobile, hobbling and grimacing with unbearable pain making it a daily struggle. During the latter half of 1996, came the last blow where my health just spiralled downhill and resulted in me being HOMEBOUND and BEDRIDDEN – such a cruel thing to happen at an age which was meant to learn, explore, run, jump etc.

I was not only having unbearable pain but also was physically and financially dependent on my family members. Last but not the least my education came to a complete halt. My dreams and aspirations of becoming a CA crashed as I could not even complete my graduation.

The reality that followed made me realise that when any member of a family is suffering from such health issues its devastating effects are not limited to that one individual but rather the entire family is destroyed and has to go through the suffering.

My chances of pursuing my educational goal were over but my siblings had to help my parents in taking care of me. They also suffered in their education and career. My father's savings took no time to dry up as the search for my treatment continued. My mother too became homebound due to the responsibility of taking care of me while I lay in bed and saw the clock ticking by, with unbearable pain and losing my self-esteem as each day passed.

Now this is not the unique story of Bhushan Ghate only. There are many such Bhushan Ghate's out there who have suffered, are still suffering and will continue suffering the same plight. When such other AS warriors (the term we have coined for all those fighting this devastating health issue), get in touch with me under the umbrella of ASWS, I can exactly relate with what they are going through. Many don't even have family support which I was lucky to have. I feel that I am a mute spectator because even after so many years the treatment for AS is not affordable and beyond the reach of many. Still so many are not properly diagnosed leading them to be bedridden. If they are diagnosed it is at a later stage where the disease has advanced and caused a lot of damage to the joints.

Bringing your thoughts back to the saga that happened in the year 2006, finally the truth prevailed that all that had destroyed my life was AS. This was after a lapse of 17-18 years from when the pain had started. In a span of this time, I had already suffered a lot of pain but that was not all. It had also caused my body major irreversible damage. Once the cat was out of the bag that it was AS, the doctor's pen jotted down the name of a few biologics and explained to me that there was no cure for this AS but it could be controlled and pain would reduce. Hearing this I had a thought in my mind --- “cannot be controlled” well does this mean it can cause more damage than it has already done?

Biologics then were four times costlier than what they are now. One injection of biologics which cost Rupees Five thousand

per week today, costed twenty thousand rupees per week in those days. Belonging to a middle-class family and all the struggles of the past years had dried up the family savings.My younger brother came to my rescue as he had a job, still his income was not enough for my biologics. But he opened up all his coffers to pay my medical bills which included biologics and daily home visits of a physiotherapist. This helped me to step out of bed and stand - something better than nothing, but it resulted in leaving a big hole in the pockets of my brother leaving him with no savings.

A year backmy doctor once again prescribed me biologics. My brother had started a family of his own and had responsibilities towards them so my burden and responsibility was shouldered by the young and strong shoulders of my younger sister. She assisted in bridging the shortfall that accrued even after spending the retirement savings of my father.

During all these years of struggle with pain, fatigue and brain fog caused by AS, I was left with no time, energy or opportunity to complete my graduation. I am sure many reading this might be thinking and saying I should have tried some work from home, well it's not that I did not think about it or try doing it. The reality was that theunbearable pain would not allow me to work even for an hour. This deprived me of having a professional life resulting in me being completely dependent on my family members.

In a nutshell, it would be prudent to say that early diagnosis, financial stability and awareness regarding any rheumatic disease is important to fight with chronic pain and its physical damage causing abilities. Even the members of Mission Arthritis India (MAI) would relate with my story because the name of our disease might be different but the fight with chronic pain and struggle with day-to-day life is same. The main objective of ASWS is similar. We want to spread awareness about Ankylosing Spondylitis and give moral, emotional and financial support in treatment to needy AS warriors. ASWS promotes awareness of

the disease through media such as conferences, social media platforms, webinar, talks by various doctors and also organizes fundraising events for members with life-threatening conditions.

ASWS, as an organisation, has just taken birth and is in the process of taking baby steps to achieve our goals. We admit that we are very lucky to have the guidance of MAI right since our inception. Sharayutai Shivani ji and Deepa ji have always supported ASWS through this journey. We hope to take this collaboration ahead and make it stronger in the coming days.

In the end, I would like to thank the Centre for Rheumatic Disease and Mission Arthritis India for giving me this award. Such awards give recognition not only to me but also the entire ASWS team and other AS Warriors who are equally working hard to ease the pain of AS warriors and helping them lead a normal life.

Thank you

"When you wake up in the morning be thankful for another chance at life and be proud of yourself for having the strength to continue moving forward through life's difficult journey."

Roger Lee

A big thanks to

IPCA Laboratories

for their whole

hearted contribution

towards

Mai National Patient's

Convention on 2023

Mission Arthritis India
MAI

मिशन आर्थ्रायटिस इंडिया (माई)

स्मरणिका

२०२३

७ वे

रुग्णांचे राष्ट्रीय संमेलन

स्वयंप्रतिकारक संधिवाती आजारांत होणारे विविध परिणाम

कार्यालय:

मिशन आर्थ्रायटिस इंडिया

C/o : सेंटर फॉर ऱ्हुमॅटिक डिसीझेस्

११ हर्मिस एलेगन्स, १९८८ कॉन्व्हेंट स्ट्रीट, कॅम्प, पुणे ४११००१

दूरध्वनी : ९४०५८६८८७५ / ८९९९२३२३५१

E-mail : contact@missionarthritis.org
Website : www.missionarthritis.org

मिशन आर्थ्राइटिस इंडिया (माई)

मिशन आर्थराईटिस इंडिया ही सोसायटी कायदा १८६० अंतर्गत नोंदणीकृत सोसायटी म्हणून नोंदणीकृत आहे.
रजि. क्र. महाराष्ट्र /४०३/२००२/पुणे.
तसेच बॉम्बे पब्लिक ट्रस्ट कायदा १९५० अंतर्गत नोंदणीकृत, रजि. क्रमांक -ऋ-१८१५१ (पुणे)

ट्रस्टी

दीपा मेहता	अध्यक्ष
डॉ. अनुराधा वेणुगोपालन	उपाध्यक्ष
शिवानी बर्वे	सचिव
श्वेता कुलकर्णी	कोषाध्यक्ष
डॉ. अरविंद चोप्रा	सदस्य आणि वैद्यकीय सल्लागार
शरयु भट	सदस्या
नरेंद्र भट	सदस्य
राजेश्वरी कार्ले	सदस्या
डॉ. अजित डमाळे	सदस्य
डॉ. लीला नहार	सदस्य
डॉ. नचिकेत कुलकर्णी	सदस्य
डॉ. लता बिचले	सदस्या
डॉ. राणी पारसनीस	सदस्या

संपादक
श्रीमती शरयु भट

प्रिंटर
प्रिंटशु, पुणे

प्रकाशक
माई

संपादकीय सल्ला आणि समर्थन
डॉ. अरविंद चोप्रा
श्रीमती दीपा मेहता
सौ. शिवानी बर्वे

कव्हर डिझाइन
कला कार्यशाळेत

अनुवाद
शरयू भट

कार्यालय:
मिशन आर्थ्राइटिस इंडिया
C/o : सेंटर फॉर ऱ्हुमॅटिक डिसीझेस्
११ हर्मिस एलेगन्स, १९८८ कॉन्व्हेंट स्ट्रीट, कॅम्प, पुणे ४११००१
दूरध्वनी : ९४०५८६८८७५ / ८९९९२३२३५१
E-mail : contact@missionarthritis.org
Website : www.missionarthritis.org

अनुक्रमणिका

माई म्हणजे काय?		६२
संपादकीय	शरयू भट	६४
संदेश	डॉ. अरविंद चोप्रा	६६
ऑटोइम्युनिटीची प्राथमिक तत्त्वे	डॉ. सनत फाटक	६८
व्हॅस्क्युलिटिड्स	डॉ. अविनाश बुचे	७१
संधिवाती आजार आणि मूत्रपिंडे	डॉ. मोहिनी गानू	७४
स्वयंप्रतिकारक संधिवाती आजार अंतःस्त्रावी ग्रंथींतील बिघाड	डॉ. बरखा पाटील, डॉ. प्रवीण पाटील	२०
स्वयंप्रतिरोधक आजारांचे स्नायू आणि अस्थिबंधांवर होणारे परिणाम	डॉ. वैजयंती लागू-जोशी	८२
फुफ्फुसे आणि संधि वाती आजार	डॉ. अभिषेक झंवर	८६
संधिवाती आजारांमध्ये मेंदू आणि चेतातंतूचा (नसा/शिरा) सहभाग	डॉ. गिरीश काकडे	८९
संधिवातशास्त्र आणि त्वचा व केस	डॉ. नागनाथ खडके	९३
मी, एक अडथड योद्धा!	श्री. भूषण घाटे	१०८

माई म्हणजे काय?

माई म्हणजे मिशन अथ्रयटिस इंडिया ही एक स्वयं सेवी संस्था आहे जी संधिवात आणि सांधेदुखीच्या रुग्णांसाठी चालवली जाते. काही संधिवात व सांधेदुखीच्या रुग्णांनीच एकत्रीतपणे ही संस्था स्थापली व आज अनेक वर्ष चालवली आहे.

माईची अद्दिष्टे –

१. संधिवात व त्यामुळे उद्भवणाऱ्या समस्या याविषयी योग्य व शास्त्रीय माहिति पुरवीणे व त्याबद्दल मार्गदर्शन करणे.
२. या रोगाच्या विविध प्रकाराबद्दल, उपाय योजनांबद्दल लेख, पत्रके व पुस्तिकांच्या स्वरुपात माहिति प्रकाशित करणे.
३. संधिवाताच्या माहितीसाठी समाजाच्या वेगवेगळ्या थरातून सभा व शिबिरे यांचे आयोजन करणे.
४. रुग्णांचे पुनर्वसन करणे, या कामी रुग्णांना व्यवस्थित औषोधोपचार मिळणे व त्याचे संबंधित संस्थांशी सलग्न रहाणे, त्यांची मदत घेणे.
५. या रोगामुळे निर्माण होणाऱ्या वैद्यकिय व सामाजिक समस्यांकडे प्रसार माध्यमांचे लक्ष वेधणे.
६. विविध स्तरांमधून संधिवात होण्याची कारणे व त्यावरील उपचार यांवर सामाजिक माध्यमांमधून संशोधनास मदत करणे.
७. रुग्णांना जास्त चांगले उपचार मिळणेसाठी विविध वैद्यकिय शाखांचा मेळ घालण्याचे प्रयत्न करणे.
८. जागतिक आरोग्य संघटनेने जाहिर केलेल्या 'अस्थी व सांध्यांच्या व्याधींचे दशक' या कार्यक्रमानुरुप कार्य करणे.

'माई' ची अधिकृत नोंदणी –

'माई' ही संस्था ' रजिस्ट्रेशन ऑफ सोसायटीज ॲक्ट १८६०' व 'पब्लिक ट्रस्ट ॲक्ट १९५० ' या अंतर्गत नोंदणीकृत संस्था आहे. त्याचप्रमाणे संस्थेस मिळणाऱ्या देणग्या आयकराच्या कलम ८० (जी) नुसार सवलतीस पात्र आहेत.

‘माई’ ची संलग्नता –

१. ‘माई’ ही संस्था ‘अस्थी व सांध्यांच्या व्याधींचे दशक’ या कार्यक्रमाची भारतातील संस्थापक सदस्य आहे. तसेच या कार्यक्रमात संस्थेचा राष्ट्रीय व आंतरराष्ट्रीय स्तरावर सक्रिय सहभाग आहे.
२. ‘माई’ ही संस्था भारतातील इतर शहरांमधील तत्सम संस्थाच्या सहकार्याने कार्यरत आहे.
३. ‘माई’ ही संस्था कोणत्याही व्यापारी, वैद्यकिय व औषधनिर्मात्या संघटनेशी संलग्न नाही.

‘माई’ चे अर्थिक व्यवहार –

१. ‘माई’ च्या सभासदत्वासाठी नाममात्र वार्षिक वर्गणी स्विकारली जाते.
२. ‘माई’ मार्फत होणाऱ्या या प्रकाशनांमधून जाहिराती छापण्याचे उत्पन्न मिळते.
३. देणगीदारांकडून मिळणाऱ्या देणग्यांचे उत्पन्न येते.
४. ‘माई’ चे सर्व हिशोब दरवर्षी मान्यता प्राप्त चार्टर्ड अकाउंटंटकडून तपासून घेतले जातात व त्याचा ताळेबंद संबंधित सरकारी कार्यालयांकडे जमा केला जातो.
५. ‘माई’ ची सर्व खाती राष्ट्रीयकृत बँकांमध्ये आहेत.

‘माई’ ची प्रकाशने

१. दरवर्षी ऑक्टोबर महिन्यात जागतिक संधिवात दिनानिमित्त एक वार्षिक अंक प्रकाशित केला जातो. सांधे व अस्थिसंबंधित विविध दोषांबद्दल तज्ज्ञ डॉक्टरांनी लिहिलेले लेख, तसेच औषोधोपचार, व्यायाम, रुग्णांच्या सामाजिक समस्या इत्यादी विषयांवरील माहिती या अंकात सामाविष्ट असते.
२. याशिवाय दरवर्षी एक किंवा दोन छोटे चार पानी अंक ’माई’ तर्फे प्रकाशित होतात.
३. हे अंक सभासदांच्या सोईकरिता इंग्लिश व प्रचलित स्थानिक भाषेतून (महाराष्ट्रात मराठीतून) प्रसिध्द केले जातात.
४. सांधे व अस्थींच्या वेगवेगळ्या रोगांची व उपचारांची माहिती थोडक्यात देणाऱ्या छोट्या पुस्तिका भविष्य काळात तयार करुन प्रसिध्द करण्याचा ‘माई’ चा मानस आहे.
५. ही सर्व प्रकाशने ‘माई’ च्या सभासदांना विनाशुल्क पुरवली जातात.

संपादकीय

शरयू भट

नमस्कार,

मिशन आर्थ्रायटिस इंडिया (माई) तर्फे ७वे राष्ट्रीय संमेलन शनिवार दिनांक १८ मार्च २०२३ रोजी भरत आहे. त्या निमित्ताने प्रकाशित होणारा अंक वैशिष्ट्यपूर्ण असल्याने तो सादर करतांना मला विशेष आनंद होत आहे. या अंकाचा विषय आहे, 'स्वयंप्रतिकारक संधिवाती आजारांत होणारे विविध परिणाम'.

आपण सर्व संधिवाती रुग्ण नेहेमी आपल्या डॉक्टरांकडे अनेक प्रकारच्या तक्रारी घेऊन जात असतो. यातील काही तक्रारी दृश्य स्वरुपात असतात (त्वचा) तर बऱ्याचशा शरीरांतर्गत असतात. त्या तक्रारी ऐकून डॉक्टर आपल्याला पॅथॉलॉजी च्या चाचण्या (tests) करायला सांगतात आणि नंतर त्यांना अनुसरून औषधोपचार सुरू करतात. या अंकात संधिवाताचे बरेचसे प्रकार, उदा. ऱ्हुमॅटॉईड आर्थ्रायटिस, ल्यूपस, व्हॅस्क्युलायटीस, स्क्लेरोडर्मा इ. आणि त्यामध्ये विविध अवयवांवर कसे आणि काय परिणाम होतात, काय उपचार केले जातात, हे सर्व संधिवाततज्ञ डॉक्टरांनी आपल्या लेखांमधून सोप्या भाषेत समजावून सांगितले आहे.

डॉ. सनत फाटक यांनी 'रोगप्रतिकारकता' म्हणजे काय ते सांगून संधिवातातील अन्य छुप्या पण महत्वाच्या परिणामांकडे लक्ष वेधले आहे. डॉ. अविनाश बुचे यांनी 'रक्तवाहिन्या' या लेखात त्यांवर संधिवातात नेमके काय होते ते सविस्तर सांगितले आहे. डॉ. मोहिनी गानू यांनी 'मूत्रपिंडे' या महत्वाच्या अवयवांच्या गंभीर समस्या उलगडून सांगितल्या आहेत. डॉ. प्रविण पाटील यांनी 'अंतःस्त्रावी ग्रंथींतील बिघाड' वर्णन करतांना त्यांचे कार्य व महत्व आणि संधिवात याचे वर्णन केले आहे. डॉ. वैजयंती लागु-जोशी यांनी 'स्नायू आणि अस्थीबंध',

यांवर संधिवाताचा परिणाम होऊन स्नायू आणि अस्थीबंध कमजोर होणे किती धोकादायक असते त्याचे सोप्या भाषेत वर्णन केले आहे. डॉ. अभिषेक झंवर यांनी 'फुप्फुसे', या लेखात सर्दी, खोकला आणि ताप यांवर लक्ष देणे किती गरजेचे आहे हे विशद केले आहे. डॉ. गिरीश काकडे यांनी 'मेंदू आणि चेतातंतू' (नसा अथवा शिरा), यांवर होणारा संधिवाताचा परिणाम सविस्तर दिला आहे. आणि डॉ. नागनाथ खडके यांनी 'केस आणि त्वचा' या बद्दल अतिशय उपयुक्त माहिती दिली आहे. या सर्व नामवंत संधिवाततज्ञ डॉक्टर्सनी शास्त्रशुद्ध माहिती लेखांमधून दिल्याबद्दल मी त्यांचे मनापासून आभार मानते.

ही सर्व माहिती आपण त्या त्या डॉक्टर्स कडून संमेलनात प्रत्यक्ष ऐकणार आहोत, समजून घेणार आहोत, शंका विचारणार आहोत आणि त्या शंकांचे निरसन केले जाणार आहे. संधिवात या आजारामध्ये होणाऱ्या गुंतागुंतीची माहिती जाणून घेणार आहोत.

नागपूरचे श्री. भूषण घाटे हे 'अँकिलुजिंग स्पाँडिलिटिस' या आजाराने गेली अनेक वर्षे ग्रस्त आहेत. सेंटर फॉर ऱ्हुमॅटिक डिसिझेस् (CRD) च्या वतीने दर वर्षी आजाराशी लढतांना बाकीच्या रुग्णांसाठी काहितरी भरीव कामगिरी करणाऱ्या रुग्णाची निवड केली जाते. या वर्षी भूषण घाटे यांची निवड CRD कडून झाली असून त्यांना 'वात विरुद्ध योद्धा' हा पुरस्कार सुवर्णपदक स्वरुपात प्रदान केला जाणार आहे. या अंकात श्री. भूषण घाटे यांची कथा आपण त्यांच्याच शब्दात वाचणार आहोत. मला खात्री आहे कि हा अंक तुम्हा सर्वांना आवडेल. तुमच्या प्रतिक्रिया आणि सूचना आम्हाला पुढील कार्य करण्यास मार्गदर्शक आणि उत्साहवर्धक असतात, तेव्हा त्या जरूर पाठवा.

लवकरच नवीन हिंदू वर्ष सुरू होत आहे. त्या निमित्ताने तुम्हाला आणि तुमच्या कुटुंबियांना शुभेच्छा, देते आणि थांबते.

