



Društvo revmatikov
Slovenije



Sprejmi me, psoriatični artritis

 NOVARTIS

Uvod



prof. dr. Matija Tomšič, dr. med.

Psoriatični artritis je kronična, vnetna revmatična bolezen, ki je praviloma pridružena luskavici in se razvije pri približno 20–30 % bolnikov z luskavico. Pri 15–20 % bolnikov se artritis pojavi pred kožnimi spremembami. Vzrok nastanka bolezni ni znan, verjetno je razlogov več: genetski dejavniki, dejavniki iz okolja (mikroorganizmi) in mehanični stres. Osnovni bolezenski proces je vnetje na pripenjalniških vezi, kit in ligamentov na kost. Ta pripenjalnišča imenujemo enteze in so izpostavljena ponavljajočim se mehanskim obremenitvam in mikropoškodbam. V zgodnjem obdobju bolezni se poškoduje vezivni hrustanec, sledi pa vdiranje vnetnic v pripenjalnišča (entezo). Moški zbolevalo enako pogosto kot ženske. V nedavno objavljeni raziskavi smo ugotovili, da v Sloveniji na novo vsako leto za to boleznijo zbolijo 5,4 bolnika na 100.000 odraslih prebivalcev, srednja starost bolnikov ob postavitvi diagnoze je bila 51 let.

Psoriatični artritis lahko poteka zelo različno: kot simetrično vnetje številnih sklepov, kot nesimetrično vnetje manjšega števila sklepov, če se sklepnemu vnetju pridruži vnetje ovojnice kit upogibalk prstov, je lahko prst v celoti otekel (klobasast prst), redka oblika je pohablajoči artritis, pri 20–40 % bolnikov pa je lahko prizadeta tudi hrbtenica, v začetku kot vnetje sklepov med črevnico in križnico – sakroiliakalnih sklepov, pozneje lahko tudi na mestu, kjer se obhrbtenične vezi stikajo, pripenjajo na vretenca (spondilitis). Pri psoriatičnem artritisu se lahko pojavlja sprednji uveitis (vnetje srednje očesne ovojnice), praviloma je enostranski in se začne nenadoma. Prizadeto oko je rdeče, boleče, se solzi, bolnika moti svetloba in vid je moten.

Diagnostičnih meril za postavitve diagnoze psoriatičnega artritisa ni. Pri postavitvi diagnoze nam pomagajo razvrstitvena merila CASPAR (CLASSification criteria for Psoriatic ARthritis) iz leta 2006.

Poleg natančnega pogovora z bolnikom in telesnega pregleda, vključno z natančno oceno števila bolečih in oteklih sklepov in v primeru vnetne bolečine v križu tudi z meritvijo gibljivosti v ledvenem predelu hrbtenice in prsnega koša, nam pri postavitvi diagnoze pomagajo slikovne preiskave. V laboratorijskih izvidih le pri 40–60 % bolnikov ugotavljamo pospešeno sedimentacijo eritrocitov, zvišano raven reaktivnega proteina C pa ima manj kot polovica zbolelih. Pridružena je lahko slabokrvnost.

Poleg rentgenske preiskave nam v zadnjem času pri postavitvi diagnoze zelo pomagata ultrazvočna preiskava in magnetnoresonana tomografija predvsem sklepov med črevnico in križnico (sakroiliakalnih sklepov).

Da bi lahko sodobno zdravili bolnike s psoriatičnim artritisom, moramo:

- diagnozo postaviti čim prej, čim prej moramo tudi začeti zdravljenje s protivnetnimi zdravili (nesteroidnimi antirevmatikami). Kadar je vnetih več sklepov, moramo zdravljenje takoj začeti tudi z zdravili, ki spreminjajo potek bolezni, običajno začnemo z metotreksatom. Če ta zdravila niso dovolj učinkovita ali se pojavijo neželeni učinki, bolnike zdravimo z biološkimi zdravili, ki spreminjajo potek bolezni. V zadnjem času so na voljo tudi tarčna sintezna zdravila, ki spreminjajo potek bolezni;
- ves čas zdravljenja moramo spremljati aktivnost bolezni in zdravljenje prilagajati, da dosežemo glavni cilj zdravljenja - remisijo bolezni. Najbolj razširjen kazalnik, s katerim merimo aktivnosti bolezni v Sloveniji, je DAS28 (Disease Activity Score), pri katerem ocenjujemo 28 sklepov (bolečino na pritisk in oteklino), hitrost sedimentacije eritrocitov ali koncentracijo reaktivnega proteina C in bolnikovo splošno oceno glede aktivnosti bolezni. Cilj zdravljenja je, da je DAS28 manj kot 3,2, če je le mogoče, manj kot 2,6. V primeru vodilne prizadetosti hrbtenice je najbolj razširjen kazalnik, s katerim merimo aktivnosti bolezni v Sloveniji, BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), zanj uporabljamo vprašalnik s šestimi vprašanji. Bolnik za vsako vprašanje ocenjuje svoje težave na lestvici od 0 do 10. Če je BASDAI manj kot 4, menimo, da je bolezen zadovoljivo urejena. Vedno določamo tudi hitrost sedimentacije eritrocitov ali koncentracijo reaktivnega proteina C, ki nam pri nekaterih bolnikih dodatno pomaga pri oceni aktivnosti bolezni.

Kakšna je prognoza bolezni?

Nezdravljena ali ne povsem optimalno zdravljena bolezen praviloma vodi v invalidnost in za približno deset let krajšo življenjsko dobo teh bolnikov v primerjavi s splošno populacijo.

Kljub splošnemu prepričanju, da je naš zdravstveni sistem v katastrofalnem stanju in da so čakalne dobe pri revmatologu strahovito dolge, imajo v resnici bolniki s psoriatičnim artritismom hiter dostop do revmatologa. Po pravkar objavljeni raziskavi v ugledni ameriški reviji *Medicine* (Baltimor) smo med drugim analizirali dostopnost bolnikov s psoriatičnim artritismom v treh zaporednih letih. Ugotovili smo, da od začetka pojavljanja težav do postavitve diagnoze mine 3,5 meseca, kar je povsem primerljivo na primer z Dansko.

V Sloveniji imamo izjemno dobro dostopnost do zdravil, tudi najnovejših in zelo dragih. Če je oseba zavarovana in vključena v dopolnilno zdravstveno zavarovanje, strošek zdravil v celoti pokrije zavarovalnica. V Sloveniji je to samoumevno, v nekaterih zelo razvitih evropskih državah pa ni tako, saj te države poznajo doplačila tako za pregled pri zdravniku kot za zdravila, laboratorijske in slikovne preiskave, tako je na primer v Švici, Belgiji, na Finskem idr.

Večina revmatologov v Sloveniji tudi redno meri aktivnost bolezni in zdravi bolnike s psoriatičnim artritismom do cilja, če se le bolniki s tem strinjajo.

Torej je mogoče z veliko verjetnostjo trditi, da je večina bolnikov s psoriatičnim artritismom Sloveniji sodobno zdravljenih. A ni vse rožnato. Dejstvo je, da imamo v Sloveniji za 21,4 % manj zdravnikov (282,5 zdravnika na 100.000 prebivalcev), kot je povprečje v državah Evropske unije (359,4 zdravnika na 100.000 prebivalcev). Podobno je v revmatologiji. Tudi zato imajo naši bolniki manj pogoste in krajše preglede pri revmatologu, kot bi si to želeli revmatologi in seveda tudi bolniki. Naša skupna, revmatologov in bolnikov, naloga je, da bi se v prihodnje to izboljšalo.

Knjižica, ki jo prebirate, bo morda to pomanjkanje časa vsaj malo nadomestila, saj je skupina izkušenih slovenskih revmatologov odgovorila na številna vprašanja bolnikov s psoriatičnim artritismom in ta pojasnila vam ponujamo v branje kot dodatek k posvetu z zdravnikom.

Sodobno zdravljenje omogoča večini bolnikov s psoriatičnim artritismom skoraj normalno delovno in družinsko življenje. To je vsekakor razlog za optimizem in tega nam v Sloveniji na vseh področjih, ne samo v zdravstvu izrazito primanjkuje!

Kazalo

- 06** Zakaj zbolimo? Kako pogosta je bolezen?
- 08** Kako postavimo diagnozo?
- 12** Potek bolezni, dednost, zunajsklepne težave
- 15** Zdraviti, nezdraviti, kako zdraviti?
- 17** Nosečnost in zdravljenje
- 20** Biološka zdravila: želeni in neželeni učinki
- 22** Zdraviliško zdravljenje
- 24** Prehrana in življenje z boleznijo
- 27** Vaditi ali nevaditi? Alternativa.
- 29** Naredite nekaj zase
- 34** Društvo revmatikov Slovenije
- 38** Seznam zdravil navedenih v knjižici



Žiga Rotar, dr. med.

Zakaj zbolimo? Kako pogosta je bolezen?

Zakaj zbolimo za psoriatičnim artritisom? Kateri so najpogostejši vzroki?

Tako kot za večino revmatskih bolezní tudi za psoriatični artritis ne poznamo vzroka. Vzrokov za bolezen je več – nagnjenost je dedna, na vznik bolezní pa vplivajo tudi dejavniki iz okolja (npr. okužbe, poškodbe, fizični ali psihični stres).

Ali obstajajo dejavniki tveganja za zbolevanje za psoriatičnim artritisom?

Najpomembnejši dejavnik tveganja je luskavica pri bolniku, še posebno če prizadene lasišče, kožo na zadnjici in nohte. Pogosteje zbolijo tudi bolniki, ki imajo v družini luskavico in spondiloartritis.

Kako pogost je psoriatični artritis? Koliko je bolnikov s psoriatičnim artritisom v Sloveniji?

Glede na podatke iz literature ima psoriatični artritis 0,05–0,25 % prebivalstva. Psoriatični artritis je enako pogost pri moških in ženskah. Število bolnikov s

psoriatičnim artritidom v Sloveniji ni znano, ocenjujemo pa ga na 1.000–3.500 bolnikov. Letno diagnozo psoriatičnega artritisa v Sloveniji potrdimo pri ~5 bolnikih na 100.000 odraslih prebivalcev.

Kateri so poglavitni simptomi in najpogostejši znaki za psoriatični artritis?

Najpogostejši simptomi so bolečine v sklepih, v področju narastišč tetiv na kosti, jutranja okorelost, znaki pa otekanje sklepov (artritis), omejena gibljivost in deformacije sklepov, vnetje narastišč tetiv na kosti (entezitis), otekanja prstov v celoti (daktilitis) in vnetje šarenice (uveitis).

Ali obstaja več vrst psoriatičnega artritisa? Koliko sklepov je lahko prizadetih zaradi psoriatičnega artritisa?

Psoriatični artritis lahko prizadene skoraj katerikoli periferni sklep v telesu.

Psoriatični artritis lahko prizadene skoraj katerikoli periferni sklep v telesu, pri 20–40 % bolnikov pa so lahko prizadeti tudi sakroiliakalni sklepi (parni sklep med križnico in črevnico) in hrbtenica. Poznamo več vzorcev prizadetosti perifernih sklepov: pri 50-60 % bolnikov se razvije somerni poliartritis, pri 15-20 % nesomerni oligoartikularni artritis (prizadeti so do štirje sklepi), pri 5 % pohablajoči artritis (artritis mutilans) in pri 2-5 % artritis s prevladujočo prizadetostjo distalnih interfalangealnih sklepov (sklepi rok in stopal, ki so najbližji vrškom prstov).

Ali večina bolnikov s psoriaro zboli tudi za psoriatičnim artritidom?

Od 20 do 30 % bolnikov z luskavico zboli za psoriatičnim artritidom.