शरयू भट
माई विश्वस्त

संदेश

डॉ. अरविंद चोप्रा
संधिवाततज्ज्ञ

आर्थ्रायटिसच्या रुग्णांना आयुष्यभर दुखण्याचा आणि अपंगत्वाचा सामना करावा लागतो. खुद्द हा आजार गुंतागुंतीचा आहेच शिवाय त्याचे रुग्णाच्या खाजगी व सामाजिक आयुष्यावर, कौटुंबिक संबंधावर आणि आर्थिक आघाडीवर अनेक विपरित परिणाम होतात. समाजामध्ये आर्थ्रायटिस आणि त्यांच्याशी संबंधित आरोग्यविषयक बाबींबद्दल फारशी जागृती नाही. अनेक डॉक्टर्सही नकारात्मक आणि निराशेचा सुर लावतात. शासकीय आरोग्य प्राधिकरणे आणि सार्वजनिक आरोग्याच्या क्षेत्राकडूनही आर्थ्रायटिसकडे फारसे लक्ष दिले जात नाही. त्यामुळे आता आर्थ्रायटिसच्या रुग्णांनीच हा मुद्दा लावून धरण्याची आणि परिस्थितीपुढे आवाज उठवण्याची वेळ आली आहे. ह्यासाठी माई हे उत्कृष्ट माध्यम आहे. गेली बावीस वर्षे सक्रिय असलेली माई ही संस्था, रुग्णांच्या आयुष्यात आनंद आणि आशा जागवण्याचे कार्य, आता अखिल भारतीय पातळीवर करीत आहे. हे राष्ट्रीय संमेलन म्हणजे ह्या दिशेने टाकलेले अतिशय महत्वाचे पाऊल आहे. संमेलनाच्या कार्याला आणि ध्येयाला माझ्या मनःपूर्वक शुभेच्छा. ह्या

कार्यात सक्रिय सहभाग घेऊन सकारात्मक भूमिका बजावण्याची माझी इच्छा आहेच शिवाय रुग्णांचे अनुभव ऐकण्याची मला उत्सुकता आहे. हे संमेलन म्हणजे फक्त सुरुवात आहे. लवकरच असा उपक्रम दरवर्षी घेतला जाईल आणि देशभरातील रुग्ण त्यामध्ये सहभागी होतील ह्याची मला खात्री आहे. फक्त औषधांवर अवलंबून न राहता आर्थ्रायटिसचे सर्वांगीण व्यवस्थापन केले जाण्याची खरी गरज आहे. माई ह्या नावालाच वात्सल्याचा आणि काळजीचा मातृस्पर्श आहे आणि आर्थ्रायटिसच्या रुग्णांसाठी माई सारखेच आणखी आधारगट उभे राहण्याची आवश्यकता आहे.

डॉ. अरविंद चोप्रा

ऑटोइम्युनिटीची प्राथमिक तत्त्वे

डॉ. सनत फाटक
संधिवाततज्ञ

ऑटोइम्युनिटी (स्वयंप्रतिकारकता) म्हणजे काय?

सर्वसाधारणपणे आपली इम्यून सिस्टिम म्हणजेच रोगप्रतिकारक यंत्रणा, आपल्या शरीराचे जीवाणू, विषाणू व परजीवींपासून संरक्षण करते. हे करण्यासाठीची पहिली पायरी म्हणजे ह्या घातक जीवांना 'बाहेरचे' किंवा परदेशी म्हणून ओळखणे. कारण त्याखेरीज ते नष्ट केले जाऊ शकत नाहीत. म्हणजेच, असे जीव हल्ला करून नष्ट करण्यापूर्वी त्यांची योग्यरीतीने ओळख पटवणे आवश्यक असते.

रोगप्रतिकारक यंत्रणा 'घरचे' आणि 'बाहेरचे' जीव कसे ओळखते?

रोगप्रतिकारक यंत्रणेतील पेशींमध्ये, आपले आणि बाहेरचे जीव ओळखणाऱ्या अतिशय प्रगत यंत्रणा विकसित झालेल्या असतात. मानवी पेशींमध्ये साधारणपणे न दिसणारे घटक ओळखण्याची क्षमता असलेल्या ग्राहकांचा (रिसेप्टर) उपयोग, साध्या रचनेच्या जन्मजात पेशी करतात. ह्या ग्राहकांना पॅटर्न रेकग्निशन रिसेप्टर असे म्हणतात आणि ते फक्त रोगकारकांशी संबंधित रेण्वीय स्थिती ओळखण्याचेवेळीच काम करतात.

आपल्या शरीरात आणखीही एक प्रगत यंत्रणा असते. तिला अनुकूल किंवा ऍडाप्टिव असे नाव आहे. ती कोणत्याही अनियमित पद्धतीने तयार होणाऱ्या ग्राहकांशी संपर्क साधून विविध सूक्ष्मजीवप्रणाली (मायक्रोऑर्गनिझम) ओळखू शकते. ह्या पेशींना, आपले आणि बाहेरचे ह्यांतील फरक ओळखण्याचे विशेष प्रशिक्षण, प्रणालीकडून दिले जाते – अगदी आपण शाळकरी मुलांना चांगले वाईट ओळखायला शिकवतो तसेच. नव्याने विकसित होणाऱ्या अनुकूल पेशींना लिंफोसाइट्स किंवा पेशी असे म्हणतात. ह्या पेशींना, त्यांच्या वाढीच्या काळात, अस्थिमज्जेमध्ये (बोन मॅरो) किंवा उरोधिष्ठ ग्रंथीमध्ये (थायमस) मध्ये ह्या प्रशिक्षण–

प्रक्रियेला सामोरे जावे लागते. ह्या परीक्षेत नापास होणाऱ्या पेशींची वाढ होऊ दिली जात नाही. पास झालेल्या पेशी, त्यांना मिळालेल्या प्रशिक्षणाला जागतात व स्वतःच्याच सहकाऱ्यांवर हल्ला करीत नाहीत.

स्वयंप्रतिकारकता आणि स्वयंप्रतिरोधक आजार

स्वयंप्रतिकारकतेचे मूळ, चुकीच्या ओळखपडताळणीमध्ये आहे. आपली रोगप्रतिकारक यंत्रणा कधीतरी चुकते आणि आपल्याच पेशींना बाहेरच्या समजते. त्यामुळे अनुकूलित रोगप्रतिकारक यंत्रणेमधील आत्म–सहिष्णुतेमध्ये बिघाड होतो.

अर्थात निव्वळ ओळख पडताळणी केल्यानंतर रोगप्रतिकारक पेशी हल्ला करत नाहीत किंवा दाह उत्पन्न करत नाहीत. बऱ्याच लोकांच्या प्रयोगशालेय चाचण्या केल्या असता, स्वयंप्रतिकारकता किंवा स्व–ओळखीची लक्षणे दिसून येतात. परंतु उतींवर हल्ला झाल्यास अनेक प्रकारचे स्वयंप्रतिरोधक आजार निर्माण होतात.

स्वयंप्रतिरोधक आजाराची लक्षणे, कोणत्या उतींवर किंवा अवयवावर हल्ला झाला आहे ह्यावर अवलंबून असतात. ज्यांच्या शरीरातील रोगप्रतिकारक यंत्रणेने सांध्यांवर हल्ला केला आहे, असे बरेच रुग्ण आम्हाला दिसतात. अशांना संधिवात किंवा आमवाताचा (ऱ्हुमेटॉइड आर्थ्रायटिस, RA) त्रास होतो. तर काही आजारांमध्ये एखाद्या विशिष्ट अवयवावर किंवा यंत्रणेवर हल्ला होतो – उदा. मल्टिपल स्क्लेरॉसिसमध्ये मेंदूवर, क्रोन्स डिसीझमध्ये आतड्यांच्या आवरणावर, हशिमोटेच्या थायरॉआयडिटिसमध्ये थायरॉइड ग्रंथींवर इ. ल्युपस किंवा व्हास्क्युलायटिस सारख्या अन्य उदाहरणांमध्ये, शरीराच्या विविध यंत्रणांवर एकाचवेळी असा हल्ला होऊ शकतो. ल्युपस मध्येच सांधे, त्वचा, मूत्रपिंडे आणि मेंदू ह्या सर्व यंत्रणांवर विपरित परिणाम होऊ शकतो.

स्वयंप्रतिरोधक आजार का होतात ?

हायपरटेन्शन, डायबेटिस ह्यांसारख्या गंभीर आजारांप्रमाणेच स्वयंप्रतिरोधक आजारांमागेही विविध जनुकीय कमकुवतपणा किंवा संवेदनशीलता आणि वातावरणीय कारणांचे एकत्रीकरण असते. परंतु ह्या घटकांचे स्वरूप निश्चितपणे सांगणे अवघड आहे.

एकंदरीने जनुकीय कमकुवतपणा हेच स्वयंप्रतिरोधक आजार होण्यामागचे मोठे कारण असू शकते. ह्यामुळे एखाद्या कुटुंबातील एका व्यक्तीला RA तर अन्य सदस्याला हाशिमोटोज् आजार असू शकतो. अनेकांमध्ये उघडपणे जनुकीय इतिहास

दिसून येत नाही परंतु त्यांना सौम्य सांसर्गिक धोका (सबक्लिनिकल रिस्क) असू शकतो.

स्वयंप्रतिकारकतेचा मुख्य घटक म्हणजे संसर्ग उर्फ इन्फेक्शन, विशेषतः विषाणुसंसर्ग (व्हायरल इन्फेक्शन). काही प्रकरणांमध्ये ह्याची, विशेषतः रोगप्रतिकारक पेशींना होणाऱ्या संसर्गाची, कारणे माहीत होतात. आपल्या शरीरातील काही प्रथिनांचे आणि सूक्ष्मजीवी प्रथिनांचे (मायक्रोबियल प्रोटीन्स) रूप सारखेच असते. ह्याला मॉलिक्युलर मिमिक्री (रेण्वीय नक्कल) असे म्हणतात. उदा. माणसाच्या हृदयातील एक प्रथिन, सामान्य स्ट्रेप्टोकोकस जीवाणूचा संसर्ग झाला असल्यास, त्या जीवाणूच्या आवरणातील एका प्रथिनासारखेच दिसते. परिणामी, आपली रोगप्रतिकारक यंत्रणा आपल्याच हृदयावर हल्ला करू शकते, ज्यामुळे ऱ्हुमॅटिक कार्डायटिस होतो. ह्याचबरोबर, RA ने ग्रस्त असताना केलेले धूम्रपान किंवा ल्युपस दरम्यान मुव्ही लाईट घेणे, अशांसारखे बाह्य वातावरणीय घटकही कारणीभूत असतात.

स्वयंप्रतिरोधक आजार टाळण्यासाठी, त्यांच्यामागील कारणांचे ज्ञान उपयोगी पडू शकते का?

जनुकीय कमकुवत रचना बदलणे तर शक्य नसते. धूम्रपानासारखे, माहीत असणारे, वातावरणीय घटक कमी करणे आपल्या हातात आहे. परंतु खुद्द स्वयंप्रतिकारकतेवर काही इलाज करण्याची गरज नसते. त्यामुळे लक्षणे दिसू लागताच शक्यतितक्या लवकर उपचार सुरू करणेच महत्त्वाचे आहे.

व्हॅस्क्युलिटिड्स

डॉ. अविनाश बुचे
संधिवाततज्ञ

प्रस्तावना: आपल्या शरीरात विविध प्रकारच्या रक्तवाहिन्या असतात. आर्टरी (धमन्या), आर्टेरिओल, व्हेन (शिरा), व्हेन्युल आणि कॅपिलरी (केशिका) ही ह्या वेगवेगळ्या रक्तवाहिन्यांची नावे आहेत. प्रत्येक प्रकारच्या रक्तवाहिनीचे काम वेगवेगळे असते. धमन्या आणि शिरा त्यांच्या अंतर्गत व्यासानुसार मोठ्या, मध्यम आणि लहान आकाराच्या वाहिन्यांमध्ये वर्गीकृत केल्या जातात. रक्तवाहिन्यांच्या भिंतीमध्ये ल्युकोसाइट्स (पांढऱ्या रक्तपेशी) ची उपस्थिती असणे आणि त्यामुळे रक्तवाहिन्यांचे होणारे नुकसान याला व्हॅस्क्युलायटिस म्हणतात.

दुसऱ्या शब्दांत सांगायचे, तर व्हॅस्क्युलायटिस म्हणजे रक्तवाहिन्यांच्या भिंतीची जळजळ. या पांढऱ्या रक्तपेशी (WBCs), रक्तवाहिन्यांमधून वाहणाऱ्या रक्ताचा भाग आहेत. नेमकी यंत्रणा आणि कारणे अनेकदा अज्ञात राहतात. रक्तवहिन्यासंबंधीच्या दाहाचे वर्गीकरण प्राथमिक (अज्ञात कारणे) किंवा दुय्यम (हिपॅटायटिस बी आणि सी किंवा ल्युपस, शोग्रेन्स सिंड्रोम इ. सारखे काही विषाणु-संसर्ग) असे केले जाते.

विविध व्हॅस्क्युलाइटाइड्समध्ये निर्माण होणारी लक्षणे एकतर वाहिनीच्या भिंतीमधील खराबीमुळे झालेल्या रक्तस्त्रावामुळे किंवा संबंधित वाहिनी/वाहिन्या रक्तपुरवठा करत असलेल्या अवयवांच्या बिघाडामुळे उद्भवतात. संबंधित वाहिनीच्या आकारावर आणि तिच्या स्थानावर लक्षणे अवलंबून असतात.

या रोगांची नेमकी संख्या अज्ञात आहे परंतु RA सारख्या सामान्य आमवातापेक्षा हे दुर्मिळ मानले जातात.

असांसर्गिक व्हॅस्क्युलायटिसचे मुख्य प्रवर्ग असे आहेत -

१) मोठ्या वाहिनीचा व्हॅस्क्युलायटिस, उदा. - टकायासूज् आर्टेरायटिस आणि जायंट सेल आर्टेरायटिस

२) मध्यम वाहिनीचा व्हॅस्क्युलायटिस - पॉलिआर्टेरायटिस नोडोसा आणि

कावासाकी आजार

३) छोट्या वाहिनीचा व्हॅस्क्युलायटिस - मायक्रोस्कोपिक पॉलिएँजायटिस, पॉलिएँजायटिससहित ग्रॅन्युलोमॅटोसिस (GPA), पॉलिएँजायटिससहित इओसायनोफिलिक ग्रॅन्युलोमॅटोसिस (EGPA; चर्ग-स्टॉस आजार), एँटि-ग्लोमेरुलर बेसमेंट मेंब्रेन (GBM²) आजार, क्रायोग्लोब्युलिनेमिक व्हॅस्क्युलायटिस, इम्युनोग्लोब्युलिन - (IgA) व्हॅस्क्युलायटिस (हेनोक-श्कोलेन पर्प्युरा कड्झ) आणि हायपोकॉँप्लिमेंटेमिक अर्टिकॅरियल व्हॅस्क्युलायटिस (एँटि ल१ f व्हॅस्क्युलायटिस)

४) व्हेरिएबल व्हेसल व्हॅस्क्युलायटिस - बेसेट सिंड्रोम आणि कोगन सिंड्रोम

५) एकल-अवयव व्हॅस्क्युलायटिस - प्राथमिक मध्यवर्ती चेतासंस्था व्हॅस्क्युलायटिस

६) सिस्टेमिक आजारांशी (उदा. सिस्टेमिक ल्युपस एरिथमटोसस, RA, शोग्रेन्स सिंड्रोम इ.) संबंधित व्हॅस्क्युलायटिस

७) संभाव्य कारणविज्ञानाशी (इटियॉलॉजी) संबंधित व्हॅस्क्युलायटिस. उदा. - हेपेटायटिस सी शी संबंधित क्रायोग्लोब्युलिनेमिक व्हॅस्क्युलायटिस, हेपेटायटिस बी शी संबंधित पॉलिआर्टेरायटिस नोडोसा इ.

व्हॅस्क्युलायटिसची निदानात्मक वैशिष्ट्ये

ह्या आजाराची वैशिष्ट्ये गंभीर स्वरूपाची व कधीकधी जीवघेणी असू शकतात.

१) ताप, वजन अनपेक्षितपणे कमी होणे, भूक न लागणे, थकवा यासारखी घटनात्मक लक्षणे

२) विशिष्ट अवयवांच्या बिघडलेल्या कार्यामुळे दिसणारी वैशिष्ट्ये-

किडनी - प्रोटीन्युरिया ज्यामुळे शरीरावर एकंदरीने सूज येते, रक्तक्षय आणि थकवा, रक्तदाब वाढणे, मूत्रपिंड निकामी होणे इ.

चेतासंस्था - परिधीय मज्जातंतूचे कार्य बिघडल्यामुळे पाय आपोआप खाली जाणे किंवा पाय किंवा हातातील संवेदना कमी होणे

मेंदू - शरीराची एक बाजू लुळी पडणे (पॅरालिसिस उर्फ लकवा)

फुफ्फुसे - हेमोप्टायसिस, फुफ्फुसात पोकळ्या निर्माण होणे, खोकला, श्वास लागणे

पचनमार्ग (गॅस्ट्रोइंटेस्टाइनल ट्रॅक्ट)- आतड्याच्या इश्केमियामुळे ओटीपोटात वेदना

कान नाक घसा – अनुनासिक सेप्टमला छिद्र पडल्यामुळे श्वास आत घेण्यास त्रास होतो, नाकातून रक्तस्राव होतो, आवाज बसतो

हृदय – हार्ट ॲटॅक येणे, हृदयाची धडधड वाढणे

३) बोटांतील इश्केमिया, त्यातून बोटांना गँगरीन होणे

४) शरीराच्या खालच्या बाजूच्या अवयवांमध्ये, बरे न होणारे व्रण (अल्सर)

५) शरीराच्या खालच्या बाजूच्या अवयवांवर व संबंधित भागांवर लालसर पुरळ उठणे

६) आर्थ्रायटिस किंवा आर्थ्राल्जिया

रोगनिदान: आजाराचा इतिहास, संपूर्ण रक्त तपासणी, एरिथ्रोसाइट सेडिमेंटेशन रेट, सी–रिॲक्टिव्ह प्रोटीन, यकृत आणि मूत्रपिंडाच्या कार्यचाचण्या, मूत्र तपासणी, ॲंटी न्यूट्रोफिल साइटोप्लाज्मिक ॲंटीबॉडी चाचणी ह्यांबरोबरच अल्ट्रासोनोग्राफी, संगणित टोमोग्राफी (सीटी), ॲंजिओग्राफी, मॅग्नेटिक रेझोनन्स (एमआर) ॲंजिओग्राफी, पॉझिट्रॉन एमिशन टोमोग्राफी (पीईटी) स्कॅन ह्यांसारख्या इमेजिंग निष्कर्षांचा विचार करून व्हॅस्क्युलायटिसचे निदान केले जाते.

विविध आंतरराष्ट्रीय आमवातविज्ञान संस्थांनी, रोगनिदानासाठी विशिष्ट निकषांची शिफारस केलेली आहे.

रुग्ण उपचारांना प्रतिसाद देत आहे की नाही हे पाहण्यासाठी ठराविक चाचण्या नियमित कालावधीने पुन्हा केल्या जातात. तसेच, रोगाची सक्रियता आणि झालेले नुकसान तपासण्यासाठीही ह्या चाचण्या उपयुक्त आहेत.

उपचार: इंजेक्शन्स किंवा गोळ्यांच्या स्वरूपातील स्टेरॉइड्स ही उपचारांची पहिली पायरी असते. दीर्घकाळापर्यंत स्टेरॉइड्स घेण्याची गरज टाळण्यासाठी इम्युनोसप्रेसंट्सचा वापर केला जातो. उपचारासाठी विविध पर्याय उपलब्ध असल्याने व्हॅस्क्युलायटिसच्या रुग्णांवर दिसणाऱ्या परिणामांत सुधारणा झाली आहे. लवकर तपासणी आणि नियमित उपचाराने, रुग्णांना अर्थपूर्ण जीवन जगण्यास मदत होऊ शकते.

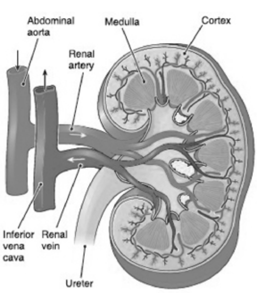
संधिवाती आजार आणि मूत्रपिंडे

डॉ. मोहिनी गानू
संधिवाततज्ञ

बहुतेक संधिवाती विकार प्रामुख्याने सांधेदुखीच्या रूपात प्रकट होत असले तरी SLE, MCTD सारख्या संयोजी ऊतक विकार, व्हॅस्क्युलायटीस इ. मध्ये मूत्रपिंड, मेंदू आणि हृदय यांसारख्या महत्वाच्या अवयवांवर देखील परिणाम होतो. शरीराच्या आतील अवयवांवर होणाऱ्या परिणामांबद्दल जागरुक असणे महत्वाचे आहे कारण उपचार योजना आजाराच्या फैलावानुसार बदलते.

किडनीज् म्हणजे मूत्रपिंडे, पाठीच्या कण्याच्या दोन्ही बाजूला एक-एक याप्रमाणे, ओटीपोटाच्या मागील भागात असतात. प्रत्येक मूत्रपिंडाची लांबी अंदाजे ११ ते १२ सेमी असते, व ते तंतुमय आवरणाने वेढलेले असते. ह्याला हायलसमधून प्रवेश करणाऱ्या एका रेनल आर्टरी (धमनी) द्वारे रक्त पुरवले जाते. ही धमनी नंतर अनेक शाखांमध्ये विभागली जाते. रेनल पेरेन्कायमा, साधारणपणे कॉर्टेक्स आणि मेड्यूलामध्ये विभागलेला असतो.

मूत्रपिंडाच्या कार्यकारी घटकाला नेफ्रॉन म्हणतात. जन्माच्या वेळी मूत्रपिंडात असलेल्या नेफ्रॉन्सची संख्या, गर्भाच्या जीवनात निर्धारित केली जाते. ह्याद्वारे, नंतरच्या आयुष्यातील, मूत्रपिंडाचा आजार किंवा उच्च रक्तदाबाचा धोका दर्शवला जाऊ शकतो.



१.मूत्रपिंडाच्या उभ्या छेदाचे दृश्य (सौजन्य – इंटरनेट)

मूत्रपिंडांचे कार्य – मूत्रपिंडे कचरावेचकासारखे काम करतात, जे शरीरातील चयापचयातील विषारी पदार्थ काढून टाकण्यासाठी आवश्यक असते. कोणत्याही वेळी, हृदयाने पंप केलेल्या रक्ताचा एक

पंचमांश मूत्रपिंडांना पुरवला जातो. अल्ट्राफिल्ट्रेशनद्वारे ती विषारी पदार्थ काढून टाकतात आणि इलेक्ट्रोलाइट व पाण्याचे संतुलन राखतात.

उच्चरक्तदाब (हायपरटेन्शन) – रक्तदाब नियंत्रणात मूत्रपिंड महत्त्वाची भूमिका बजावते. उच्च रक्तदाब, हा मूत्रपिंडाच्या आजाराचा सर्वात पहिला संकेत आहे. दोन्ही रीनल पॅरेन्काइमल रोग (SLE किंवा नेफ्राइट्ससह व्हॅस्क्युलायटिस), मूत्रपिंडसंबंधित धमन्यांना प्रभावित करणारे संवहनी रोग (उदा. व्हॅस्क्युलायटिस / टकायासु आर्टेरायटिस किंवा पॉलीआर्टेरायटिस नोडोसा ज्यामुळे मूत्रपिंडाच्या धमन्या अरुंद होतात आणि रक्त पुरवठ्यात अडथळे येतात) ह्यांमुळे उच्च रक्तदाब होतो.

मूत्रपिंडांचा संबंध असण्याची शंका केव्हा घ्यावी? मूत्रपिंडांचा संबंध दर्शवणारी निदानात्मक लक्षणे कोणती आहेत?

मूत्रपिंडाचे मुख्य कार्य मूत्र (लघवी) तयार करणे. रुग्णांना कमी प्रमाणात लघवी होण्याचा अनुभव येतो. तर कधीकधी वाढलेली वारंवारता आणि जास्त प्रमाणात लघवी तयार होताना दिसते. दररोज सरासरी १ ते २ लिटर लघवी होते. ती कमी झाली तर रुग्णांच्या शरीरात जास्तीचे पाणी जमून राहते ज्यामुळे पाय, चेहरा किंवा संपूर्ण शरीरावर सूज येते. त्यानंतर त्यांना श्वास घेण्यास त्रास होऊ शकतो.

शरीरातील इलेक्ट्रोलाइटचे (सोडियम आणि पोटॅशियम) संतुलन राखण्यासाठीही मूत्रपिंडे आवश्यक असतात. मूत्रपिंडांचे कार्य कमी झाल्यास शरीरात पोटॅशियमची पातळी वाढू शकते ज्यायोगे हृदयाच्या कार्यामध्ये बदल होऊ शकतो. सोडियमची पातळी एकतर मूत्रपिंडावरील परिणामांमुळे किंवा लघवीचे उत्पादन वाढवण्यासाठी वापरल्या जाणाऱ्या औषधांमुळे घटून त्याचा परिणाम रुग्णाच्या भावभावनांवर (मेन्टेशनवर) होऊ शकतो. रुग्णांची भूकही कमी होऊ शकते.

किडनीच्या आजाराच्या रुग्णांना लघवीमधून रक्त जाण्याचा इतिहास असू शकतो. व्हॅस्क्युलायटिस, सिस्टेमिक ल्युपस एरिथेमॅटोसस, कोग्युलोपॅथी इत्यादींमध्ये ही बाब दिसू शकते. काहीवेळा लघवीतील रक्त उघड्या डोळ्यांना दिसू शकत नाही परंतु तरीही रुग्णाच्या लघवीमध्ये गेल्याने शरीरातील रक्त कमी होऊ शकते. केवळ सूक्ष्मदर्शीने केलेल्या तपासणीतूनच हे कळू शकते. त्यामुळे संधिवातासंबंधी विकार असलेल्या प्रत्येक रुग्णासाठी नियमित मूत्र तपासणी अत्यंत आवश्यक आहे. अँटीकॉग्युलंट्स (रक्त पातळ करणारी औषधे) घेणाऱ्या रुग्णांचे रक्त जास्तच पातळ होण्याचा धोका असतो ज्यामुळे मूत्रपिंडासह अनेक ठिकाणांतून रक्तस्राव होऊ शकतो.

रक्त कमी होण्याव्यतिरिक्त रुग्णांना प्रथिनांची, विशेषत: लघवीमधून जाणाऱ्या

अल्ब्युमिनची कमतरता भासू शकते. हळूहळू अल्ब्युमिन कमी झाल्यामुळे रुग्णांच्या शरीरात पाणी टिकवून धरण्याची प्रवृत्ती निर्माण होते, ज्यामुळे संपूर्ण शरीरावर सूज येते.

तपासण्या – संधिवातासंबंधी विकार असलेल्या रुग्णांच्या नियमित तपासणीचा सर्वात आवश्यक भाग आहे लघवीची तपासणी. यातून संसर्गाची तसेच मूत्रपिंडाच्या अंतर्गत रचनांची कल्पना येते. लघवीचे एकूण प्रमाण आणि अल्ब्युमिन कमी होण्याची मात्रा समजण्यासाठी २४ तास मूत्र संकलन आणि तपासणी आवश्यक असते.

किडनी फंक्शन (मूत्रपिंडाच्या कार्याच्या) चाचण्या म्हणजे ब्लड युरिया आणि sr. क्रिएटिनिनची पातळी, मूत्रपिंडाच्या कार्यात्मक स्थितीबद्दल कल्पना देतात. रोगाच्या प्रसाराचे आणि औषधाच्या परिणामांचे मूल्यांकन करण्यासाठी त्यांचे अनुक्रमित अंदाज कधीकधी आवश्यक असतात. जेव्हा रुग्ण मेथोट्रेक्झेट आणि इम्युनोसप्रेसंट्स (उदा. सायक्लोफॉस्फामाइड, ॲझाथिओप्रिन, मायकोफेनोलेट मोफेटिल) सारख्या DM-RD वर असतात तेव्हा ह्या तपासण्या नियमितपणे करून त्यानुसार त्यांचे डोस ठरवले जातात.

मूत्रपिंडाच्या रोगाचा प्रकार आणि अवस्था जाणून घेण्यासाठी आणि काहीवेळा नंतरचा पाठपुरावा करण्यासाठी, किडनी बायोप्सी सारखी आंतरिक (इन्व्हॅझिव) तपासणी आवश्यक असते.

मूत्रपिंडाच्या अल्ट्रासाऊंड तपासणीमध्ये त्यांचे संरचनात्मक दोष, मूत्रपिंडाभोवती द्रव गोळा होणे तसेच मूत्रपिंडातील दगड (किडनी स्टोन) दिसून येतात.

संधिवाती विकारानंतर त्याच्याशी मूत्रपिंडाचा संबंध असल्याचा संशय असलेल्या रुग्णांसाठी संपूर्ण रक्त तपासणी, यकृत कार्य चाचणी (LFT), सीरम इलेक्ट्रोलाइट्स आणि ANA पॅटर्न व प्रोफाइल, ANCA अँटीबॉडीज अशा आणखी काही चाचण्या आवश्यक असतात.

उपचार कोणते व कसे ?

डॉक्टर प्रथम विकाराचे स्वरूप आणि कारणे निश्चित करण्याचा प्रयत्न करतात (उदा. मूत्रपिंडातील दगड, संसर्ग, जनुकीय, आनुवंशिक किंवा रोगप्रतिकारक इ.).

रोगप्रतिकारक आजाराची खात्री केल्यानंतर डॉक्टर, सांध्यांखेरीज शरीराचे कोणते अवयव ह्यात गुंतलेले आहेत (उदा. फुफ्फुसे, हृदय, मूत्रपिंड, मेंदूची त्वचा इ.) याचे मूल्यमापन करतात.

मूत्रपिंडाच्या सहभागाची खात्री झाल्यानंतर, रोगाच्या स्वरूप आणि पातळीनुसार, औषधे आणि त्यांचे डोस ठरवले जातात.

रुग्णांनी २४ तासांमध्ये घेतलेले द्रवपदार्थ (पाणी आणि इतर द्रव) मोजून पाण्याचे संतुलन राखणे आवश्यक आहे आणि २४ तासांतील लघवीचे प्रमाणही अधूनमधून मोजणे आवश्यक आहे. यावरून पाणी किती प्यावे याची कल्पना येते.

रक्तातील पोटॅशियमचे प्रमाण जास्त असल्यास हिरव्या पालेभाज्या, नारळपाणी आणि फळे टाळावी.

रक्तदाब नियंत्रित ठेवण्यासाठी मीठ/सोडियमचे सेवन कमी असावे. मूत्रपिंडाच्या गंभीर आजाराच्या बाबतीत, सोडियमचे सरासरी दैनिक सेवन २३०० (मिलिग्रॅम) पेक्षा कमी असावे. डबाबंद/प्रक्रिया केलेले पदार्थ टाळावेत कारण ते टिकवण्यासाठी त्यांत जास्त मीठ घातलेले असते.

लघवीचे प्रमाण वाढवणारे उपचार घेणाऱ्यांनी किंवा एसीई इनहिबिटर सारख्या औषधांवर असणाऱ्यांनी, सोडियम आणि पोटॅशियमची पातळी काटेकोरपणे पाहणे आवश्यक आहे.

आहारातील प्रथिनांचा परिणाम मूत्रपिंडाच्या कार्यावर होऊ शकतो. म्हणून योग्य प्रमाणात आणि योग्य प्रकारची प्रथिने खाणे, विशेषतः मूत्रपिंडाच्या वाढत्या आजाराच्या रुग्णांसाठी, महत्वाचे आहे.

आजाराच्या प्रारंभिक अवस्थेत घेतलेली विशिष्ट औषधे मूत्रपिंडाचा रोग सामान्य स्थितीकडे परत आणू शकतात किंवा रोगाचा प्रसार थांबवू शकतात. मूत्रपिंडाचा शेवटच्या टप्प्यातील आजार असलेल्यांना नियमित डायलिसिसची आवश्यकता असू शकते (डायलिसिस म्हणजे रक्तातील विषारी पदार्थ मशीनद्वारे काढून टाकण्याची प्रक्रिया).

वेदनाशामके (पेन किलर) घेताना रुग्णांनी किडनीवर होणाऱ्या परिणामांबद्दल सावधगिरी बाळगली पाहिजे. दुकानातून स्वतःच औषधे घेणे धोकादायक आहे, असे करू नये. डॉक्टरांनी सांगितलेल्या पाठपुरावा तपासण्या नियमित केल्या पाहिजेत. ह्यामुळे, रोग आणि औषधांच्या विनाशकारी दीर्घकालीन गुंतागुंतीपासून आपले संरक्षण होईल.

स्वयंप्रतिकारक संधिवाती आजार अंतःस्त्रावी ग्रंथींतील बिघाड

डॉ. बरखा पाटील
संधिवाततज्ञ

डॉ. प्रवीण पाटील
संधिवाततज्ञ

स्वयंप्रतिकारक संधिवाती रोग हा आजारांचा एक समूह आहे. ह्यामध्ये रुग्णाच्या शरीरातील रोगप्रतिकारक यंत्रणा चुकून आपल्याच निरोगी पेशींवर हल्ला करते. यामुळे दीर्घकाळ जळजळ होऊ शकते आणि अंतःस्रावी ग्रंथींसह विविध ऊतींचे आणि अवयवांचे नुकसान होऊ शकते.

अंतःस्रावी प्रणाली म्हणजे ग्रंथींची एक गुंतागुंतीची यंत्रणा आहे. ह्या ग्रंथी संप्रेरके (हार्मोन्स) तयार करतात आणि त्यांचे स्रवन करतात. ह्यांद्वारे विविध शारीरिक कार्ये नियंत्रित केली जातात. स्वयंप्रतिकारक संधिवाती रोगांमध्ये सर्वात सामान्यतः प्रभावित होणाऱ्या अंतःस्रावी ग्रंथींमध्ये थायरॉईड ग्रंथी, अधिवृक्क (ऍड्रेनल) ग्रंथी आणि स्वादुपिंड (पॅनक्रिआज्) यांचा समावेश होतो.

थायरॉइड ग्रंथीतील बिघाड: थायरॉईड ग्रंथी ही एक लहान, फुलपाखराच्या आकाराची ग्रंथी आपल्या मानेमध्ये असते. ही चयापचय, हृदयाची गती आणि शरीराचे तापमान नियंत्रित करणारी संप्रेरके (हार्मोन्स) तयार करते. रोगप्रतिकारक यंत्रणा थायरॉईड ग्रंथीवर हल्ला करते, तेव्हा उत्पन्न झालेल्या स्थितीला ऑटोइम्यून थायरॉइडाइटिस म्हणतात. यामध्ये थायरॉईड ग्रंथीला सूज येऊ शकते, ज्यामुळे थायरॉईड अतिक्रियाशील किंवा कमी क्रियाशील होऊ शकते.

ऑटोइम्यून थायरॉइडायटिस हा सामान्यतः RA आणि सिस्टेमिक ल्युपस एरिथेमॅटोसस ह्यांसारख्या ऑटोइम्यून संधिवाती रोगांशी संबंधित असतो.

ऑटोइन्मून थायरॉइड रोगांची लक्षणे कोणती असतात? हायपरथायरॉईडिझमच्या लक्षणांमध्ये (अतिक्रियाशील थायरॉइड) सामान्य भूक असूनही वजन कमी होणे, मासिक पाळीचे चक्र बिघडणे, उष्णता सहन न होणे (त्याच खोलीतील इतर लोकांना गरम होत नसले तरीही), वाजवीपेक्षा जास्त घाम

येणे, धडधडणे, थरथरणे, अस्वस्थता, आतड्याची हालचाल वाढणे ह्या बाबी दिसतात.

हायपोथायरॉईडिझमच्या लक्षणांमध्ये (कमी क्रियाशील थायरॉईड) वजन वाढणे, अशक्तपणा, कोरडी त्वचा, स्मरणशक्ती कमी होणे, थंडावा सहन न होणे (त्याच खोलीतील इतर लोकांना थंडी जाणवत नसतानाही), असामान्य मासिक पाळी, केस गळणे, बद्धकोष्ठता आणि नैराश्य यांचा समावेश होतो.

हायपर आणि हायपो, दोन्ही प्रकारच्या थायरॉईडिझमच्या रुग्णांना तीव्र थकवा येऊ शकतो. थायरॉईड रोग असलेल्या काही रूग्णांमध्ये वैद्यकीय निदानात्मक लक्षणे नसू शकतात किंवा ती इतकी सौम्य असू शकतात की ती लक्षात येत नाहीत. थायरॉईड आजाराची अनेक लक्षणे विशिष्ट नाहीत, म्हणजेच ती इतरही विविध परिस्थितींमुळे उद्भवू शकतात.

ऑटोइम्यून संधिवाती रोग असलेल्या व्यक्तींना थायरॉईड रोग होण्याची शक्यता असते हे लक्षात घेता, थायरॉईड रोगांसंदर्भात या रुग्णांच्या तपासणीचा विचार केला जाऊ शकतो. शिवाय थकवा, केस गळणे आणि सांधेदुखी यांसारख्या ऑटोइम्यून थायरॉईड रोगांच्या काही गैर-विशिष्ट तक्रारी रुग्णाच्या संधिवाताच्या आजाराशी निगडित असू शकतात. या कारणास्तव, सबक्लिनिकल आणि क्लिनिकल ऑटोइम्यून थायरॉईड रोग नसल्याची खात्री करण्यासाठी नियमितपणे थायरॉईड रोग तपासणी करणे योग्य ठरू शकते.

अधिवृक्क (ऍड्रेनल) ग्रंथींमधील बिघाड: मूत्रपिंडाच्या वरच्या बाजूला अधिवृक्क ग्रंथी असतात आणि त्या कॉर्टिसॉलसारखी संप्रेरके (हार्मोन्स) तयार करतात. शरीराला तणावाचा सामना करण्यास त्यांची मदत होते. रोगप्रतिकारक प्रणाली अधिवृक्क ग्रंथींवर हल्ला करते, तेव्हा ऑटोइम्यून एड्रेनल इनसफिशिअन्सी (अपुरेपणा) किंवा ऍडिसनचा रोग म्हणून ओळखल्या जाणाऱ्या स्थितीकडे वाटचाल होऊ शकते. यामुळे ऍड्रेनल ग्रंथी खूप कमी कॉर्टिसॉल तयार करू शकतात, ज्यातून थकवा, अशक्तपणा आणि कमी रक्तदाब यांसारखी लक्षणे उद्भवतात.