Od 20 do 30 % bolnikov z luskavico zboli za psoriatičnim artritidom. Luskavica je lahko prisotna že več let, preden se razvije psoriatični artritis. Psoriatični artritis se pri 15–20 % bolnikov razvije tudi pred pojavom luskavice.



Prof. dr. Sonja Praprotnik, dr. med.

Kako postavimo diagnozo?

Kako se diagnosticira psoriatični artritis, katera so merila za to?

Diagnozo psoriatičnega artritisa postavljamo revmatologi. Pri postavitvi diagnoze periferne bolezni nam pomagajo leta 2006 sprejeta razvrstitvena merila CASPAR (CLASSification criteria for Psoriatic ARthritis). Za primerjavo bolnikovega stanja z bolezenskimi spremembami, opisanimi v merilih, iščemo otekle in boleče sklepe, vzorce artritisa, vnetje tetiv ter spremembe kože in nohtov, značilne za luskavico. Pomembna je tudi luskavica v družinski anamnezi. Z rentgensko preiskavo iščemo tipične spremembe na sklepih. V laboratorijskih izvidih le pri 40–60 % bolnikov ugotavljamo pospešeno sedimentacijo eritrocitov, zvišano raven reaktivnega proteina C ima manj kot polovica obolelih. Pri 20–40 % bolnikov se pri psoriatičnem artritisu pojavlja aksialna prizadetost (sakroiliakalni sklepi in hrbtenica), pogosteje pri moških in pozneje v poteku bolezni. Za diagnosticiranje teh sprememb uporabljamo slikovne preiskave: rentgen in magnetno resonanco.

Če imajo bolezni, povezane z vnetnim revmatizmom (spondiloartritis), podobne simptome, kako veste, katero bolezen ima bolnik? Ali imaš lahko več kot eno diagnozo?

Spondiloartritis so skupina vnetnih revmatskih bolezni, ki jih združujejo podobna klinična slika, vzroki in mehanizmi nastanka bolezni, značilne radiološke spremembe in podobno genetično ozadje. Glede na lokalizacijo sklepnega vnetja jih razdelimo na spondiloartritis s prevladujočo prizadetostjo osnega (aksialnega) skeleta in s prevladujočo prizadetostjo perifernega skeleta. Običajno med spondiloartritis prištevamo ankilozirajoči spondilitis, psoriatični artritis, enteropatični artritis, reaktivni artritis in juvenilni spondiloarthritis. Skupinska obravnava spondiloartritisov omogoča zgodnejšo prepoznavo in s tem zdravljenje kot običajna razdelitev po posameznih boleznih. Neredko se namreč te po kliničnih značilnostih med seboj prekrivajo ali se njihovi znaki izrazijo postopoma in šele takrat postavljamo podrobnejšo diagnozo, a smo izgubili dragocen čas za zdravljenje. Ker se simptomi in znaki teh bolezni prekrivajo, imate lahko na primer diagnozo ankilozirajočega spondilitisa in vnetne črevesne bolezni ali psoriatičnega artritisa in vnetne črevesne bolezni in v tem primeru imate dve diagnozi. Kadar gre za prekrivanje znakov med ankilozirajočim spondilitisom in psoriatičnim artritiskom, se običajno odločimo za eno od teh diagnoz glede na prevladujočo klinično simptomatiko.

Ali imam kot bolnik z diagnozo psoriatičnega artritisa povečano tveganje še za katero drugo vnetno revmatsko bolezen?

Psoriatični artritis spada v skupino spondiloartritisov. Bolezni iz te skupine se po kliničnih simptomih in znakih neredko prekrivajo. Pridruži se lahko vnetna črevesna bolezen ali globoko vnetje oči (uveitis), ki pa ni revmatska bolezen. Zaradi podobnega mehanizma nastanka revmatskih vnetnih bolezni (izguba tolerance za lastne beljakovine), pa je možen pojav več bolezni hkrati. Pri psoriatičnem artritisu to ni preveč pogost pojav, imamo pa nekaj primerov bolnikov s psoriatičnim artritiskom in sistemskim lupusom eritematozusom ali psoriatičnim artritiskom in sistemskim vaskulitisom.

Kakšna je razlika med psoriatičnim artritisom in ankilozirajočim spondilitisom? Ali lahko zbolim za obema tipoma spondiloartritisov?

Prevladuje prizadetost perifernih sklepov, v nasprotju z ankilozirajočim spondilitisom, pri katerem prevladuje prizadetost sakroiliakalnih sklepov in hrbtenice (aksialni skelet).

Pohablajoči artritis (arthritis mutilans) se pojavlja pri 5 % bolnikov. Kadar so v sklopu ankilozirajočega spondilitisa prizadeti periferni sklepi, gre večinoma za oligoarthritis velikih sklepov spodnjih okončin.

Klinična slika psoriatičnega artritisa je raznolika in vzorec sklepne prizadetosti se sčasoma lahko tudi spremeni. Prevladuje prizadetost perifernih sklepov, v nasprotju z ankilozirajočim spondilitisom, pri katerem prevladuje prizadetost sakroiliakalnih sklepov in hrbtenice (aksialni skelet). Pri psoriatičnem artritisu se lahko pojavi nesomerni oligoartikularni artritis (prizadetost do štirih sklepov, običajno ima to 15–20 % bolnikov). Artritisu je lahko pridruženo vnetje ovojnice kit fleksorja, tedaj je prst v celoti otekel (klobasast prst). Prevladujočo prizadetost distalnih (od jedra telesa najbolj oddaljenih) sklepov prstov rok ali nog, običajno s psoriatičnimi spremembami nohtov, ugotovimo pri 2–5 % bolnikov, somerni poliartritis je najpogostejši podtip (razvije se v 50–60 % primerov), pogostejši je pri ženskah in je po klinični sliki podoben revmatoidnemu artritisu.

Pohablajoči artritis (arthritis mutilans) se pojavlja pri 5 % bolnikov. Kadar so v sklopu ankilozirajočega spondilitisa prizadeti periferni sklepi, gre večinoma za oligoarthritis velikih sklepov spodnjih okončin.

Pri psoriatičnem artritisu se aksialna prizadetost pojavlja pri 20–40 % bolnikov, pogosteje pri moških in pozneje v poteku bolezni. Lahko je pridružena vsem prej navedenim podskupinam in le izjemoma nastopa samostojno (v 5 % primerov). Skeletne spremembe, rentgensko vidne na hrbtenici pri psoriatičnem artritisu, se ločijo od rentgenskih sprememb, vidnih pri ankilozirajočem spondilitisu. Če upoštevamo vse naštetu, diferencialna diagnoza med psoriatičnim artritisom in ankilozirajočim spondilitisom ni zapletena. Kadar pa je, se v izjemnih primerih običajno odločimo za eno od teh diagnoz, glede na prevladujočo klinično simptomatiko.

Kako sta povezana luskavica in psoriatični artritis? Ali je mogoče imeti psoriatični artritis, vendar ne simptomov psoriaze?

Tako psoriza kot psoriatični artritis sta izraz iztirjenega imunskega odziva. Pri psorizi čezmerno aktivni imunski sistem povzroči, da se kožne celice v telesu prehitro množijo. Te spremembe poleg genetskega ozadja verjetno sprožijo dejavniki iz okolja, kot so okužbe, stres in kajenje. Enaki vnetni odziv se sproži v koži, na sklepih ali obeh. Posledično imate lahko psoriatični artritis brez psoriaze, vendar se to zgodi v manj kot 10 % primerov.

Ali se lahko sklepna simptomatika, povezana s psoriatičnim artritisom, pojavi pred kožnimi spremembami?

Psoriatični artritis v približno 85 % primerov sledi razvoju luskavice ali se pojavi sočasno z njo. Pri približno 15 % bolnikov se artritis pojavi pred kožnimi spremembami, pri nekaterih od teh bolnikov se kožne spremembe nikoli ne razvijejo.

Če imam luskavico, kakšna je verjetnost, da se pri meni razvije tudi psoriatični artritis?

Podatki iz literature niso enotni, večina strokovnjakov pa meni, da se psoriatični artritis pojavi pri približno 20–30 % bolnikov z luskavico.





Prim. izr. prof. dr. Artur Pahor, dr. med.

Potek bolezni, dednost, zunajsklepne težave

Pri katerih bolnikih z diagnozo psoriatičnega artritisa se pričakuje hujši potek bolezni?

Hujši potek bolezni pričakujemo pri bolnikih s trdovratno luskavico in deformirajočo obliko bolezni, pri tistih, ki imajo prizadete tudi nohte in ob sklepni tudi zunajsklepno prizadetost v smislu daktilitisa (vnetje mehkih struktur celotnega prsta) ali tendinitisa (vnetje kit), ter pri tistih, ki imajo poleg kože in sklepov prizadete še druge organske sisteme, na primer oči.

Ali lahko moj menstrualni cikel vpliva na simptome psoriatičnega artritisa? V času menstruacije namreč zaznavam več bolečin v sklepih.

Tudi zdrave ženske imajo ob mesečni krvavitvi pogoste bolečine v sklepih in mišicah, kar je povezano s hormonskimi spremembami. Zato je mogoče pričakovati, da bodo imele nekatere bolnice z vnetnimi sklepnimi boleznimi več bolečin v času mesečne krvavitve. Ker to ni neposredno povezano z aktivnostjo bolezni, moramo biti pozorni predvsem na pojav drugih dejavnikov aktivnosti bolezni, kot so oteklina in znaki splošne prizadetosti.

Bojim se, da bi zbolel tudi moj otrok. Ali je psoriatični artritis deden?

Psoriatični artritis ni dedna bolezen, je pa res, da se pogosteje pojavlja v nekaterih družinah.

Psoriatični artritis ni dedna bolezen, je pa res, da se pogosteje pojavlja v nekaterih družinah. Lahko je povezan s prisotnostjo genskega faktorja HLA-B27. Če ima otrok sklepne težave ali težave aksialnega skeleta (hrbtenice), je smiseln pregled pri pediatru, ki je usmerjen v revmatologijo in bo presodil, ali je treba opraviti zgoraj omenjeno preiskavo. Če je otrok popolnoma zdrav, ni potrebe po večji zaskrbljenosti do morebitnega pojava kožnih ali sklepnih bolezenskih znakov.

Ali so lahko prizadeti tudi drugi organi in sluznice pri diagnozi poleg sklepov in kože?

Dejstvo je, da so poleg kože pri luskavici najpogosteje prizadeti sklepi in obsklepne strukture (približno 30 %), v enaki meri tudi oči, nekoliko redkeje pa hrbtenica.

Dejstvo je, da so poleg kože pri luskavici najpogosteje prizadeti sklepi in obsklepne strukture (približno 30 %), v enaki meri tudi oči, nekoliko redkeje pa hrbtenica. V nasprotju z ankilozirajočim spondilitisom, pri katerem je hrbtenica na začetku prizadeta v predelu sklepov, ki jo vpenjajo v medenico (sakroiliakalni sklepi), lahko psoriatični artritis ali bolje psoriatični spondiloartritis že ob začetku bolezni prizadene katerikoli segment hrbtenice. Opazujejo tudi prizadetost prebavil. Možna je sočasna prisotnost luskavice in vnetne črevesne bolezni.

Ali obstaja povečano tveganje za srčno-žilna obolenja pri bolnikih s psoriatičnim artritisom?