ऍडिसनचा रोग सामान्यतः RA, ल्युपस आणि शोग्रेन्स सिंड्रोम ह्यांसारख्या स्वयंप्रतिकारक संधिवाती रोगांशी संबंधित असतो. कॉर्टिसोल आणि इतर हार्मोन्सची पातळी मोजणाऱ्या रक्त चाचण्यांद्वारे या स्थितीचे निदान केले जाते.

स्टेरॉइड्स घेणे अचानक थांबवणे योग्य का नाही? काही दिवसांपेक्षा जास्त काळ घेतल्या जाणाऱ्या स्टेरॉइड उपचारांसाठी, डोस न चुकवणे आणि केवळ वैद्यकीय देखरेखीखाली उपचार थांबवणे फार महत्वाचे आहे. याचे कारण असे की

काही दिवस किंवा आठवडे स्टेरॉइड्स घेतल्यानंतर तुमचे शरीर (अॅड्रेनल ग्रंथी) महत्त्वाची कार्ये (उदा. रक्तदाब) चालू ठेवण्यासाठी स्वतःचे पुरेसे स्टेरॉइड्स बनवणे थांबवते. औषधोपचार अचानक थांबवल्याने रक्तदाबात तीव्र घट होऊ शकते आणि रक्तातील साखरेच्या पातळीवर परिणाम होऊ शकतो. याला ऍ़ड्रेनल अपुरेपणा म्हणतात. तुमच्या अधिवृक्क ग्रंथींना त्यांचे स्वतःचे स्टेरॉइड्स पुन्हा बनवण्यास वेळ देण्यासाठी तुम्ही डोस 'टेपर' (हळूहळू कमी) करणे आवश्यक आहे.

ऍ़ड्रेनल अपुरेपणात समाविष्ट लक्षणे:

* उलट्या
* विलक्षण थकवा येणे
* आजारी असल्याची भावना होणे तसेच प्रत्यक्ष आजारपण
* चक्कर येणे
* भूक मंदावणे, वजन कमी होणे

स्वादुग्रंथींतील (पॅनक्रिआज्) बिघाड : स्वादुपिंड हा पोटाच्या मागे असलेला एक अवयव आहे. हा इन्शुलिनसारखे हार्मोन्स तयार करतो, जे रक्तातील साखरेची पातळी नियंत्रित करतात. जेव्हा रोगप्रतिकारक यंत्रणा स्वादुपिंडातील पेशींवर हल्ला करते तेव्हा त्याला स्वयंप्रतिकारक स्वादुपिंड-दाह म्हणतात. यामुळे अतिसार, वजन कमी होणे, ओटीपोटात दुखणे आणि जीवनसत्व किंवा खनिजांची कमतरता यासारखी लक्षणे दिसू शकतात.

संधिवातामुळे मधुमेह होऊ शकतो का? RA असलेल्या लोकांमध्ये टाइप २ डायबेटिस (मधुमेह) होण्याचा धोका वाढतो. संशोधकांना असे आढळले आहे की सर्वसामान्य लोकसंख्येच्या तुलनेत, RA ग्रस्त लोकांमध्ये टाइप २ मधुमेह होण्याची शक्यता २३% अधिक असते.

RA ग्रस्त व्यक्तींना टाइप १ मधुमेह होण्याची शक्यता जास्त असते, कारण दोन्ही स्थिती स्वयंप्रतिकारक विकार आहेत. ज्या व्यक्तीला स्वयंप्रतिकारक स्थिती आहे त्यांच्या आयुष्यात अशीच आणखी एक स्थिती विकसित होण्याची शक्यता जास्त असते.

असे सुचवले जाते की ४५ वर्षांपेक्षा जास्त वयाच्या लोकांनी नियमितपणे मधुमेहासाठी तपासण्या व चाचण्या कराव्यात. RA सह जगणाऱ्यांसाठी ही बाब विशेष महत्वाची आहे.

निष्कर्ष: सारांशाने असे म्हणता येईल की स्वयंप्रतिकारक संधिवाताच्या रोगांचा लक्षणीय परिणाम, अंतःस्रावी प्रणालीवर आणि संप्रेरकांची निर्मिती व स्रवण

करणाऱ्या ग्रंथींवर होऊ शकतो. थायरॉईड ग्रंथी, अधिवृक्क ग्रंथी आणि स्वादुपिंड ह्यांवर सामान्यतः परिणाम दिसतो, ज्यामुळे ऑटोइम्यून थायरॉइडायटिस, ऑटोइम्यून ऍड्रेनल अपुरेपणा आणि ऑटोइम्यून पॅन्क्रियाटायटिस यासारख्या स्थिती उद्भवतात. स्वयंप्रतिकारक संधिवाती रोग असलेल्यांना हे अंतःस्रावी विकार होण्याची अधिक शक्यता असते आणि आजार लवकर ओळखून योग्य उपचार सुनिश्चित करण्यासाठी त्यांना नियमित तपासणीची आवश्यकता असू शकते. रुग्णांनी या स्थितींचे प्रभावीपणे व्यवस्थापन करण्यासाठी आपल्या आरोग्यसेवा-प्रदात्याशी कोणत्याही लक्षणांवर चर्चा करणे आणि वैद्यकीय सल्ल्याचे पालन करणे आवश्यक आहे.

स्वयंप्रतिरोधक आजारांचे स्नायू आणि अस्थिबंधांवर होणारे परिणाम

डॉ. वैजयंती लागू-जोशी
सल्लागार आमवाततज्ज्ञ

संधिवाती रोग, विविध प्रकारचे आणि अनेक घटकांनी युक्त आजार आहेत. संधिवाती रोग केवळ सांध्यांवरच परिणाम करत नाहीत तर स्नायू, हाडे तसेच कंडर (टेन्डन), अस्थिबंधन, संयोजी ऊती यांसारख्या पेशींवरही परिणाम करतात. त्यांपैकी काही स्वतःच्याच पेशींविरूद्ध दिलेल्या रोगप्रतिकारक प्रतिसादामुळे उद्भवणारे स्वयंप्रतिकार आहेत उदाहरणार्थ: संधिवात, ल्युपस, दाहक मायोसायटिस.

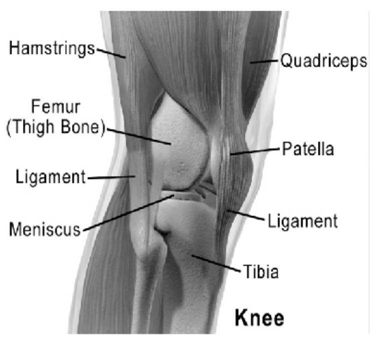
स्नायूंचे तीन मुख्य प्रकार आहेत: १) अस्थिपंजरी स्नायू – शरीराच्या वरच्या आणि खालच्या भागांमध्ये असतात, जे स्वेच्छेने नियंत्रित केले जाऊ शकतात. २) गुळगुळीत स्नायू – ह्यांवर ऐच्छिक नियंत्रण नसते. हे श्वासावर आणि पचनावर नियंत्रण ठेवतात. ३) हृदयाचे अनैच्छिक स्नायू – हे हृदयाचे कार्य नियंत्रित करतात. अस्थिपंजरी स्नायू सांध्याच्या लांबीवर पसरलेले असतात आणि हाडांदरम्यान

ताणलेले असतात. मेंदूने दिलेले मज्जातंतू-संदेश प्राप्त होताच शरीरातील सर्व स्नायू आकुंचन पावतात किंवा लहान होतात.

अस्थिबंध आणि कंडर ह्या संयोजी ऊतींच्या तंतुमय पट्ट्या असतात व ह्या हाडांना जोडलेल्या असतात. अस्थिबंध, दोन किंवा अधिक हाडे एकमेकांना जोडतात आणि सांधे स्थिर ठेवण्यास मदत करतात. त्यांची ताणले जाण्याची क्षमता मर्यादित असल्याने, सांध्यांच्या हालचालींवर अंतराची मर्यादा राहून, दुखापतीपासून संरक्षण मिळते.

टेन्डन, हाडांना स्नायू जोडतात. डेन्डन वेगवेगळ्या आकाराचे असतात. ते काहीसे लवचिक असतात आणि स्नायूंना हाडांशी जोडतात. हाडे आणि स्नायू यांदरम्यान शक्तीची देवाणघेवाण करणे हे त्यांचे काम आहे.

आपल्या शरीरातील महत्त्वाचे डेन्डन म्हणजे टाचेतील ॲकिलीस टेन्डन आणि खांद्यातील रोटेटर कफ.



गुडघ्याच्या सांध्याचे आणि त्याभोवतालच्या संरचनेचे हे प्रातिनिधिक चित्र पहा-

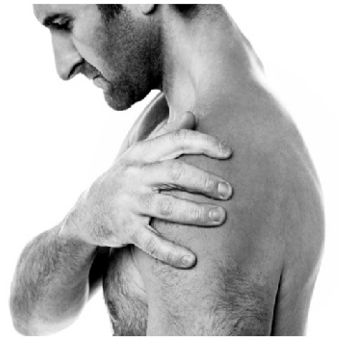
टेन्डिनोसिस / टेन्डिनायटिस: टेन्डायनिटिस म्हणजे कंडराची जळजळ. जेव्हा या कंडरांचा अतिवापर होतो, त्यांना दुखापत होते किंवा पूर्वीपासूनच संधिवाती स्थिती असल्यास हे दुखणे साधारणपणे उद्भवते. ॲकिलीस टेन्डन हा आकाराने मोठा असतो व तो पोटरीच्या स्नायूंना (काफ मसल्स) अस्थिमय कॅल्केनियमशी जोडतो.

सोरायटिक संधिवात हे विशेषत: टाचांवरील टेन्डिनायटिसचे एक महत्त्वाचे कारण आहे. दीर्घकालीन आमवातामुळेही (RA) गुडघे, खांदे, मनगट आणि हातांमध्ये पेरीआर्टिक्युलर टेन्डिनायटिस होऊ शकतो.

सेरोनिगेटिव्ह स्पाँडिलो-आर्थ्रोपॅतीज मुळे नितंब तसेच टाचेमधील टेन्डनची जळजळ होऊ शकते.

लक्षणांमध्ये वेदना, हुळहुळणे आणि सांध्यांच्या हालचालीवरील मर्यादा ह्यांचा समावेश होतो.

अल्ट्रासाउंडमध्ये टेन्डिनायटिस टेनोसायनोव्हिटिस दिसून येऊ शकतो.



टेन्डन फाटणे (टिअर): टेंडन्समध्ये दीर्घकालीन जळजळ असल्यास ते फाटू शकतात. संधिवातामुळे हाताच्या बोटांच्या विस्तारकांमध्ये असे फाटणे दिसू शकते. तेव्हा बोट उचलणे कठीण होऊन त्यामुळे दैनंदिन कामांवर परिणाम होतो.

रोटेटर कफ टिअर म्हणजे खांद्याच्या सांध्याला स्थिर करणारे चार स्नायू आणि कंडरांच्या गटात फाटणे.

खांद्याच्या रोटेटर कफच्या दुखापती बहुतेक वेळा टेन्डन टिश्यूच्या काळानुसार हळूहळू होणाऱ्या झिजेमुळे होतात. वारंवार केलेल्या ओव्हरहेड प्रकारच्या क्रिया किंवा सातत्याने जड वजन उचलण्यामुळेही कंडराला त्रास होऊ शकतो किंवा त्याचे नुकसान होऊ शकते. पडण्यासारख्या एकाच घटनेत देखील रोटेटर कफला इजा होऊ शकते.

हे फाटणे अल्ट्रासाउंड / MRI तंत्रज्ञानाच्या वापरानेही दिसू शकतात.

अस्थिबंधांचा संबंध: RA, सोरायसिस ह्यांसारख्या दाहक रोगांमुळे सायनोव्हायटिस होतो. त्यांचा परिणाम टेन्डन आणि अस्थिबंधनांवरही होतो. कमकुवत झालेल्या अस्थिबंधनांमुळे सांधे वेडेवाकडे होऊ शकतात – उदा. क्लॉ टो (बोट) किंवा हॅमर टो, RA मध्ये हात वाकडे होणे इ.

मायाल्जिया: मायाल्जिया म्हणजे स्नायूंमध्ये पसरलेल्या मंद वेदना. चिकनगुनिया, डेंग्यू ताप यांसारखे विषाणु-संसर्ग (व्हायरल इन्फेक्शन), मायाल्जिया आणि आर्थ्राल्जिया च्या रूपाने प्रकट होऊ शकतात. ते सामान्यतः लक्षणात्मक उपाय आणि विश्रांतीने कमी होतात.

फायब्रोमायाल्जिया – तरुण स्त्रियांमध्ये आढळणारी एक गंभीर स्थिती. संपूर्ण शरीरात पसरलेली मंद वेदना, झोपेची समस्या, थकवा आणि अनेकदा भावनिक आणि मानसिक त्रास होणे ही मुख्य लक्षणे असतात. फायब्रोमायाल्जियाच्या उपचाराचे व्यायाम, सकारात्मक मानसिकता, तणावमुक्ती हे मुख्य आधार आहेत.

मायोसायटिस: स्नायूंची जळजळ उत्पन्न करणारे हे आजार इडियोपॅथिक इन्फ्लेमेटरी मायोपॅथी (IIM) प्रकारातील असतात. ते स्वयंप्रतिकारक दाहक स्नायू-

स्थितीच्या एका विविधांगी गटातील आहेत. ह्यांत प्रामुख्याने डर्माटोमायोसायटिस आणि पॉलीमायोसायटिस यांचा समावेश होतो. ह्यांच्यामुळे काही रुग्णांमध्ये स्नायूंचा कमकुवतपणा, मायाल्जिया, गिळताना आणि श्वास घेण्यास त्रास अशी लक्षणे दिसतात. डर्माटोमायोसायटिसमध्ये त्वचेवर पुरळही उठतात.

वाढवलेले स्नायू एंझाइम, असाधारण इलेक्ट्रोमायोग्राफी (EMG), असाधारण स्नायू बायोप्सी आणि मायोसायटिस-संबंधित अँटीबॉडीजद्वारे रोगनिदान केले जाते.

इन्फ्लॅमेटरी मायोसायटिसवरील उपचार, स्टेरॉइड्स आणि इम्युनोसप्रेसंट्सद्वारे केले जातात. फिजिओथेरपी स्नायूंना बळकट करण्यास मदत करते

ओव्हरलॅप/मिक्स्ड संयोजी ऊतक रोग, ल्युपस इ. मधूनही मायोसायटिस दिसू शकतो.

मायोपॅथी: मायोपॅथीमध्ये स्नायू कमकुवत होतात, वेदना होतात परंतु जळजळ नसू शकते. संधिवाताच्या रूग्णांमध्ये, सक्रिय सांधेदुखी आणि सूज किंवा सांधे वाकडे होण्याच्या सोबतीने, स्नायूंचे प्रमाण कमी आणि कमकुवतपणा ही लक्षणे असू शकतात. वाकडेपणा आणि सक्रिय रोगामुळे शारीरिक कार्य बिघडते आणि शारीरिक निष्क्रियतेकडे अधिक प्रवृत्ती होते.

गुडघ्यांचा ऑस्टियोआर्थ्रायटिस हा एक झीज घडवणारा (डीजनरेटिव्ह) संधिवात आहे. ह्यामध्ये, सार्कोपेनियामुळे स्नायूंचा कमकुवतपणा आणि वेदनांमुळे निष्क्रियता ही लक्षणेदेखील दिसू शकतात.

कधीकधी, विविध संधिवाती आजारांवर उपचार करण्यासाठी वापरण्यात येणारी औषधेही मायोपॅथी दर्शवू शकतात. ग्लुकोकोर्टिकोइड्स हे शक्तिशाली दाहशामक घटक आहेत आणि संधिवातशास्त्रात त्यांचे विविध उपयोग आहेत. स्टेरॉइडमुळे मायोपॅथी होणे, हा स्टेरॉइड्सचा एक ज्ञात दुष्परिणाम आहे. हा सक्रिय मायोसिटिसपासून वेगळा ओळखणे आवश्यक असते.

संधिवाताव्यतिरिक्त, विविध स्वयंप्रतिकारक रोग स्नायू आणि संबंधित संरचनांवर परिणाम करू शकतात. अशा स्थितीत योग्य निदान आणि योग्य उपचार आवश्यक आहेत. काहीवेळा हे उपचार औषधे देऊन, काहीवेळा फक्त फिजिओथेरपीने किंवा औषधांच्या संयोगाने केले जातात. तर काहीवेळा टेन्डन / लिगामेंटचे फाटणे हाताळण्यासाठी शस्त्रक्रिया आवश्यक असते.

फुफ्फुसे आणि संधि वाती आजार

डॉ. अभिषेक झंवर
संधिवाततज्ञ

संधि वाती रोग म्हणजे स्वयंप्रति कारक (ऑटोइम्यून) स्थितींचा एक समूह आहे. ह्यांचा परिणाम सांधे, संयोजी ऊती आणि शरीराच्या इतर अवयवांवरही होतो. स्वयंप्रतिकारक प्रकारच्या रोगांमध्ये, आपल्या शरीरातील रोगप्रतिकारक यंत्रणा चुकून स्वतःच्याच निरोगी पेशींवर हल्ला करते. ह्यामुळे विविध अवयवांची आणि ऊतींची जळजळ आणि नुकसान होते. काही स्वयंप्रति कारक रोग फुफ्फुसांवर परिणाम करू शकतात, ज्यामुळे श्वसनासंबंधीची लक्षणे दिसतात आणि गतुंगतुी होऊ शकतात. संधि वाती रोगांचे, फुफ्फुसांवर परिणाम करणारे विशिष्ट मार्ग, प्रत्येक रोग आणि त्याची तीव्रता यानुसार बदलू शकतात. तथापि, संधि वाती आजारांशी संबंधित काही सामान्य श्वसन लक्षणे म्हणजे श्वास लागणे, खोकला, छातीत दुखणे आणि थकवा. कधीकधी स्वयंप्रतिकारक रोगावर दिलेल्या औषधांमुळे फुफ्फुसाच्या ससंर्गासारखी गतुंगतु होऊ शकते, ज्यामध्ये लक्षणे समान असू शकतात.

संधि वाताच्या रुग्णांनी, श्वसनाच्या कोणत्याही लक्षणांवर, त्यांच्या आरोग्यसेवा प्रदात्याशी चर्चा करणे महत्वाचे आहे कारण लवकर निदान होऊन उपचार सुरू केल्याने फुफ्फुसाच्या गुंतागुंती टाळण्यास किंवा त्यांचे व्यवस्थापन करण्यास मदत होऊ शकते.

रहुमेटॉइड आर्थ्रायटिस (RA): RA हा एक स्वयप्रंतिकारक रोग आहे जो प्रामुख्याने सांध्यावर परिणाम करतो. परंतु ह्यामध्ये फुफ्फुसाची गुंतागुंत देखील होऊ शकते. RA मध्ये, फुफ्फुसांचा सहभाग अनेक प्रकारे असू शकतो. एक प्रकार म्हणजे फुफ्फुसांत संधिवाती गाठी (नोड्यूल) तयार होऊ शकतात, ज्यामुळे जळजळ आणि चट्टे उद्भवू शकतात. आणखी एक प्रकार म्हणजे फुफ्फुसाचा आंतरपेशीय (इंटरस्टिशियल) आजार, ह्या स्थितीमध्ये फुफ्फुसातील हवेच्या पिशव्यांभोवतीच्या ऊती आणि जागेवर परिणाम होतो. यामुळे श्वास लागणे, खोकला आणि फुफ्फुसांच्या कार्यात कमी येऊ शकते.