Večje tveganje za srčno-žilna obolenja obstaja pri bolnikih s hudo obliko bolezni, ki se slabo odzivajo na zdravljenje, saj je pri teh bolnikih prisotno kronično vnetno dogajanje, ki je dejavnik tveganja. Bolniki z luskavico in psoriatičnim artritisom imajo pogosto pridružene bolezni. Te bolezni tudi skrajšajo življenjsko dobo bolnikov s psoriatičnim artritisom. Najpogosteje opazujemo čezmerno telesno težo, zvišan krvni tlak, zvišano koncentracijo maščob v krvi, pospešeno aterosklerozo, zvišano raven sečne kisline

in pogostejše pojavljanje sladkorne bolezni. Kombinacijo zgoraj navedenih bolezni imenujemo metabolni sindrom. V obsežni nemški raziskavi, v katero je bilo leta 2009 zajetih nekaj tisoč bolnikov z luskavico, so ugotovili, da ima kar 55 % bolnikov z luskavico vsaj tri pridružene zgoraj navedene bolezni. Bolniki z luskavico imajo tudi šibko samopodobo in so zato bolj nagnjeni k depresivnim motnjam in alkoholizmu. Vsi ti dejavniki pomembno vplivajo na pojav srčno-žilnih dogodkov pri bolnikih s psoriatičnim artritisi (srčni infarkt in možganska kap).

Ali je povprečna življenjska doba bolnikov s psoriatičnim artritisi krajša kot med splošno populacijo?

Če bolniki s psoriatičnim artritisi nimajo pridruženih bolezni in je bolezen z zdravili zadovoljivo urejena, je življenjska doba skrajšana le minimalno. Če pa so prisotne zgoraj navedene pridružene bolezni, je glede na podatke iz zgoraj navedene raziskave njihova življenjska doba pomembno skrajšana.





Doc. dr. Iztok Holc, dr. med.

Zdraviti, nezdraviti, kako zdraviti?

Katera so zdravila za zdravljenje psoriatičnega artritisa in katera so najučinkovitejša?

Za zdravljenje psoriatičnega artritisa je na voljo več zdravil. Zdravljenje poteka po smernicah Evropske lige za boj proti revmatizmu, vendar zdravila izbiramo predvsem glede na aktivnost bolezni ter prizadetost sklepov in hrbtenice. Bolnike praviloma začnemo zdraviti z nesteroidnimi antirevmatiki, kadar pa s temi zdravili nismo dovolj uspešni, posežemo po klasičnih sinteznih zdravilih, ki spreminjajo potek bolezni (metotreksat, sulfasalazin, leflunomid). V primeru neuspešnega zdravljenja lahko posežemo po bioloških zdravilih, ki spreminjajo potek bolezni, v zadnjem času so na razpolago tudi tarčna sintezna zdravila, ki spreminjajo potek bolezni. Le izjemoma pri psoriatičnem artritisu za kratek čas uporabimo glukokortikoide.

Ali lahko za psoriatični artritis jemljem tudi zdravila brez recepta?

Pri zdravljenju psoriatičnega artritisa lahko jemljete zdravila, ki jih dobite v lekarni brez recepta, na primer paracetamol ali nekatere nesteroidne antirevmatike, vendar se je treba prej posvetovati z izbranim zdravnikom, da se ne bi pomotoma hkrati jemala enaka ali podobna zdravila, ki ne spadajo skupaj.

Ali moram obiskovati dermatologa in revmatologa za zdravljenje svojega psoriatičnega artritisa?

Katerega od obeh specialistov bo bolnik obiskoval, je seveda odvisno od bolnikove prizadetosti zadevnega organa. Če gre za psoriatični artritis, je prav, da bolnika vodi revmatolog, če pa je izrazita kožna prizadetost in so prisotne le blage občasne sklepne, naj takega bolnika vodi dermatolog. Ali bo bolnika hkrati napotil na pregled k obema specialistoma, se mora odločiti zdravnik družinske medicine.

Ali lahko za lajšanje bolečin na sklepih uporabljam topikalne analgetike v obliki mazil, če imam plake luskavice po koži?

Nekatera zdravila lahko nanašamo na kožo kot kreme ali v obliki obližev na neporaščen, nepoškodovan, gladek (ne močno poroženel), čist in suh predel kože. Na poškodovani koži jih ne smemo uporabljati.

Kako lahko zmanjšam možnosti za ponoven zagon psoriatičnega artritisa?

Pri zdravljenju psoriatičnega artritisa je najpomembnejše, da bolnik redno prejema zdravila in sledi navodilom lečečega revmatologa, a 100-odstotnih zagotovil, da kljub temu ne bo zagona bolezni, seveda ni, je pa ob tem verjetnost seveda precej manjša.

Zdi se, da so moji simptomi izginili. Ali lahko za nekaj časa prekinem jemanje zdravil?

Kaj se bo zgodilo po opustitvi zdravljenja z zdravili, je zelo nevhvaležno napovedati. V zadnjem času se v strokovni javnosti vse bolj razmišlja tudi o zmanjševanju odmerkov ali popolni opustitvi zdravljenja pri bolnikih, pri katerih je bolezen v dolgotrajni remisiji, tj. v umirjenem stanju. To je bolj verjetno pri tistih bolnikih, pri katerih bolezen poteka manj agresivno. Seveda vedno obstaja možnost ponovnega zagona bolezni ob opustitvi zdravljenja. Zato predlagam, da se o prenehanju zdravljenja dogovorite z izbranim revmatologom.



dr. Nataša Gašperšič, dr. med.

Nosečnost in zdravljenje

Načrtovanje nosečnosti in psoriatični artritis, na kaj vse moram biti pozorna? Zanima me, kako je z jemanjem zdravil pred nosečnostjo, med njo in po njej.

Najugodnejši čas za zanositev je obdobje, ko je psoriatični artritis povsem umirjen ali le malo aktiven. Tako je večja verjetnost, da bo bolezen ostala stabilna tudi med nosečnostjo. Nasprotno pa je močno aktiven psoriatični artritis med nosečnostjo že sicer težje umirjati, bolezen se tedaj nemalokrat dodatno poslabša. Seveda poteka bolezn pri posamezni bolnici ni mogoče predvideti. Zdravljenje z zdravili prilagajamo aktivnosti bolezn. Izbiramo zdravila, ki so v določenem obdobju pred zanositvijo in nato med nosečnostjo varna tudi za otroka. Med nesteroidnimi antirevmatiki, ki so pogosto potrebni za lajšanje bolečin, tako lahko bolnica do 28. tedna prejema t. i. klasične nesteroidne antirevmatike (kot so npr. ibuprofen, naproksen, dikofenak). Od zdravil, ki spreminjajo potek bolezn, je poleg metilprednizolona med običajnimi sintezni zdravili v nosečnosti varna uporaba sulfasalazina, od bioloških zdravil pa po doslej že zbranih podatkih certolizumaba, do 32. tedna nosečnosti etanercepta ter do 20. tedna tudi adalimumaba in infliksimaba.

Ali se lahko simptomi psoriatičnega artritisa med nosečnostjo in po porodu poslabšajo?

Psoriatični artritis se med nosečnostjo lahko poslabša, kar se zgodi pri približno tretjini bolnic. Pri drugih bolnicah ostane stanje stabilno, lahko pa se bolezensko dogajanje v času nosečnosti tudi povsem umiri. Bolezen se nemalokrat poslabša v prvem letu po porodu, to se zgodi pri približno polovici bolnic.

Kdaj se revmatolog odloči za zdravljenje psoriatičnega artritisa z glukokortikoidi?

Sistemskim glukokortikoidom se poskušamo pri zdravljenju psoriatičnega artritisa kar najbolj izogniti. V primerih zelo aktivne sklepne vnetne simptomatike pa to ni vedno mogoče. Kadar se odločimo za zdravljenje z njimi, stremimo k temu, da to traja čim krajši možen čas in s čim manjšimi, še ustrezno učinkovitimi odmerki.

Kateri so možni neželeni učinki topikalnih kortikosteroidov?

Glukokortikoide za lokalni nanos uporabljamo za zdravljenje vnetnih boleznih kože, med drugim tudi luskavice. Njihovi neželeni učinki so lahko lokalni ali sistemski. Lokalni se po navadi pojavijo pri dolgotrajnem zdravljenju in so odvisni od moči uporabljenega topikalnega glukokortikoida in mesta njegove uporabe. Najpogostejši so stanjšanje kože, strije, rdečica in akne, možna sta tudi sprememba pigmenta in povečana poraščenost. Sistemski neželeni učinki se pojavijo ob daljši uporabi močnih topikalnih glukokortikoidov na tanki koži (kot je na primer na obrazu), na zelo vneti koži ali na večjih površinah. Takrat se lahko razvijejo enaki neželeni učinki kot pri sistemskem zdravljenju z glukokortikoidi, na primer zvišanje ravni krvnega sladkorja, prerazporeditev maščevja v telesu, zvišanje krvnega tlaka, zmanjšanje mineralne kostne gostote, zadrževanje vode v telesu idr.

Metilprednizolon in psoriatični artritis. Kdaj, zakaj, učinki na izboljšanje stanja, koliko časa in njegovi neželeni učinki?

Metilprednizolon je sistemski glukokortikoid, ki ima svoje mesto tudi pri zdravljenju psoriatičnega artritisa. Običajno ga uporabljamo v začetnih obdobjih zdravljenja vnetja sklepov okončin, saj učinkuje hitro, pomembno hitreje kot druga imunomodulirajoča zdravila. Bolniki zato običajno prejemajo glukokortikoid v prvih tednih zdravljenja psoriatičnega artritisa sočasno z drugim imunomodulirajočim zdravilom in ga zatem postopno ukinemo. Kot vsako zdravilo imajo seveda tudi glukokortikoidi možne neželene učinke, med katerimi so najpogostejši prerazporeditev maščobe v telesu, zastajanje tekočine, izguba kalija, zvišanje ravni krvnega sladkorja, zvišanje krvnega tlaka, osteoporoza in pospešen razvoj ateroskleroze. Pri psoriatičnem artritisu so glukokortikoidi še dodatno manj zaželeni zaradi njihovega manj ugodnega vpliva na kožne spremembe – luskavico sprva zelo dobro umirijo, a sledi njeno poslabšanje, luskavica se poslabša tudi po njihovi ukinitvi. To posledično zahteva drugo dodatno zdravljenje in s tem se poveča možnost novih neželenih učinkov.

Kaj so imunomodulirajoča zdravila, kakšen je njihov mehanizem delovanja in kdaj se uporabljajo za zdravljenje psoriatičnega artritisa?

To so zdravila, ki po različnih mehanizmi vplivajo na delovanje imunskega sistema. Delujejo tako, da zmanjšajo število čezmerno aktivnih imunskih celic, in to z njihovim uničevanjem ali z zaviranjem nastajanja novih. Lahko pa zavirajo učinke beljakovin, ki aktivirajo vnetje, zavirajo njihovo nastajanje ali blokirajo delovanje že nastalih. Zdravil je več vrst, razdelimo pa jih v tri podskupine: konvencionalna sintezna, biološka in podobna biološka ter tarčna zdravila, ki spreminjajo potek bolezni. Pri odločitvi, kdaj katero zdravilo uporabiti pri zdravljenju specifičnih avtoimunskih bolezni, so nam v pomoč mednarodne smernice za zdravljenje posameznih bolezni, če te obstajajo. Za zdravljenje psoriatičnega artritisa jih imamo.



Dean Sinožić, dr. med.

Biološka zdravila: želeni in neželeni učinki

Zanima me, kdaj se revmatolog odloči za biološka zdravila pri zdravljenju psoriatičnega artritisa, katere so prednosti in slabosti ali neželeni učinki.

Za zdravljenje z biološkimi zdravili se odločimo, kadar s sinteznimi zdravili, ki spreminjajo potek bolezni (metotreksat, ...), ne dosežemo zadovoljive umiritve bolezni, bolniki te terapije ne prenašajo ali se med zdravljenjem pojavijo neželeni učinki.