सिस्टेमिक ल्युपस एरिथेमॅटोसस (SLE): SLE हा एक प्रणालीगत स्वयंप्रतिकारक रोग आहे. ह्याचा परिणाम फुफ्फुसांसह अनेक अवयवांवर होऊ शकतो. SLEशी सबंधिंत फुफ्फुसांच्या गुंतागुंतीमध्ये प्लूरायटिसचा (फुफ्फुसांच्या आवरणाची जळजळ) समावेश होतो, ज्यामुळे फुफ्फुसाभोवती द्रव साचतो. यामुळे छातीत दुखू शकते आणि श्वास घेण्यास त्रास होऊ शकतो. SLE मुळे फुफ्फुसाचा आंतरपेशीय आजार आणि पल्मनरी आर्टरी हायपरटेन्शन देखील होऊ शकते. फार क्वचितच SLE मुळे डिफ्यूज अल्व्होलर हॅमरेजसारखी गंभीर स्थिती उद्भवू शकते. फुफ्फुसांतील लहान रक्तवाहिन्यांच्या जळजळीमुळे असे होते ज्यामुळे फुफ्फुसातून रक्त वाहते आणि हेमोप्टायसिस होते. काही SLE रूग्णांमध्ये रक्ताच्या गुठळ्या आपोआप तयार होण्याची प्रवृत्ती असते, ज्यामुळे पल्मोनरी एम्बोलिझम होऊ शकतो.

स्क्लेरोडर्मा : स्क्लेरोडर्मा हा संयोजी ऊतकांचा एक विकार आहे ज्यामुळे फुफ्फुस आणि त्वचेला फायब्रोसिस (चट्टे येणे) होऊ शकतो. यामुळे ILD आणि फुफ्फुसाचा उच्च रक्तदाब होऊ शकतो. पल्मनरी आर्टेरियल हायपरटेन्शन म्हणजे फुफ्फुसांना रक्तपुरवठा करणाऱ्या धमन्यांमधील उच्च रक्तदाब. यामुळे दम लागणे, थकवा येणे, पायांना सूज येणे असे प्रकार होऊ शकतात.

शोग्रेन्स सिंड्रोम: हा एक स्वयप्रंतिकारक रोग आहे जो शरीरातील ओलावा निर्माण करणाऱ्या ग्रंथींवर परिणाम करतो, उदा. डोळे आणि तोंडातील ग्रंथी. यामुळे फुफ्फुसात जळजळ देखील होऊन परिणामी ILD होऊ शकते. काहीवेळा ह्यामुळे SLE सारखा फुफ्फुसाचा दाह (प्लूरसी) देखील होऊ शकतो.

पॉलीमायोसायटिस आणि डर्माटोमायोसायटिस: हे अत्यंत दुर्मिळ स्वयंप्रतिकारक रोग आहेत जे स्नायू आणि त्वचेवर परिणाम करतात परंतु ह्यांतून ILD आणि इंटरस्टेशियल न्यूमोनि यादेखील होऊ शकतात.

सारकॉइडोसिस: सारकॉइडोसिस हा एक दुर्मिळ स्वयंप्रतिकार रोग आहे ज्यामुळे फुफ्फुसांसह विविध अवयवांमध्ये ग्रॅन्युलोमास (पेशींचे लहान समूह) तयार होऊ शकतात. सारकोइडोसिसमध्ये फुफ्फुसाचा सहभाग खोकला, श्वास लागणे, छातीत दुखणे आणि थकवा होऊ शकतो.

ऑटोइम्यून व्हॅस्क्युलायटिस: हा, रक्तवाहिन्यांवर परिणाम करणाऱ्या, स्वयंप्रतिकारक रोगांचा समूह आहे. जेव्हा ते फुफ्फुसातील रक्तवाहिन्यांवर परिणाम करतात तेव्हा पल्मनरी व्हॅस्क्युलायटिस होऊ शकतो. ह्यामध्ये श्वास लागणे, खोकल्यातून रक्त पडणे आणि छातीत दुखणे होऊ शकते. हे दुखणे जीवघेणे असू

शकते आणि रुग्णाला बऱ्याचदा अतिदक्षता विभागात (आयसीयू) दाखल करावे लागते.

ऑटोइम्यून वैशिष्ट्यांसह इडिओपॅथिक न्यूमोनि या (IPAF)**:** ही एक नव्याने चर्चेत आलेली नि दानात्मक शाखा आहे. इंटरस्टेशियल लंग डिसीज (ILD) आणि ऑटोइम्यून रोगांच्या लक्षणांचे संयोजन, हे तिचे वैशिष्ट्य आहे. 'इडिओपॅथिक' हा शब्द येथे वापरला जातो कारण IPAF चे कारण अज्ञात आहे आणि ते इतर ज्ञात स्वयंप्रतिकारक रोगांपेक्षा वेगळे आहे. ह्याचे रोगनिदान साधारणपणे ILD सह ऑटोअँटीबॉडीच्या प्रात्यक्षिकांच्या मदतीने केले जाते. रुग्णांमध्ये बरेचदा काही विशिष्ट संधिवाती लक्षणेदेखील दिसू शकतात.

मूल्यमापन: क्ष स्वयंप्रतिकार रोगांमध्ये फुफ्फुसांच्या सहभागाची खात्री करण्यासाठी, किरण किंवा छातीचा अल्ट्रासाऊंड आणि उच्च रिझोल्यूशन सीटी स्कॅन उपयुक्त आहेत. डिफ्यूजन स्टडीजसह पल्मोनरी फंक्शन चाचणी, रोगाची तीव्रता आणि उपचारांना मिळणारा प्रतिसाद समजण्यासाठी उपयुक्त ठरू शकते. विशिष्ट स्वयंप्रतिकारक रोग आणि ILD च्या निदानासाठी अनेक ऑटाअँटीबॉडीज् पॅनेल उपलब्ध आहेत.

उपचार: यासाठी साधारणपणे संधिवात तज्ञ / इम्युनोलॉजि स्ट, पल्मोनोलॉजि स्ट आणि पुनर्वसन टीमची गरज असते. उपचार सामान्यत: जळजळ नियंत्रित करणे आणि अंतर्निहित स्वयंप्रतिकारक स्थितीचे व्यवस्थापन करण्यावर केंद्रित असतात. यामध्ये कॉर्टिकोस्टि रॉइड्स, इम्युनोसप्रेसंट्स आणि बायोलॉजिक्स यांसारखी औषधे तसेच धूम्रपान बंद करणे, प्रदूषकांच्या संपर्कात न येणे आणि ILD वाढवू शकणाऱ्या या गॅस्ट्रोएसोफेगल रिफ्लक्स रोगासारख्या (GERD) इतर वैद्यकीय स्थितींचे व्यवस्थापन करणे यांसारख्या इतर उपायांचा समावेश असू शकतो. तुमच्या विशिष्ट गरजा आणि उद्दिष्टांना अनुसरून उपचार योजना विकसित करण्यासाठी तुमच्या आरोग्य सेवा टीमसोबत काम करणे महत्त्वाचे आहे. ILD च्या कारणानुसार तुमचे डॉक्टर रोगप्रतिकारक यंत्रणा दाबण्यासाठी, जळजळ कमी करण्यासाठी, फायब्रोसिस कमी करण्यासाठी किंवा वायुमार्गांचा विस्तार करण्यासाठी (एअरवेडायलेशन) औषधे लिहून देऊ शकतात. अशी औषधे म्हणजे उदा. कॉर्टिकोस्टिरॉईड्स, इम्युनोसप्रेसंट्स आणि अँटी–फायब्रोटिक. जर तुमचा श्वासोच्छवास बिघडला असेल, तर तुम्हाला अधिक सहज श्वास घेण्यात मदत करण्यासाठी तुम्हाला पूरक ऑक्सिजनची आवश्यकता असू शकते. पल्मनरी रीहॅबिलिटेशन ह्या कार्यक्रमामध्ये फुफ्फुसाचे कार्य आणि जीवनाची गुणवत्ता सुधारण्यासाठी व्यायाम, श्वासोच्छवासाची तंत्रे आणि प्रशि क्षण ह्यांचे एकत्रीकरण असते.

संधिवाती आजारांमध्ये मेंदू आणि चेतातंतूचा (नसा/शिरा) सहभाग

डॉ. गिरीश काकडे
संधिवाततज्ज्ञ

संधिवाती आजारांमध्ये विविध प्रकारचे संधिवात, संयोजी ऊतींचे रोग, व्हॅस्क्युलायटाइड्स, मायोसायटिस इ. चा समावेश होतो. हे सर्व मुळात स्वयंप्रतिकारक (ऑटोइम्यून) रोग आहेत ज्यांमध्ये स्वतःची रोगप्रतिकारक यंत्रणा, 'आपल्या' आणि 'बाहेरच्या' पेशी ओळखण्यातील दोषांमुळे, स्वतःच्याच शरीरावर हल्ला करते. ह्यामुळे मुख्यतः सांधे प्रभावित होतात; तथापि, मज्जासंस्थेसह इतर अनेक अवयवांवरही सामान्यतः परिणाम होतो. मज्जासंस्थाची विभागणी, मध्यवर्ती मज्जासंस्था (मेंदू आणि पाठीचा कणा) आणि परिधीय मज्जासंस्था (नसा, चेतासंस्थेतील जोड आणि स्नायू) अशी केली जाऊ शकते. प्रत्येक संधिवाती रोग मज्जासंस्थेला वेगळ्या प्रकारे, रोगाच्या कालावधीत वेगळ्या वेळी प्रभावित करू शकतो. आपण सामान्य संधिवाती आजारांबद्दल आणि त्यांतील मेंदू व चेतासंस्थेच्या सहभागाबद्दल वाचू.

ऱ्हुमेटॉइड आर्थ्रायटिस: ऱ्हुमेटॉइड आर्थ्रायटिस (RA) हा एक जुनाट, पसरणारा, प्रणालीगत दाहक विकार आहे. ह्याचा प्राथमिक परिणाम सांध्यांवर होतो. सांध्याव्यतिरिक्तची (एक्स्ट्रा-आर्टिक्युलर) प्रकटीकरणे सामान्यत: रोगात उशीरा दिसून येतात आणि तीही साधारणपणे ज्या रुग्णांना उपचार न केलेले/अपुऱ्या कालावधीसाठी उपचार केलेले गंभीर सांधेरोग आहेत अशांमध्ये दिसतात. तसेच RA साठी प्रतिपिंड (संधिवाती घटक आणि अँटी-सीसीपी प्रतिपिंड) नकारात्मक असलेल्या रुग्णांपेक्षा ज्यांच्यामध्ये सकारात्मक आहेत (म्हणजे सेरोपॉझिटिव्ह वि. सेरोनेगेटिव्ह RA) त्यांच्यात ही लक्षणे जास्त प्रमाणात दिसतात. RA मुळे मध्यवर्ती आणि परिधीय मज्जासंस्थाही प्रभावित होऊ शकते.

मानेच्या मणक्यांचा (सर्व्हायकल स्पाइन) सहभाग: RA चे हे उशीराचे आणि गंभीर प्रकटीकरण, सामान्यतः उपचार न केलेल्या RA रुग्णांमध्ये दिसून येते.

पूर्वीच्या तुलनेत चांगल्या उपचार सुविधा उपलब्ध झाल्याने आणि उत्तम उपचारांमुळे अशा घटना दिवसेंदिवस कमी होत आहेत. Atlanto-axial subluxation (मानेतील पहिल्या २ मणक्यांमधील सांधे) ही सर्वाधिक दिसणारी गुंतागुंत आहे ज्यामुळे मानेतील मणक्यांचा संकोच होऊ शकतो. सामान्यतः मान दुखणे, हातांना मुंग्या येणे किंवा ते सुन्न होणे ही लक्षणे दिसतात आणि नंतर हातांमध्ये कमजोरी (मोटर वीकनेस) देखील विकसित होऊ शकते.

ह्याचे निदान साध्या एक्स-रे द्वारे केले जाऊ शकते, परंतु कधीकधी एमआरआयची आवश्यकता असू शकते. काही रुग्णांच्या या सांध्यांमध्ये सतत जळजळ (पॅनस) असते. अशांना स्टेरॉइड्स आणि रोग परिवर्तक संधिवातरोधक औषधांचा (DM-RDs) फायदा होऊ शकतो, तर इतरांना मानेचे मणके स्थिर करण्यासाठी शस्त्रक्रिया गरजेची असू शकते. आजाराचे हे प्रकटीकरण लवकरात लवकर ओळखले जाणे आवश्यक आहे कारण तसे झाले नाही तर क्वाड्रिप्लेजिया (दोन्ही हात व दोन्ही पायांमध्ये अशक्तपणा) आणि मृत्यूदेखील होऊ शकतो.

परिधीय चेतातंतूंचा सहभाग: एन्ट्रॅपमेंट न्यूरोपॅथी सामान्यतः RA सह उद्भवतात आणि रोगाच्या सुरुवातीसच येऊ शकतात. सर्वाधिक आढळणारे लक्षण म्हणजे कार्पल टनेल सिंड्रोम, ज्यात मध्यवर्ती मज्जातंतू (पंज्याचा एक भाग जोडणारी मज्जातंतू) मनगटाच्या पातळीवर दाबला जातो. हाताच्या बोटांमध्ये मुंग्या येणे आणि बधीर होणे ही लक्षणे दिसतात परंतु सहसा करंगळी सोडून. या बोटांच्या हालचालींमध्ये कमकुवतपणा (मोटर वीकनेस) देखील होऊ शकतो. DM-RDs सह RA च्या उपचाराने बहुतेक रुग्णांमध्ये सुधारणा होते. काहीच रूग्णांना स्थानिक स्टेरॉइड इंजेक्शनची आवश्यकता असू शकते आणि त्याहूनही कमी रुग्णांना, मध्यवर्ती मज्जातंतू दाबापासून मुक्त करण्यासाठी, शस्त्रक्रिया आवश्यक असू शकते.

दीर्घकाळ टिकणाऱ्या सेरोपॉझिटिव्ह, झीजकारक RA मुळे कधीकधी व्हॅस्क्युलायटिस (रक्तवाहिन्यांमध्ये जळजळ) होऊ शकतो. ह्याचा परिणाम कधीकधी एकाच वेळी अनेक परिधीय नसांवर होऊ शकतो (मोनोन्यूरायटिस मल्टिप्लेक्स). मज्जातंतूंचे कायमस्वरूपी नुकसान टाळण्यासाठी या स्थितीला मजबूत इम्युनोसप्रेशनसह त्वरित उपचार आवश्यक आहेत.

एँकिलूजिंग स्पाँडिलायटिस: अँकिलूझिंग स्पॉन्डिलायटिस हा एक दाहक संधिवाती आजार आहे. ह्यात प्रामुख्याने अक्षीय अस्थिपंजर (मणके) प्रभावित होतात. हे दुखणे पाठीच्या खालच्या भागातील सॅक्रो-इलीक (SI) सांध्यापासून सुरू होते आणि नंतर उर्वरित मणक्यांपर्यंत वर चढते. रोगाच्या वाढलेल्या पातळीत यामुळे

पाठीचा कण्यावर अनेक स्तरांतून आघात होऊ शकतो आणि ह्यावर शस्त्रक्रिया आवश्यक असू शकते. लवकर निदान आणि प्रभावी उपचार, ह्याद्वारे ह्या बाबी टाळता येतात.

सिस्टेमिक ल्युपस एरिथेमॅटोसस (SLE): SLE हा एक बहुप्रणाली दाहक रोग आहे. ह्यामध्ये सुरूवातीलाच, सांध्याव्यतिरिक्त इतर अवयवही प्रभावित होतात. चेतासंस्थेशी संबंधित लक्षणे बरेचदा दिसतात. SLE मध्ये साधारणपणे दिसणारी लक्षणे म्हणजे मानसिक अस्वस्थता, डोकेदुखी, आकडी येणे. यामुळे स्ट्रोक, ट्रान्सव्हर्स मायलाइटिस (मज्जारज्जूचा मोठा सहभाग, ज्यामुळे हातपाय कमजोर होतात तसेच मलमूत्रावर नियंत्रण राहात नाही) देखील होऊ शकतो. क्रेनियल मज्जातंतूंचा सहभाग, परिधीय मज्जातंतूंचा सहभाग (मोनोन्यूरिटिस मल्टिप्लेक्स) अशीही लक्षणे दिसतात.

SLE मध्ये मज्जासंस्थेचा सहभाग असणे हे एक गंभीर लक्षण मानले जाते आणि मूत्रपिंड, फुफ्फुस, हृदय अशा इतर प्रमुख अवयवांचा सहभाग सामान्यतः बहुतेक सर्व रुग्णांमध्ये दिसतो. याला तत्काळ दवाखान्यात नेऊन, इम्यूनोसप्रेशनसह तातडीच्या उपचारांची आवश्यकता असते.

शोग्रेन्स सिंड्रोम: हा सामान्यतः एक सौम्य संयोजी ऊतक रोग आहे. ह्याचा परिणाम मुख्यतः अश्रू स्त्रवण करणाऱ्या अश्रुग्रंथी आणि लाळ निर्माण करणाऱ्या लाळ ग्रंथींवर होतो. ह्यामुळे तोंड आणि डोळे कोरडे पडतात. क्वचितच यात, मेंदू आणि/किंवा मणक्याच्या डीमायलायनिंग रोगापासून ते परिधीय मज्जातंतूंच्या सहभागापर्यंत, मज्जासंस्थेचा समावेश असू शकतो. मज्जातंतूंचा सहभाग सौम्य संवेदी लक्षणांपासून मोनोन्यूरायटिस मल्टिप्लेक्स पर्यंत असू शकतो. याला इम्युनोसप्रेशनसह आक्रमक उपचारांची आवश्यकता असते.

व्हॅस्क्युलायटिस: व्हॅस्क्युलायटिस म्हणजे रक्तवाहिन्यांची जळजळ. वाहिन्यांच्या सुजलेल्या भिंती, रक्तवाहिन्यांचा व्यास कमी करतात आणि त्या ज्या अवयवाला रक्तपुरवठा करतात तो विस्कळित होतो. रक्तवहिन्यासंबंधीचा दाह शरीरातील कोणत्याही अवयवावर परिणाम करू शकतो आणि हा साधारणपणे गंभीर, प्रणालीगत स्वयंप्रतिकारक रोग असतो. ह्याची ढोबळपणे तीन मुख्य गटांमध्ये विभागणी होऊ शकते: मोठ्या रक्तवहिन्यासंबंधीचा दाह (टाकायासु धमनीचा दाह, टेम्पोरल आर्टेरायटिस/जायंट सेल आर्टेरायटिस), मध्यम रक्ताहिन्यांसंबंधीचा व्हॅस्क्युलायटिस (पॉलीआर्टेरायटिस नोडोसा, कावासाकी रोग) आणि लहान रक्तवहिन्यासंबंधीचा दाह (ANCA संबंधित व्हॅस्क्युलायटिस). इतर

अवयवांप्रमाणे, मज्जासंस्थादेखील या रोगामध्ये बरेचदा प्रभावित होते.

मोठ्या वाहिन्यांच्या व्हॅस्क्युलायटिसमुळे डोक्यात हलके वाटणे, चक्कर येणे, डोकेदुखी आणि दिसण्यात गडबड अशी लक्षणे दिसू शकतात. ह्यात स्ट्रोक देखील होऊ शकतो. मध्यम रक्तवाहिन्यांच्या व्हॅस्क्युलायटिसमुळे मोनोन्यूरायटिस मल्टिप्लेक्ससह परिधीय मज्जातंतूंवर परिणाम होऊ शकतो. एएनसीए संबंधित व्हॅस्क्युलायटिस (पूर्वी वेगनर्स ग्रॅन्युलोमॅटोसिस, चुर्ग स्ट्रॉस सिंड्रोम म्हटल्या जाणाऱ्या) सारख्या, लहान वाहिनीच्या व्हॅस्कुलायटिसमध्ये पॉलीन्यूरोपॅथी किंवा मोनोन्यूरायटिस मल्टिप्लेक्सच्या रूपात परिधीय नसांचा समावेश असू शकतो. तसेच मास (वस्तुमान), स्ट्रोक इत्यादी स्वरूपात मेंदूचा समावेश असू शकतो. ह्या सर्व आजारांत संधिवात तज्ज्ञाच्या सल्ल्याने इम्युनोसप्रेशनसह तातडीने उपचार करावे लागतात. न केल्यास, संबंधित अवयवांचे कायमचे नुकसान होऊ शकतात आणि काही दिवसांत ते काही आठवड्यांत मृत्यू देखील होऊ शकतो.

वर लिहिलेल्या आजारांव्यतिरिक्त, इतर अनेक संधिवाती रोग आहेत जे मेंदू, पाठीचा कणा किंवा मज्जातंतूंवर वेगवेगळ्या प्रकारे आणि रोग प्रक्रियेदरम्यानच्या वेगवेगळ्या कालावधीत परिणाम करू शकतात. मायोसायटिस समूहातील रोगांमुळे स्नायूंवर परिणाम होतो आणि हातपाय कमजोर होतात. उपचार न केल्यास, स्नायूंचे कायमचे नुकसान होऊन अपंगत्व येऊ शकते. त्वरित उपचार न केल्यास श्वसनसंबंधीच्या स्नायूंचा सहभाग घातक ठरू शकतो.

सुदैवाने, यांपैकी जवळजवळ सर्व रोगांवर आणि त्यांच्या मज्जासंस्थेशी असलेल्या संबंधावर प्रभावी उपचार केले जाऊ शकतात. लवकर निदान तसेच त्वरित आणि वेळेवर हस्तक्षेप केल्याने आपण, चेतासंस्थेवरील कायमस्वरूपी परिणाम तसेच मौल्यवान जीवनाची हानी टाळू शकतो.

संधिवातशास्त्र आणि त्वचा व केस

डॉ. नागनाथ खडके
संधिवाततज्ञ

संधिवाती विकार हे ऑटो-इम्यून प्रकारचे गंभीर आजार आहेत. सामान्यतः यापैकी बहुतेक विकारांना सांध्याशी संबंधित रोग मानले जाते. तथापि, या सर्व रोगांशी शरीरातील इतर विविध प्रणालींचाही संबंध असतो, विशेषतः त्वचा.

सिस्टेमिक ल्युपस एरिथेमॅटोसस, सिस्टेमिक स्क्लेरोसिस, सारकोइडोसिस, व्हॅस्क्युलायटिस आणि मायोसायटिस ह्या काही रोगांमधील त्वचेच्या भूमिकेला खरे तर प्रबळ प्रणालीगत सहभाग म्हणता येईल. बर्याच वेळा, त्वचेवर दिसणारी लक्षणे संधिवाती विकारांकडे निर्देश करू शकतात. त्वचेवरची ही लक्षणे अनेकदा ह्या आजारांच्या अस्तित्वाची शंका येण्यास किंवा कधीकधी रोगनिदान पक्के करण्यातही मदत करतात.

विविध रोगांची - फक्त संधिवातीच नाही तर सासंर्गिक देखील - त्वचेवर दिसणारी लक्षणे साधारण सारखीच असू शकतात. त्वचेचा नमुना घेण्याची (बायोप्सीची) एक सोपी प्रक्रिया आणि हिस्टोपॅथॉलॉजी व इम्युनोहिस्टोकेमिस्ट्रीसह पुढील तपासण्या केल्याने अनेकदा रोगनिदान पूर्ण होते. ह्यामुळे, रोगनिदान निश्चित करण्यासाठी कधीकधी आवश्यक असलेल्या अधिक आक्रमक प्रकारच्या क्रिया टाळण्यात देखील मदत होते.

रोगाची सक्रियता आणि इतर प्रणालींच्या त्यामधील सहभागाची एकंदर माहिती मिळण्यासाठी त्वचेचा उपयोग होतो. उदा. त्वचेवरील जखमांमधील सुधारणा, अनेकदा रोगाच्या स्थितीतील एकूण सुधारणेशी संबंधित असू शकते.

यापैकी बहुतेक रोगांसंबंधीचे काही ना काही प्रकटीकरण त्वचेवर दिसत असल्याने, ज्यांमध्ये त्वचेचा सहभाग ठळकपणे दिसतो अशा संधिवातासंबंधी परिस्थितींचा विचार करणे शहाणपणाचे ठरेल.

आपण ऱ्हुमेटॉइड आर्थ्रायटिस (RA) पासून सुरूवात करू.

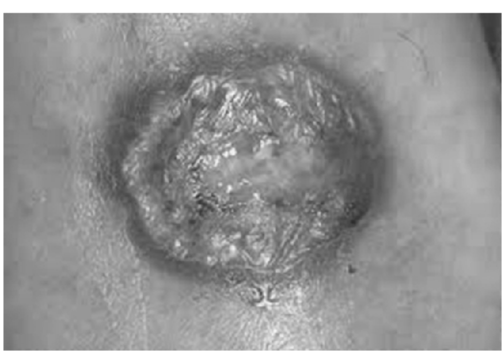
ऱ्हुमेटॉइड आर्थ्रायटिस –

RA ची सांध्यांखेरीज इतरत्र, उदा. त्वचेवर, दिसणारी लक्षणे साधारणपणे रोगाचा कालावधी आणि तीव्रतेशी संबंधित असतात. RA मध्ये सामान्यतः त्वचेवर आढळणाऱ्या बाबी म्हणजे संधिवाती गाठी (नोड्यूल्स), पायोडर्मा गँगरेनोसम, त्वचेच्या रक्तवहिन्यांसंबंधीचा दाह (पर्पुरा / गँगरीन), एरिथेमा नोडोसम आणि लिव्हेडो रेटिक्युलरिस.

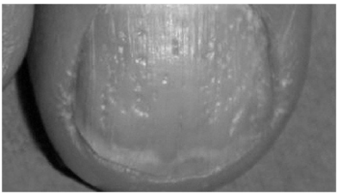
संधिवाती गाठी सामान्यतः त्वचेखालील ऊतींमध्ये तयार होतात. त्या टणक असतात, नरम नसतात आणि सामान्यत: विस्तारक (एक्स्टेन्सर) पृष्ठभाग आणि दाब बिंदूंमध्ये असतात.

पायोडर्मा गँगरेनोसम मध्ये, एकल किंवा एकापेक्षा जास्त, मध्यम ते मोठ्या आकाराचे दुखणारे व्रण (अल्सर) शरीराच्या मुख्यतः खालच्या भागांवर उठतात. ते केवळ RA सहच नाही तर इतर अनेक रोगांमध्ये दिसू शकतात जसे की आतड्यांसंबंधीचे दाहक रोग, व्हॅस्क्युलायटिस सिंड्रोम आणि कधीकधी हेमेटोलॉजिकल मॅलिग्नन्सी मध्येही.

पर्प्युरा, एरिथेमा नोडोसम आणि लिव्हेडो रेटिक्युलॅरिसकडे आपण नंतर पाहू.



सोरायटिक आर्थ्रायटिस – सोरायसिस हा एक ऑटोइम्यून प्रकारचा गंभीर आजार आहे. ह्याने त्वचा, टाळू, नखे तसेच एन्थेसेस आणि सांधे प्रभावित होतात. बहुतेक म्हणजे ७५% प्रकरणांमध्ये संधिवातापूर्वी त्वचेची विशिष्ट स्थिती आढळते. १५% मध्ये ती संधिवात झाल्यानंतर विकसित होते आणि १०% प्रकरणांमध्ये त्वचा आणि सांध्यांवर एकाच वेळी प्रभावित होतात. सोरायसिसच्या बहुसंख्य रुग्णांना त्वचेच्या ५ ते १५ वर्षांच्या सहभागानंतर संधिवात होतो.



त्वचेच्या सहभागाशिवाय सांध्यांवर दिसणाऱ्या परिणामांस सोरायटिक आर्थ्रायटिस सिन सोरायसिस असे म्हटले जाते आणि ह्याचे लवकर निदान करणे अवघड असू शकते.

सोरायसिसचे वेगवेगळे आकृतिबंध आहेत – प्लाक सोरायसिस, गट्टेट सोरायसिस, पस्ट्युलर सोरायसिस आणि इन्व्हर्स सोरायसिस.

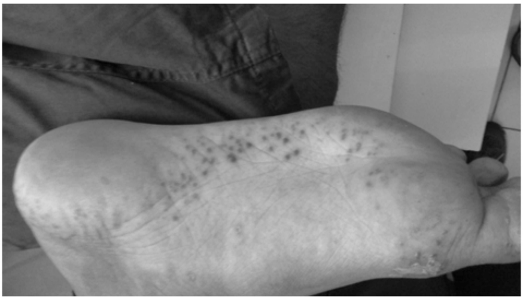
सोरायसिसमध्ये नखांवर परिणाम होतो – नेल पिटिंग (नखांवर खड्डे), ऑन्कायलोसिस (नख त्याच्या मुळापासून वेगळे होणे), ऑन्कायमेडेसिस (नख गळणे), ट्रायचियोनिचिया, सबंग्युअल हायपरकेराटोसिस, स्प्लिंटर हॅमरेजेस किंवा नखाच्या मुळाचा रंग मंदावणे यांचा समावेश असू शकतो.

सोरायटिक संधिवातामध्ये सामान्यतः हात आणि पायांच्या इतर लहान सांध्यांसह डीआयपी सांधे समाविष्ट असतात. सोरायटिक संधिवातामुळे वेगाने पसरणारी सांध्यांची जळजळ दिसू शकते. ह्यामुळे सांध्याचा संपूर्ण नाश होतो व ते वाकडे होऊ शकतात. ह्याला संधिवाती म्युटिलन्स म्हणतात.

प्रतिक्रियात्मक (रिॲक्टिव्ह) आर्थ्रायटिस –

हा स्पॉन्डिलोआर्थरायटिसचा एक प्रकार आहे. ह्याची विशिष्ट लक्षणे म्हणजे सांध्यांची जळजळ, गॅस्ट्रोइंटेस्टाइनल किंवा यूरोजेनिटल संसर्गानंतर त्वचा आणि डोळ्यांवर होणारा परिणाम. परंतु बरेचदा सर्वच प्रकरणांमध्ये ह्यांची नोंद केली जात नाही.

त्वचेवर दिसणारी लक्षणे, इतर तत्सम संधिवातांपासून हा आजार वेगळा करण्यासाठी पुरेशी असतात. सुमारे १५% प्रकरणांमध्ये ही दिसतात.

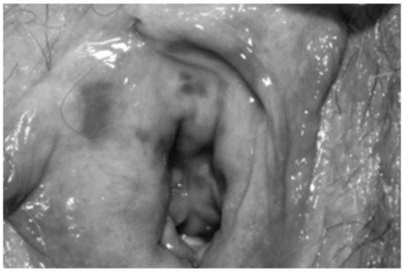


प्रतिक्रियाशील संधिवाताच्या त्वचेवरील वैशिष्ट्यांमध्ये केराटोडर्मा ब्लेनोरॅजिकम, सर्सिनेट बॅलेनायटिस / व्हल्व्हायटिस आणि केराटोटिक प्लाक यांचा समावेश होतो.

केराटोडर्मा ब्लेनोरॅजिकममध्ये केराटोटिक एरिथेमॅटस पॅप्युल्स, पस्टुल्स किंवा प्लाकच्या स्वरूपात हाताच्या आणि पायाच्या तळव्यांचा सारखाच सहभाग असतो. मात्र हे, मॉर्फोलॉजिकल आणि उतिविज्ञानाच्या (हिस्टोलॉजिकल) संदर्भात सोरायटिक जखमांपासून वेगळे केले जाऊ शकत नाहीत.

रिॲक्टिव्ह आर्थ्रायरायटिसमध्ये सोरायटिक संधिवाताप्रमाणेच पिटिंग, ऑन्कायलोसिस आणि सबंग्युअल केराटोसिससह नखे देखील समाविष्ट असतात.

सर्किंट बॅलेनाइटिस किंवा व्हल्व्हायटिस म्हणजे लिंगावर / लिंगमुंडावर



किंवा बाह्य योनीवरील (लेबिया) जखमांसारखे एरिथेमा किंवा प्लाक असतात.

IBD शी संबंधित आर्थ्रायटिस –

IBD संबंधित संधिवाताची, श्लेष्मल त्वचेवरील सामान्य लक्षणे म्हणजे एरिथेमा नोडोसम, पायोडर्मा गँगरिनोसम, स्वीट सिंड्रोम आणि ऍफ्थस स्टोमाटायटिस.

सिस्टेमिक ल्युपस एरिथेमॅटोसस –

सर्व स्वयंप्रतिकारक रोगांमध्ये SLE, त्याच्यातील श्लेष्मल त्वचेच्या सहभागामुळे बहुधा सर्वात प्रसिद्ध आहे.

SLE चे त्वचेवर दिसणारे प्रकटीकरण खूपच विस्तृत आणि असंख्य प्रकारचे असते. ह्यांपैकी काही फक्त डङए शीच निगडित असतात तर काहींचा SLE शी असा विशिष्ट संबंध नसतो. केवळ SLE शीच निगडित नसलेली त्वचा–प्रकटीकरणे, इतर अनेक स्वयंप्रतिकारक प्रकारच्या तसेच अन्य प्रकारच्या रोगांमध्ये दिसून येतात. ही म्हणजे पाल्पेबल पर्प्युरा, अर्टिकेरिअल व्हॅस्क्युलायटिस, लिव्हेडो रेटिक्युलारिस, रेनॉडचे लक्षण, एरिथेमा मल्टीफॉर्म, पेरींग्युअल टेलंगिएक्टेशिया आहेत. लाइकेन प्लेनस, पेम्फिगस आणि डर्माटायटिस हर्पेटोफॉर्मिस यांसारख्या स्वयंप्रतिकारक त्वचाविकारांमध्ये दिसणाऱ्या त्वचेच्या विकृतींप्रमाणेच, SLE देखील त्वचेच्या विकृती निर्माण करू शकतो.

फक्त ल्युपसशी निगडित विशिष्ट त्वचा–विकृती –

गंभीर क्युटेनिअस ल्युपस – स्थानिक अथवा सर्वत्र

उप–तीव्र क्युटेनिअस ल्युपस – कंकणाकृती किंवा पॅप्युलो–स्क्वॅमस

गंभीर क्युटेनियस ल्युपस – डिस्कॉइड ल्युपस एरिथेमॅटोसस, ल्युपस पॅनिक्युलायटिस, ल्युपस ट्युमिडस आणि चिलबेन्स ल्युपस.

गालावरील पुरळ (मलार रॅश) –

हे फुलपाखराच्या आकाराचे पुरळ आहे. हे एरिथेमॅटस प्रुरायटिक पॅप्युलर जखम म्हणून ओळखले जाते. हे सामान्यत: गालांवर विकसित होते आणि बहुतेक वेळा सूर्यप्रकाशामुळे उद्भवते. हे बहुधा सर्वात प्रसिद्ध संधिवाती पुरळ आहे. हे लक्षण अनेकदा दिसू शकते आणि हे ६०% ते ९०% SLE रुग्णांमध्ये कधी ना कधी मोठ्या प्रमाणात दिसतेच. हे वर्गीकरण निकषांचा देखील एक घटक असते. ह्याच्या सामान्य प्रकारांमध्ये ऍक्ने रोसेसिया, सेबोरेहिक, ऍटोपिक किंवा ऍटोपिक डर्मेटायटिस यांचा समावेश होतो.

उप–तीव्र क्युटेनिअस ल्युपस –

हे पुरळ सामान्यत: किंचित खपलीयुक्त लहान एरिथेमॅटस जखमेच्या रूपात सुरू होते आणि एकतर सोरायसिफॉर्म किंवा कंकणाकृती स्वरूपात विकसित होते. हे त्वचेवरील सोरायटिक जखमांपेक्षा वेगळे ओळखणे कठीण आहे. ह्या जखमा अत्यंत प्रकाश–संवेदनशील असतात.

चकतीसारखा (डिस्कॉइड) ल्युपस –

ह्या एरिथेमॅटस प्लाकसारख्या जखमा हळूहळू विस्तारित होतात. ह्यांच्या मध्यभागी स्पष्ट चट्टे, शोष आणि रंग उडालेले भाग (डीपिगमेंटेशन) दिसतात.

ल्युपस पॅनिक्युलायटिस –

ह्या घट्ट, गाठीसारख्या आणि अनेकदा स्पर्शाला कोमल असलेल्या जखमा कोणत्याही ठिकाणी

विकसित होऊ शकतात आणि सामान्यतः बऱ्या झाल्यावर खचलेला भाग मागे सोडू शकतात.

प्रकाशसंवेदनशीलता –

ल्युपसच्या रूग्णांमध्ये प्रकाशसंवेदनशीलता (फोटोसेन्सिटिव्हिटी) अत्यंत सार्वत्रिक आहे. ही ६०% ते १००% रूग्णांमध्ये असते. अशांना सूर्यप्रकाशातील UV-B किरणाच्या (रेडिएशन) संपर्कात आल्यावर पुरळ उठण्याची प्रवृत्ती असते. क्वचित काही रुग्ण घरातील दिवे (बल्ब) किंवा दृश्य प्रकाशामधील UV-B किरणालाही संवेदनशील असू शकतात.

इडियोपॅथिक इन्फ्लेमेटरी (दाहक) मायोसायटिस –

हा स्वयंप्रतिकारक तीव्र रोगांचा एक गट आहे. ह्यात प्रामुख्याने स्नायूंचा दाहाचा (जळजळीचा) सहभाग असला, तरी बहुसंख्य रुग्णांमध्ये त्यांची त्वचा, फुफ्फुसे आणि सांधे देखील गुंतलेले असू शकतात. त्यांचे पुढे पॉलीमायोसायटिस, डर्माटोमायोसायटिस, इन्क्लुजन बॉडी मायोसायटिस आणि अन्य मायोसायटिसमध्ये वर्गीकरण केले जाते.

'डर्माटोमायोसिटिस' मध्ये त्वचेचा संबंध सर्वाधिक वेळा आढळतो. ह्यामध्ये, त्वचेच्या काही विशिष्ट जखमा हा रोग परिभाषित करण्याचा निकष असतो. त्वचेवरील ह्या जखमा, स्नायूंमध्ये लक्षणे दिसण्यापूर्वी काही महिने किंवा वर्षे असू शकतात.