Z biološkimi zdravili v večini primerov bolezen bolje obvladujemo ali dosežemo njeno boljšo urejenost.

Neželeni učinki biološke terapije so kot pri drugih zdravilih potencialno lahko številni, vendar so glede na študije in izkušnje dokaj redki. Najbolj smo pozorni na morebitne resne okužbe, ki se lahko pojavijo med zdravljenjem.

Katera biološka zdravila se uporabljajo za zdravljenje psoriatičnega artritisa?

Za zdravljenje psoriatičnega artritisa imamo na voljo več skupin bioloških in podobnih bioloških zdravil:

- zaviralce TNF alfa (infliksimumab, adalimumab, etanercept, golimumab, certolizumab pegol),
- zaviralce interlevkina 12/23 (ustekinumab),
- zaviralce interlevkina 17 (sekukinumab, iksekizumab).

Poleg tega imamo na voljo imenovana tarčna sintezna zdravila, ki spreminjajo potek bolezni:

- zaviralce fosfodiesteraze 4 (apremilast),
- zaviralce JAK STAT signalnih poti (tofacitinib).

Ali zdravljenje z biološkimi zdravili preprečuje nadaljnjo poškodbo sklepov?

Da, študije so pokazale, da lahko biološka zdravila in tarčna sintezna zdravila, ki spreminjajo potek bolezni, upočasnijo ali celo ustavijo napredovanje strukturnih sprememb na sklepih.

Kako pogosto bi moral bolnik s psoriatičnim artritism hoditi na redne kontrole k revmatologu, če je bolezen umirjena?

Po smernicah je v primeru umirjenega psoriatičnega artritisa pri bolniku, ki jemlje nebiološka zdravila, ki spreminjajo potek bolezni, priporočena letna kontrola, pri bolniku, ki jemlje biološka in tarčna sintezna zdravila, ki spreminjajo potek bolezni, pa prvo leto na tri mesece, pozneje pa na šest mesecev.



Dean Sinožić, dr. med.

Zdraviliško zdravljenje

Kdaj je bolnik s psoriatičnim artritisom upravičen do zdraviliškega zdravljenja?

V skladu s pravilnikom Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (45. člen) je bolnik s psoriatičnim artritisom upravičen do zdraviliškega zdravljenja v umirjeni fazi bolezni z zmanjšano gibljivostjo vsaj enega velikega sklepa in najmanj treh malih sklepov, kadar težje funkcionalne prizadetosti ni mogoče obvladati z zdravili.



Sem bolnica z diagnozo psoriatičnega artritisa, za katerim boleham že kakih 16 let. Luskavica je izbruhnila nekje leta 1990 in sem jo nekako z zdravljenjem omejila. Moji sklepi res niso več tako boleči, imam nekaj oteklin, boleče gležnje, hrbtenico, zvečer in ponoči se včasih zbujam, kažejo se tudi funkcionalne okvare sklepov (zviti prsti), jutranja okorelost traja od ene do dveh ur, delam po štiri ure. Trenutno jemljem leflunomid, pomagam si še z etorikoksibom. Jemljem tudi perindopril zaradi zvišanega tlaka. Včasih me že boli želodec ali peče zgaga. Če mi finančno stanje dopušča, grem na morje po 20 dni, še vedno pa uporabljam mazilo in losjon za lasišče, ker so še plaki, ki so ostali na komolcih in lasišču. Pozneje so se začele pojavljati otekline in bolečine, ki so postale neobvladljive, in obiskala sem revmatologinjo (2007), ki je ugotovila, da imam psoriatični artritis. Samo enkrat sem bila na zdraviliškem zdravljenju v Podčetrtku, pa še to le ambulantno. Takrat sem bila na metilprednizolonu (2009). Nato sva po štirih letih z osebno zdravnico podali še enkrat predlog in tudi revmatolog mi je podal mnenje, a so prošnjo zavrnil. Zelo sem bila razočarana, saj v vseh teh letih zdravljenja nisem bila na zdravljenju več kot enkrat. Zdravnica mi je rekla, da obstajajo neka merila, po katerih komisija odloči, ali je pacient upravičen do zdraviliškega zdravljenja. Zanima me, kateri morajo biti simptomi psoriatičnega artritisa, da si upravičen do zdraviliškega zdravljenja. Zelo bi vam bila hvaležna, če bi mi odgovorili na zgornje vprašanje. V Društvu revmatikov Slovenije nekateri povedo, da gredo vsaki dve leti na zdraviliško zdravljenje.

V skladu s pravilnikom Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (45. člen) je bolnik s psoriatičnim artritiskom upravičen do zdraviliškega zdravljenja v umirjeni fazi bolezni z zmanjšano giblivo vsaj enega velikega sklepa in najmanj treh malih sklepov, kadar težje funkcionalne prizadetosti ni mogoče obvladati z zdravili.



Dr. Aleš Ambrožič, dr. med

Prehrana in življenje z boleznijo

Katere spremembe življenjskega sloga se najbolj priporočajo bolnikom s psoriatičnim artritisom? Kaj lahko sam storim, da čim bolj obvladam simptome bolezni?

Najbolj se priporočajo redna telesna vadba in zdrava prehrana ter s tem zmanjšanje morebitne čezmerne telesne teže, ki je povezana s povečano aktivnostjo bolezni. Ta priporočila zajemajo tudi smernice, ki so povzete v spremljajočem sestavku.

Zakaj se tako poudarja pomen gibanja in redne telesne vadbe pri bolniku s psoriatičnim artritisom?

Za bolnike s psoriatičnim artritisom so primerne vse oblike vadbe in v enakem trajanju, ki se po mednarodnih smernicah priporočajo tudi za zdrave posameznike. Priporočila za telesno vadbo so po smernicah povzeta v spremljajočem sestavku.

Katere oblike vadbe so najprimernejše za bolnike s psoriatičnim artritisom?