यापैकी बहुतेक त्वचेचे विकृती रोगजनक किंवा वैशिष्ट्यपूर्ण आहेत आणि त्यात गोट्रॉन पॅप्युल, गॉट्रॉन चिन्ह, हेलिओट्रॉप रॅश, मेकॅनिकचा हात, शालीसाखे चिन्ह, V चिन्ह, होल्स्टरचे चिन्ह इत्यादींचा समावेश होतो.

गॉट्रॉन चिन्ह हा एक सममितीय व्हायोलेसियस किंवा एरिथेमॅटस प्लाक किंवा एट्रोफिक मॅक्युल्स असतो. हाड मुख्यत्वे दिसणाऱ्या शरीराच्या भागांवर हा आढळतो, उदा. बोटांच्या सांध्यांची हाडे, कोपर किंवा मॅलेओली.

गॉट्रॉन पॅप्युल्स हे मध्ये किंचित खळगा व गोल सपाट टॉप असणारे पॅप्युल आहेत आणि ते सामान्यतः

बोटांच्या सांध्यांची हाडे, बोटे किंवा कोपरांवर दिसतात.

हेलिओट्रोप पुरळ, हे पापण्यांच्या तसेच संबंधित एडेमा असलेल्या आसपासच्या (पेरीऑर्बायटल) क्षेत्रातील सममितीय रंगाशी संबंधित आहे. हे लवकर लक्षात येऊ शकते व दीर्घकाळ टिकते, तथापि रंग फिका होतो आणि इम्युनोमोड्युलेशन थेरेपीमुळे सूज कमी होते.

शाल चिन्ह, V चिन्ह आणि होल्स्टर चिन्ह हे एकत्र येणारे मॅक्युलर एरिथेमा आहेत. हे पाठीच्या वरच्या भागात आणि मानेवर (शाल चिन्ह), गळा आणि छातीवर (V चिन्ह) तसेच मांड्या आणि नितंबांच्या बाहेरील बाजूवर (होल्स्टर चिन्ह) पसरलेले दिसतात. उपचाराने हे पुरळ, ठिकठिकाणी डाग पडून, बरे होतात. परंतु जखमेचे रूपांतर व्रणात (अल्सर) होणे, हे रोगनिदानाच्या संदर्भात चांगले लक्षण नाही.

मेकॅनिक्स हँड ह्या प्रकारच्या जखमा हाताचा अंगठा, पहिले आणि मधले बोट ह्यांवर आढळतात. ह्या हायपरकेराटोटिक, खवलेयुक्त, हायपरपिग्मेंटेड, फिशरिंग, सिमेट्रिक आणि नॉन प्रुरायटिक प्रकारच्या असतात. ह्या सामान्यतः अँटिसिंथेटेस सिंड्रोमसह असतात.

काही वेळा मायोसिटिसमध्ये आढळणाऱ्या त्वचेच्या जखमांचे काही प्रकार असे आहेत – टेलंगिएक्टाशिया, लिव्हेडो रेटिक्युलरिस, रेनॉड्सचे लक्षण.

सिस्टेमिक स्क्लेरोसिस –

ह्यालाच स्क्लेरोडर्मा म्हणूनही ओळखले जाते. त्वचेचा रोगजनक सहभाग असलेला हा एक गंभीर स्वयंप्रतिकारक आजार आहे. खरे तर हा संधिवाताशी संबंधित एक विकार आहे, ज्यामध्ये त्वचेचा सहभागच रोगनिदान प्रस्थापित करण्यासाठी पुरेसा असतो. ही प्रकटीकरणे, त्वचेच्या प्राथमिक सहभागापासून ते महत्त्वपूर्ण प्रणालीगत सहभागापर्यंत असू शकतात.

स्क्लेरोडर्मा –

ह्यामध्ये त्वचा एकसारख्या पद्धतीने घट्ट होते, ताणली जाते आणि कठीण होते (इनड्युरेशन).

हा विकार एमसीपी सांधे आणि चेहऱ्यापासून दूर असलेल्या भागापुरता मर्यादित असल्यास त्याला मर्यादित स्क्लेरोसिस म्हणतात आणि या सांध्याच्या तसेच शरीराच्या इतर भागांच्या जवळ पोचला असेल तर त्याला डिफ्यूज स्क्लेरोडर्मा म्हणतात.

त्वचेमधील बदलांचे तीन अनुक्रमिक टप्पे दिसतात.

पहिला आणि सर्वात प्रथम दिसणारा टप्पा म्हणजे ओडिमेटस टप्पा. ह्यात सूज येते तसेच चेहरा, बोटे आणि हात यांची लवचिकता कमी होते. दुस–या टप्प्यात हळूहळू डिफ्यूज स्क्लेरोसिस होतो व त्वचा कठीण होऊ लागते. प्रभावित त्वचा चमकदार, ताणलेली, जाड आणि आवळल्यासारखी दिसते ज्यामुळे नाक चिमटले जाते, चेहऱ्यावरील सुरकुत्या कमी होतात तो मुखवट्यासारखा दिसतो. डोळे उघडणे अवघड बनते. बऱ्याच वर्षांनी विकसित होणाऱ्या अंतिम टप्प्यात त्वचा पातळ, एट्रोफिक आणि अंतर्निहित ऊतींना घट्ट चिकटलेली बनते. गंभीर प्रकरणांमध्ये, बोटांचे आकुंचन होते किंवा हाडांच्या प्रमुख भागांवर अल्सर देखील विकसित होऊ शकतात ज्यामुळे रोजची कामे करण्यात अडथळा येतो.

रेनॉड्स ची लक्षणे –

हातापायांची बोटे, कान आणि नाकावर दिसणारे स्क्लेरोडर्माचे हे सर्वात

पहिले लक्षण आहे. ह्यामध्ये त्वचेच्या रंगात क्रमाने बदल होत जातो आणि त्यानंतर सायनोसिस होन, रीपरफ्यूजन झाल्याने शेवट रुबरसह होतो.

त्वचेवरील सॉल्ट-एँड-पेपर प्रकारचे पुरळ –

त्वचा जाड होऊन साधारणतः तिच्या रंगामध्येही बदल होतो. कपाळ, मान, छाती आणि पाठीच्या वरच्या भागावर मीठ-मिरपुडीसारखे दिसणारे पुरळ सामान्यतः आढळते.

बोटांवरील व्रण (डिजिटल अल्सर) –

हे लक्षण त्वचेवर दिसत असले तरी, बोटांच्या टोकांवर विकसित होणाऱ्या या अल्सरचे कारण रक्तवहिन्याचा सहभाग आहे. हे क्रॉनिक इस्केमियामुळे उद्भवतात, ह्यांमधून दुय्यम संसर्ग होऊ शकतात आणि हे बरे होण्यास वेळ लागतो. अशा व्रणांपैकी २५% प्रकरणांमधून गँगरीन आणि स्वयंविच्छेदन होऊ शकते.

टेलंगिक्टेसिया –

ह्या वाहिनी-उत्पत्तीच्या एरिथेमॅटस जखमा असतात ज्या दाबल्यास पांढरट (ब्लँच) होतात. ह्या प्रामुख्याने तळवे, चेहरा, तोंडातील श्लेष्मल त्वचा ह्यांवर विकसित होतात. ह्या, रक्तवहिन्यासंबंधीच्या वर्तमान दुखापतीच्या सूचक आहेत आणि फुफ्फुसीय उच्च रक्तदाबाची जोखीम वाढण्याशी संबंधित आहेत.

कॅल्सिनोसिस – हे मऊ उतींमधील कॅल्शियम फॉस्फेटचे साठे असतात जे डोळ्यांना दिसू शकतात. ते कोणत्याही ठिकाणी उद्भवू

शकतात. ते वेदनादायक, कडक आणि संसर्ग किंवा फिस्टच्युलायझेशनसह अंतर्निहित ऊतकांना चिकटलेले असतात.

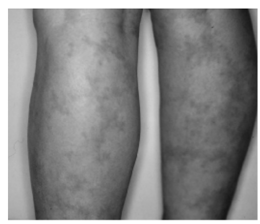
त्वचेवर दिसणारा सिस्टेमिक व्हॅस्क्युलायटिस

पाल्पेपल पर्प्युरा –

हे निर्विवादपणे सर्वाधिकपणे आढळणाऱ्या प्रकटीकरणांपैकी एक आहे. हे लहान मॅक्युलर एरिथेमॅटस जखमांपासून सुरू होते आणि पॅप्युल्स किंवा प्लाक बनते. हे पाय, घोटा आणि पावलांवर सर्वाधिक प्रमाणात दिसते.

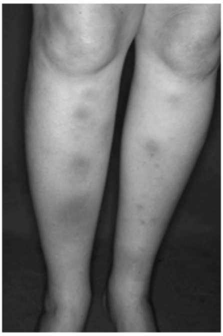
अर्टिकेरियल व्हॅस्क्युलायटिस –

सामान्य अर्टिकेरियल साधारणतः २४ तासांत बरे होते. ह्याउलट, अर्टिकेरियल व्हॅस्क्युलायटिस २–३ दिवस टिकून राहते. लाल, सुजलेले चट्टे हे ह्याचे वैशिष्ट्य आहे.



गाठीचा (नोड्यूलर) व्हॅस्क्युलायटिस –

व्हॅस्क्युलायटिसमधील गाठी सामान्यतः शरीराच्या खालच्या भागावर आढळतात. ह्या सामान्यतः लहान, कडक, कोमल आणि दाहक असतात.



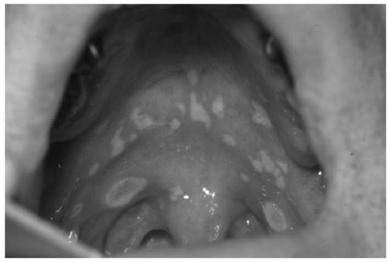
लिव्हडो रेटिक्युलॅरिस –

ह्यात त्वचेवर जाळीदार (रेटियुकलर पॅटर्न) लालसर निळे रंग दिसतात. संयोजी ऊतींच्या विविध रोगांमध्ये देखील असे दिसू शकते आणि पॅटर्नमधील मॉर्फोलॉजिकल फरकांद्वारे वेगळे ओळखले जाऊ शकते.

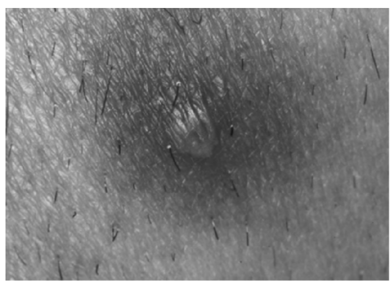
नेक्रोसिस, गँगरिन, पायोडर्मा गँगरिनोसम, सुपरफिशिअल थ्रोम्बोफ्लिबिटिस, ग्रॅन्युलोमा आणि

पॅनिक्युलायटिस ही त्वचेवर दिसणारी इतर काही सामान्य प्रकटीकरणे आहेत. ही वेगवेगळ्या सिस्टेमिक व्हॅस्क्युलायटिसमध्ये दिसून येतात.

एरिथेमा नोडोसम –



दाहक संधिवात, संयोजी ऊतक रोग आणि व्हॅस्क्युलायटिसच्या संदर्भात त्वचेवर दिसणाऱ्या जखमांचा हा एक सर्वत्र आढळणारा प्रकार आहे. ह्या सहसा अचानक उद्भवतात आणि शरीराच्या खालच्या भागावर अधिक दिसतात. ह्या एकल किंवा एकापेक्षा जास्त, त्वचेखालील टणक गाठीसारख्या जखमेच्या रूपात असतात. सामान्यत: काही दिवसांत किंवा आठवड्यांमध्ये, डाग मागे न ठेवता ह्या बऱ्या होतात.



बेह्सेट आजार –

कॉम्प्लेक्स ऍफ्थोसिस ही या रोगाची श्लेष्मल त्वचेवरची खूण आहे आणि २५-७५% प्रकरणांमध्ये हे लक्षण दिसून येते. हे मुख्यतः पुनःपुन्हा उद्भवतात. सामान्यतः तोंडाच्या अल्सरपासून हे वेगळे ओळखणे अवघड असतात. कधीकधी ते सर्पिल (हर्पेटिफॉर्म) असतात. जननेंद्रियातील अल्सर, ६०-८०% प्रकरणांमध्ये दिसून येतात.

स्यूडो– फॉलिक्युलायटिस ४०-६०% प्रकरणांमध्ये आढळतो. सामान्यतः धड, हातपाय, पार्श्वभाग आणि गुप्तांगांवर दिसून येतो. हे नॉन फॉलिक्युलर एरिथेमॅटस पॅप्युल आहे जे पस्ट्युलर बनते आणि एकतर जखम बरी होते किंवा तिचे रूपांतर व्रणात (अल्सरमध्ये) होते.

एरिथेमा नोडोसम सारख्या विविध प्रकारच्या गाठीदेखील बेह्सेट रोगात आढळतात.

त्वचारोगावरील औषधाच्या विषारीपणामुळे त्वचेचा येणारा संबंध –

विविध रोगांमुळे त्वचेवर परिणाम होणे अत्यंत सामान्य आहे. परंतु अशा रोगांवर उपचार करण्यासाठी वापरल्या जाणाऱ्या विविध औषधांचा दुष्परिणाम होऊन त्वचेच्या होणाऱ्या आजारातील संभाव्य सहभागाकडे दुर्लक्ष करता येत नाही.

स्टेरॉइडविरहित विरोधी दाहरोधक औषधे (NSAIDs) – NSAIDs मुळे त्वचेवर तात्पुरते पुरळ येण्यापासून, स्टीव्हन्स जॉन्सन सिंड्रोम किंवा विषारी एपिडर्मल नेक्रोलिसिस सारख्या अत्यंत घातक परिस्थितीपर्यंतची ऍलर्जी होऊ शकते.

सल्फासालाझिन – यामुळे त्वचेवर तात्पुरते पुरळ उठू शकते. औषध घेणे थांबवल्यानंतर ते साधारणपणे नाहीसे होते. तथापि, लाइकेनॉइड त्वचा-उद्रेक किंवा कधीकधी TEN किंवा SJS सह, अतिसंवेदनशीलतेचे एक विचित्र लक्षण उद्भवू शकते. सल्फासालाझिनमुळे घामामध्ये नारिंगी रंगही दिसू शकतो.

हायड्रॉक्झिक्लोरोक्विन – यामुळे सामान्यतः प्रुरायटिस, वाढलेली प्रकाशसंवेदनशीलता आणि त्वचेला वैशिष्ट्यपूर्ण राखाडी निळा रंग येणे असे परिणाम दिसतात. ही औषधे सोरायसिसमध्ये विरोधाभासी मानलेली आहेत कारण ती त्वचेचा सोरायसिस तसेच सोरायटिक संधिवात वाढवू शकतात.

मेथोट्रेक्झेट – त्वचेची विषाक्तता दुर्मिळ आहे परंतु काहीवेळा ह्याने संधिवाती गाठी विरोधाभासी प्रकारे वाढू शकतात.

लेफ्लुनोमाइड – त्वचेवर ऍलर्जीयुक्त पुरळ आणि अलोपेसिया हे ह्याचे संभाव्य दुष्परिणाम आहेत.

ग्लुकोकोर्टिकोइड्स – (सामान्य भाषेत स्टेरॉइड्स) ह्यांचे अनेक दुष्परिणाम आहेत जे दीर्घकालीन वापरानंतर दिसून येतात. त्वचेवर होणारा सामान्य दुष्परिणाम म्हणजे स्ट्राय (त्वचा पातळ होणे), ज्यामुळे वारंवार पर्प्युरा किंवा एकायमोसिस होऊ शकते.

जैविक औषधोपचार (बायॉलॉजिक ड्रग ट्रीटमेंट) – जैविक औषधांचे प्रणालीगत अन्य दुष्परिणाम कमी असले तरी, क्वचित त्वचेशी संबंधित काही दुष्परिणाम होऊ शकतात.

अँटी-टीएनएफ एजंट्समुळे सोरायसिफॉर्म जखमा होऊ शकतात, काहीवेळा पहिल्या डोसनंतर लगेचच किंवा काही महिन्यांनंतर. अशा परिस्थितीत औषध

बदलणे किंवा बंद करणे आवश्यक आहे. सोरायसिसवर उपचार क्वचितच आवश्यक असू शकतात.

या इंजेक्शन्समुळे एक्झिमा किंवा एटोपिक डर्माटायटिस सारखे त्वचाविकार स्थानिक पातळीवर होऊ शकतात.

केसांवरील परिणाम – डिफ्यूज्ड अलोपेसिया खूपच सामान्य आहे परंतु तो RA साठी विशिष्ट नाही. हा साधारणतः रोगाच्या सक्रिय टप्प्यात होतो आणि रोगाची सक्रियाता स्थिरावल्यानंतर बराही होतो. तथापि नवीन येणारे केस मुलायम आणि मंदपणे वाढणारे असतात.

डिस्कॉइड ल्युपसमध्ये सामान्यतः आढळणारा स्कारिंग अलोपेसिया, RA साठी विशिष्ट आहे आणि तो मूलतःच कायमस्वरूपी आहे.

विविध संयोजी ऊतक रोग आणि रक्तवहिन्यांसंबंधीच्या रोगांच्या सक्रिय टप्प्यात, डिफ्यूज्ड अलोपेसिया दिसणेही सामान्य आहे. रोगाची सक्रियता स्थिरावल्यानंतर साधारणपणे तो बरा होतो.

सामान्यतः संधिवाती रोगांवर उपचार करण्यासाठी वापरल्या जाणाऱ्या विशिष्ट औषधांमुळे देखील डिफ्यूज्ड एलोपेशिया होणे शक्य आहे. सायक्लोफॉस्फामाइड, लेफ्लुनोमाइड आणि मेथोट्रेक्झेट ही औषधे सर्वाधिक कारणीभूत असतात.

रुग्णांनी काय करावे आणि काय करू नये –

* त्वचेच्या जखमांकडे कधीही दुर्लक्ष करू नका आणि त्यांबद्दल ताबडतोब तुमच्या संधिवाततज्ज्ञांना कळवा
* त्वचेवर उद्भवणाऱ्या नवीन जखमेकडे गांभीर्याने पाहणे गरजेचे आहे कारण त्याद्वारे एखाद्या नवीनच रोगाचे आगमन, रोगाच्या सक्रियतेमधील बदल किंवा चालू औषधांचे संभाव्य दुष्परिणाम दिसू शकतात.
* त्वचेची बायोप्सी ही किरकोळ प्रक्रिया आहे आणि त्यामुळे तुमची त्वचा खराब होत नाही. शिवाय इतर काही रोगनिदान प्रक्रियांपेक्षा ही चांगले आहे.

* प्रकाशसंवेदनशील असणे सामान्य आहे आणि उच्च एसपीएफ (सन प्रोटेक्शन फॅक्टर) असलेल्या सूर्यकिरणांपासून संरक्षण देणाऱ्या सनस्क्रीन द्वारे सहजपणे व्यवस्थापित केली जाऊ शकते.
* संधिवातरोधी औषधांचे, त्वचा आणि केसांशी संबंधित, दुष्परिणाम जरी सार्वत्रिक असले तरी कायमस्वरूपी नसतात आणि सामान्यतः औषध बंद केल्यानंतर पूर्णपणे दूर होतात.
* तुमच्या संधिवाततज्ञाच्या सल्ल्यानुसार योग्य उपचार करणे हा, तुमच्या त्वचेचे आणि केसांचे रोगापासून तसेच औषधाशी संबंधित परिणामांपासून संरक्षण करण्याचा एक चांगला मार्ग आहे.

मी, एक ASWS योद्धा!

श्री. भूषण घाटे

नमस्कार, मी भूषण घाटे, नागपूरमध्ये राहतो. माझे वय ४६ वर्षे आहे. मी ऍंकिलूजिंग स्पाँडिलायटिस (AS) चा रुग्ण आहे. मी ऍंकिलूजिंग स्पाँडिलायटिस वेल्फेअर सोसायटी (ASWS) चा संस्थापक सदस्य आणि समन्वयक आहे. ही एक ना नफा तत्वावर चालणारी संस्था आहे व AS च्या रुग्णांनी AS च्या रुग्णांकरता चालवली आहे.

काही दशकांपूर्वीची गोष्ट सांगतो – तेव्हा म्हणजे साधारण १९८८-८९ मध्ये मी टीनएजर होतो. तेव्हा माझ्या उजव्या खांद्यात आणि उजव्या नितंबात दुखू लागले. असे दुखू लागले की आमच्या ऑर्थोपेडिक (अस्थिविशारद) डॉक्टरांकडे चक्कर असायची. त्यांचे रोगनिदान, अनुभव तसेच वैद्यकीय ज्ञान चांगले होतेच शिवाय ते औषधेही लिहून द्यायचे. ही औषधे जास्तकरून वेदनाशामके आणि दाहरोधी प्रकारची असायची. त्या काळात संधिवाततज्ञ उर्फ ऱ्हुमेटॉलॉजिस्ट हा शब्दही बहुधा कोणी ऐकलेला नसावा. त्यामुळे AS बाबत ज्ञान किंवा माहिती असण्याची शक्यता शून्यच होती.

तेव्हा इंटरनेटही उपलब्ध नसल्याने डॉक्टर गूगल कडूनही काही माहिती मिळणे शक्य नव्हते. परिणामी, ह्या असह्य वेदना भोगणारा मी एकटाच नव्हतो, ही बाबही मला कळायला काहीच मार्ग नव्हता. AS च्या वेदनांनी त्रासलेले सर्वजण त्याच चक्रात, ह्या डॉक्टरकडून त्या डॉक्टरकडे फिरायचे आणि शेवटी त्यांना वेदनांपासून आराम मिळायचा नाहीच.

त्यावेळची सत्यपरिस्थिती अशी होती – माझ्या ह्या दुखण्याचे पहिले निदान केले गेले 'सिकल सेल ऍनिमिया' आणि त्यानंतर, लक्षणांचा अभ्यास केल्यानंतर, ऱ्हुमेटॉइड आर्थ्रायटिस (RA). माझ्याच वयाची इतर मुले मैदानात खेळत असताना मी मात्र वेगवेगळ्या दवाखान्यांत रुग्णांच्या रांगेत बसलेला असायचो.

माझे मित्र अभ्यास करीत असत, तर मी पॅथॉलॉजी लॅब, रेडिओलॉजी लॅबला जात असे.

अभ्यासाव्यतिरिक्तचा माझा बराचसा वेळ ह्या बाबी निस्तरण्यात जात असे. हे जणू कमीच होते म्हणून की काय, मॅट्रिकच्या परीक्षेच्या पंधराच दिवस आधी माझी प्रकृती खूपच बिघडली. मला आठवते, माझे वडील मला साकलवर घेऊन परीक्षा-केंद्रात पोचवत असत. दुखणे खूपच वाढले होते परंतु मी पूर्ण परीक्षा कशीबशी पार पाडली. परीक्षेनंतर म्हणजे १९९१ मध्ये आजाराचा पुढचा टप्पा सुरू झाला. सुट्ट्यांमध्ये माझे सगळे मित्र खेळत आणि उनाडत असताना मी मात्र सहा-सहा महिने पलंगावर पडून असायचो.

मला मोठ्या प्रमाणात फिजिओथेरेपी सुरू करण्यात आली. कमरेपासून खाली संपूर्ण पायामध्ये ताकद आणण्यासाठी वजनांचा वापर (ट्रॅक्शन) केला गेला. ह्यातून जाणवणारे दुखणे कमी करण्यासाठी तितक्याच मोठ्या प्रमाणात वेदनाशामक औषधेही घ्यावी लागत. परंतु ह्या सर्व प्रकारातून माझे दुखणे कमी न होता वाढतच गेले. इतक्या भयंकर वेदना मी कधीच अनुभवल्या नव्हत्या.

पुढील अनेक वर्षे सहन करण्याच्या दुखण्याची ती तर फक्त सुरूवात होती, माझ्या भविष्यात असह्य वेदना लिहिलेल्याच होत्या जणू. ह्या वेदनांवर अधिक गुणकारी उपाय शोधण्यामध्ये मी सतत व्यग्र राहात असे. दररोज ह्या दुखण्याशी झगडत कसाबसा इथेतिथे जात असे. परंतु ह्या वेदना सहन करतानाच, चेहऱ्यावर हसू आणि आनंद ठेवण्याचा प्रयत्न मी सतत केला. १९९६ च्या शेवटच्या काही महिन्यांत माझी प्रकृती अतिशय वेगाने ढासळली आणि अखेरीस मला घरात बिछान्याला खिळून राहण्याची शिक्षा मिळाली - ह्याला शिक्षाच म्हणायला हवे, कारण खेळण्याच्या, शिकण्याच्या आणि भटकण्याच्या वयात माझी ही स्थिती झाली.

मला दुखत तर असायचेच पण त्यासंदर्भात मला माझ्या कुटुंबावर शारीरिक आणि आर्थिक दृष्ट्या अवलंबून राहण्याची वेळ आली. माझे शिक्षण पूर्णपणे थांबले. मी पदवीधर (ग्रॅज्युएट) देखील होऊ शकलो नाही, मग सीए (चार्टर्ड अकाउंटंट) होण्याचे स्वप्न पूर्ण करणे तर दूरच राहिले. बरे, माझे शिक्षण थांबले ही बाब उघडच होती परंतु माझ्या भावंडांना, प्रसंगी स्वतःचे शिक्षण आणि करियर बाजूला ठेवून माझी काळजी घेण्यात आईवडिलांना मदत करावी लागे.

माझ्यावरील उपचारांचा खर्च करता करता माझ्या वडिलांकडची पुंजी

वेगाने संपत आली व कुटुंबाचे पैशांचे गणित बिघडले. मीच बिछान्याला खिळलेला असल्याने, माझी काळजी घेण्यासाठी आईलाही चोवीस तास घरात थांबणे आवश्यक बनले. ही परिस्थिती आणि वेदना, ह्यांमुळे माझा स्वाभिमान तसेच आत्मविश्वास दिवसागणिक कमी होऊ लागला. मला नक्की कोणता आजार झाला आहे हेच समजत नसल्याने समस्या अधिकच गुंतागुंतीची बनली. मला ह्यातून सत्यपरिस्थितीची आणि व्यावहारिकतेची विदारक जाणीव झाली – कुटुंबातील एखाद्या सदस्याबाबत एखादी गंभीर आरोग्य–समस्या उद्भवल्यास, त्याचे परिणाम फक्त त्यालाच नाही तर संपूर्ण परिवाराला भोगावे लागतात.

ही गोष्ट आता भूषण घाटे ह्या एकट्या व्यक्तीची राहिलेली नाही. माझ्यासारख्याच वेदना सहन करणारे अनेक भूषण घाटे आहेत आणि ह्यापुढेही असतील. अशा सर्व AS योद्ध्यांनी माझ्याशी संपर्क साधला तर ASWS च्या छत्राखाली सर्वांनाच एकमेकांचा आधार मिळेल, परस्परांच्या समस्या नीट समजून घेता येतील. मला कुटुंबाकडून मदत आणि पाठिंबा मिळाला हे माझे सुदैवच कारण अनेकांना तसा मिळत नाही. कित्येक जाणांच्या बाबतीत रोगनिदानही व्यवस्थित होत नाही व ते अंथरुणाला खिळून राहतात. कालांतराने निदान होऊन उपचार सुरू केले तरी तोपर्यंत आजाराने शरीरात पाय रोवलेले असल्याने सांध्यांचे व्हायचे ते नुकसान झालेले असते.

आपण परत २००६ सालाकडे येऊ - AS मुळे माझ्या आयुष्याची वाट लागली. हे कटु असले तरी सत्य आहे. ह्याआधीची माझ्या जीवनातील १७–१८ वर्षे मी जीवघेण्या वेदनांमध्ये काढली. परंतु हे एवढ्यावर थांबले नाही – माझ्या शरीराचे झालेले नुकसान भरून न येणारे (इर्रिव्हर्सिबल) आहे. माझा आजार AS असल्याचे निदान पक्के झाल्यावर डॉक्टरांनी मला काही जैविक औषधे (बायॉलॉजिक्स) घेण्याचा सल्ला दिला...आणि हेही सांगितले की AS पूर्णपणे बरा कधीच होत नाही परंतु ह्या औषधांनी तो नियंत्रणात राहील आणि दुखणे कमी होईल. परंतु त्यांच्या ह्या वाक्याने माझ्या डोक्यात वेगळेच विचारचक्र सुरू झाले – ह्या आजाराने माझे आत्तापर्यंत केले आहे त्यापेक्षाही जास्त नुकसान होऊ शकते का?

त्या दिवसांत बायॉलॉजिक प्रकारची औषधे, आजच्यापेक्षा चार पटींनी महाग होती. म्हणजेच आज जे बायॉलॉजिक्सचे एक इंजेक्शन दर आठवड्याला घेण्यासाठी पाच हजार रुपये खर्च येतो, त्याचसाठी त्या दिवसांत दर आठवड्याला

वीस हजार रुपये खर्च करावे लागत. गेल्या काही वर्षांतील आजारपणाच्या खर्चामुळे आमच्या मध्यमवर्गीय कुटुंबाची सर्व बचत संपली होती. अशा वेळी माझ्या धाकट्या भावाची मला खूप मदत झाली कारण त्याला नोकरी होती. तरीदेखील माझ्या बायॉलॉजिक्सचा खर्च भागवणे शक्य होत नव्हते. परंतु त्याने मागेपुढे न पाहता कायमच बायॉलॉजिक्स तसेच फिजिओथेरेपिस्टच्या दररोजच्या व्हिजिटसाठी पैशांची सोय केली. ह्याचा परिमाम असा झाला की कालांतराने भावाकडचेही पैसे संपले.

एक वर्षापूर्वी माझ्या डॉक्टरांनी पुनः एकदा बायॉलॉजिक्स घेण्याची शिफारस केली. दरम्यान माझ्या भावाने विवाह केला होता आणि साहजिकच त्याला त्याच्या कुटुंबाची जबाबदारी पेलणे भाग होते. अशावेळी माझी धाकटी बहीण पुढे सरसावली आणि तिने सर्व खर्चांचे तसेच जबाबदाऱ्यांचे ओझे, वडिलांचे पैसे संपल्यानंतरही, समर्थपणे उचलले.

AS मुळे गेली अनेक वर्षे दुखणे, थकवा आणि विचारशक्तीवर झालेला थोडा परिणामही सहन केल्यानंतर मला पदवीपर्यंतचे शिक्षण पूर्ण करण्याइतका वेळ आणि उत्साह राहिला नव्हता. माझा हा लेख वाचणाऱ्यांपैकी अनेकांना वाटेल की भूषणने घरबसल्या काही काम किंवा व्यवसाय करायला हरकत नाही. हे माझ्याही मनात येऊन गेले आणि मी तसा प्रयत्नही केला. परंतु दुखणे इतके असह्य असे की मला तासभरही सतत काम करणे शक्य नव्हते आणि नाही. ह्यामुळे मला कोणत्याही प्रकारचे बाह्य वा व्यावसायिक आयुष्य राहिले नाही व मी माझ्या कुटुंबावर पूर्णपणे अवलंबून झालो.

थोडक्यात काय, लवकर रोगनिदान, संधिवाती आजारांबाबतची एकंदर जागरूकता आणि आर्थिक स्थैर्य...ह्या घटकांमुळे वेदना तसेच शारीरिक अपंगत्वाचा सामना करणे शक्य होते. मिशन आर्थ्रायटिस इंडिया (माई) च्या सदस्यांनाही माझ्या ह्या कहाणीमध्ये स्वारस्य वाटेल कारण आजारांची नावे वेगळी असली तरी वेदनांशी आणि दैनंदिन कामा दरम्यानच्या अडचणींशी करावे लागणारे झगडे सारखेच आहेत. ASWS चा मूलभूत उद्देश समानच आहे - AS बाबत जागरूकता निर्माण करणे आणि AS च्या गरजू रुग्णांना मानसिक, भावनिक तसेच (उपचारांसाठी) आर्थिक आधार देणे. ह्या आजाराबाबतची जागृती वाढवण्यासाठी ASWS द्वारे परिषदा, सोशल मीडिया, डॉक्टरांची भाषणे, वेबिनार इ. मार्गांचा वापर केला जातो. तसेच जिवावरचे दुखणे बाळगणाऱ्या सदस्य रुग्णांसाठी निधी

उभारण्याचेही कार्यक्रम केले जातात.

एक संस्था म्हणून ASWS अगदीच तरूण आहे आणि आपले उद्देश साध्य करण्यासाठी तिला अजून भरपूर वाटचाल करायची आहे. ASWS ला जन्मापासूनच MAI सारख्या संस्थेचा आणि तिच्यातील शरयूताई, शिवानीजी आणि दीपाजी सारख्या व्यक्तींचा भक्कम पाठिंबा लाभला आहे - ह्याबाबत ASWS नक्कीच नशीबवान आहे असे मी म्हणेन. हा सहकारात्मक उपक्रम असाच पुढे जात राहून वृद्धिंगतही व्हावा हीच इच्छा.

अखेरीस, मला हा पुरस्कार दिल्याबद्दल, सेंटर फॉर ऱ्हुमेटिक डिसीझेस् आणि मिशन आर्थ्रायटिस इंडिया ह्यांचा मी आभारी आहे. अशा पुरस्कारामुळे फक्त मलाच नाही तर ASWS च्या पूर्ण टीमला आणि सर्व योद्ध्यांना बळ मिळत आहे. AS योद्ध्यांच्या वेदना कमी करण्यासाठी आणि त्यांचे दैनंदिन जगणे सुसह्य करण्यासाठी हे सर्वचजण शर्थीचे प्रयत्न करीत आहेत.

धन्यवाद!

मी म्हणते...

राजेश्वरी कारले

चौकटीत राहून राहून, कंटाळा येणारच
चारचौघांत बसल्यावर, दु:ख पळून जाणारच ।।१।।

स्त्री झाली म्हणून काय, तिला मन नसतं का?
गुलाबी, लाल रंगाचं, तिचं वाकडं असतं का? ।।२।।

मोठं झाल्यानंतर सुद्धा, लहान होता येतं
मुखवटा न घालता, आयुष्य जगता येतं ।।३।।

मी म्हणते बिनधास्त जग, चिंता नको करू
कुणाबद्दल मनामध्ये, राग नको धरू ।।४।।

जे काय वाईट घडलं, त्याला लाव काडी
वर्तमानात जग जरा, मजा घे थोडी ।।५।।

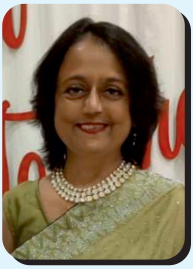
संकट येत राहतील, घाबरून नको जाऊस
कोणत्याही गोष्टीचा, करू नकोस भाऊ ।।६।।

भिऊ भिऊ रोजच जगतेस, जरा मोकळा श्वास घे,
मित्र-मैत्रिणी जवळ कर, आणि थोडी मजा घे ।।७।।

‘माई’ ‘संधिवात रुग्ण राष्ट्रीय संमेलन’

१८ मार्च २०२३ चे पुरस्कारार्थी

कै. पी सी नहारजी ‘ओरेशन पुरस्कार’
डॉ पराग संचेती - FRCS, MS, DNB, MCh, PHD.
‘माई’ च्या विविध जनजागृती कार्यक्रमांना असंख्य रुग्णांपर्यंत आणि डॉक्टर्सपर्यंत पोहोचण्यासाठी डॉ पराग संचेती यांनी मोठे सहकार्य केले आहे. त्यांचे आभार मानण्यासाठी आमचे शब्द अपुरे आहेत.
सर, तुम्हाला आम्ही खूप खूप धन्यवाद देतो.



श्री हरिभाऊ राठीजी ‘वात विरुद्ध योद्धा’ पुरस्कार -
सौ शिवानी बर्वे.
‘माई’ सस्थापक सदस्या, माजी अध्यक्षा,
विविध जबाबदाऱ्या पार पडणाऱ्या, सर्वांच्या लाडक्या,
RA, OP, Epilepsy इ. गंभीर आजारांशी झुंज देतांना ‘माई’चे काम जोमाने आणि मनापासनू करणाऱ्या शिवानी यांना मनाचा मुजरा.

सेंटर फॉर ऱ्हुमॅटिक डिसिजेस (CRD) ‘वात विरुद्ध योद्धा’ पुरस्कार -
श्री भषूण घाटे, नागपुर.
सस्थापक सदस्य –Ankylosing Spondylitis Welfare Society (ASWS).
पाठीच्या मणक्यांच्या सधिंवात आजाराच्या असह्य वेदना सतत सहन करतांना हार न मानता बाकीच्यांसाठी संस्था काढणारा धैर्यवान योद्धा भषूण घाटे यांना मानाचा मुजरा.

सर्व पुरस्कारार्थींचे मन:पूर्वक अभिनंदन!

Are You A MAI Member ?
If Not.. Become One Now !

Concession for MAI Members Only

CONCESSION ON

Center For Rheumatic Diseases
11. Hermes Elegance, 1988, Convent Street, Camp, Pune 411001. Maharashtra
Phone : 020: 26348529
Pathological Test

A. G. Diagnostics Pvt. Ltd.
Nayantara Bldg. Bhandarkar Rd. Pune 411004.**Phone** :020-67637673
Pathological Test, Stress Test, 2D Echo,
Xray, Ultrasound, Mammography
CONCESSION AVAILABLE AT ALL BRANCHES

Dhande Laboratory
Chinar Apartment, Sheelavihar Colony Opp. Paud Phata Police Station, Paud Road, Pune 38. **Phone :** 25432950, 25459494, 25452020
Pathological Test
CONCESSION AVAILABLE AT ALL BRANCHES

Naik XRay & Bone Density Center
Vishnu Darshan, 1132/3, Fergusson College Rd, Near Hotel Lalit Mahal, Maharashtra
Phone : 020 - 25652880. **X-Ray, BMD, Ultrasound, OPG X-Ray**

Ezzy Medicals
Shop No. 14, Kumar corner, Camp, Pune 411001. Maharashtra.
Phone: 020- 26344247 / 9730042962

Membership fees Rs.200/- for 1 year Or Rs. 500/- for 3 years
may be paid by cash or cheque to be drawn in favor of 'Mission Arthritis India"

OLD MEMBERS ARE REQUESTED TO RENEW THEIR MEMBERSHIP TO AVAIL DISCOUNT

For Renewal Of Mai Membership : Google Pay No: 9423571494 Mai Secretary