Z redno, predvsem aerobno telesno vadbo zmanjšujemo ogroženost za bolezni srca in ožilja, ki je pri bolnikih z luskavico oziroma psoriatičnim artritisom povečana. Predvsem z vajami za moč vzdržujemo ali poskušamo celo povečati mišično maso, ki lahko upade zaradi sistemskega vnetja ob aktivni bolezni, zaradi zmanjšane gibljivosti in bolečin v prizadetih sklepih ali zaradi zdravil (glukokortikoidi). Najboljši učinek se doseže s kombinacijo aerobnih aktivnosti in vaj za moč, ki jim dodamo vaje za gibljivost in ravnotežje.

Katera vrsta prehrane je koristna za bolnike s psoriatičnim artritisom? Katere vrste živil negativno vplivajo na vnetne procese?

Za bolnike s psoriatičnim artritisom veljajo podobna prehranska priporočila kot za druge bolnike z vnetno revmatsko boleznijo, je pa v priporočilih mednarodnih združenj nekaj specifičnosti, ki so povzete v spremljajočem sestavku. Tam so navedena tudi živila, ki lahko negativno vplivajo na vnetne procese.

Katere protibolečinske metode, ukrepe mi predlagate (brez zdravil)?

Zdravljenje bolečine brez zdravil je starejše, a v medicinskih krogih manj raziskano in uporabljeno kot zdravljenje bolečine z zdravili. Z dokazi najboljše podprti metodi sta kognitivno-vedenjska terapija in redna telesna vadba s fizikalno terapijo, balneološka terapija pa ima večinoma kratkotrajne učinke. Kratkotrajno lahko bolečino zmanjša tudi krioterapija (hlajenje) vnetega sklepa. Glede na mnenja nekaterih strokovnjakov lahko pri lajšanju kronične bolečine pomagajo tudi elektroterapija (TENS), nizko intenzivna laserska terapija, terapevtski ultrazvok, akupunktura, masaža in mentalno-gibalna terapija, vendar dokazi o prepričljivem in pomembnem učinku teh metod niso povsem nedvoumni, zato jih ne uporabljamo rutinsko.

Kajenje lahko povzroči slabši odziv telesa na zdravila za zdravljenje psoriatičnega artritisa, torej posredno povečuje njegovo aktivnost.

Kakšen je učinek kajenja na aktivnost psoriatičnega artritisa?

Kajenje je dejavnik tveganja za razvoj luskavice, ob tem več kadilcev zbolí za psoriatičnim artritissom. Le med bolniki z luskavico manj kadilcev zbolí za psoriatičnim artritissom. Kajenje lahko povzroči slabši odziv telesa na zdravila za zdravljenje psoriatičnega artritisa, torej posredno povečuje njegovo aktivnost. Poleg tega je kajenje eden od glavnih dejavnikov povečane umrljivosti zaradi malignih bolezní ter bolezní srca in ožilja, zato ga vsem, tudi bolnikom s psoriatičnim artritissom, močno odsvetujemo.

Slabokrvnost je eden od pogostih razlogov za utrujenost in manjšo fizično zmogljivost.

Počutim se tako utrujeno. Ali moram preveriti, ali sem slučajno slabokrvna?

Da. Slabokrvnost je eden od pogostih razlogov za utrujenost in manjšo fizično zmogljivost.

Kaj bolj pomaga pri bolečih sklepih, povezanih s psoriatičnim artritissom, hlajenje sklepa ali gretje?

Pri vnetju sklepov ali ob sklepnih struktur bolečino olajša hlajenje, gretje vnetega sklepa še poveča prekrvavitev sklepne ovojnice in drugih ob sklepnih struktur ter poveča simptome vnetja, tudi bolečino. Če je bolečina posledica degenerativnih sprememb sklepov in ob sklepnih struktur, pa bolniki čutijo olajšanje bolečine ob gretju.



Prim. Vlasta Petric, dr. med.

Vaditi ali nevaditi? Alternativa.

Katere so priporočljive vaje za periferne sklepe?

Gibljivost sklepov ohranjamo z aktivnimi vajami v polnem obsegu giba nekajkrat na dan. Če giba ne moremo izvesti v obremenjenem položaju, si pomagamo z vadbo v razbremenjenem položaju ali z vadbo v vodi. Pomembne so tudi vaje za preprečevanje mišičnega neravnovesja, ki vodi v skrajšave in deformacije. To neravnovesje preprečujemo z vajami za ohranjanje mišične moči, ki so enakomerno razporejene za posamezne mišične skupine z nasprotnim delovanjem. Izogibamo se položajem, ki stopnjujejo deformacije, npr. ležanje s pokrčenimi, podloženimi koleno in iztegnjenimi gležnji, sedenje s pokrčenimi koleno. Mišično moč izboljšujemo z izometričnimi vajami in vajami proti uporu.

Kako uspešne so operacije okvarjenih sklepov, ki so nefunkcionalni zaradi psoriatičnega artritisa?

Na operativno zdravljenje napotimo bolnika v primeru trdovratnega vnetja sklepne ovojnice na enem večjem sklepu ali eni skupini majhnih sklepov, ki ga z zdravili ni mogoče umiriti. Takrat operater opravi sinovektomijo, odstrani razraslo sklepno ovojnico in s tem vnetno žarišče. Vendar so v zadnjih letih zaradi zdravljenja s sodobnimi, učinkovitejšimi zdravili tovrstni posegi redkeje potrebni.

V primeru napreduvalih okvar sklepov s posledično obrabo in deformacijami, je mogoče sklep nadomesti s sklepno protezo.

V primeru napreduvalih okvar sklepov s posledično obrabo in deformacijami, je mogoče sklep nadomesti s sklepno protezo. V nekaterih sklepih, kot je skočni, zatrditev sklepa omogoči stabilizacijo in zmanjša napredovanje bolečin in deformacije.

V vsakem primeru operater pred posegom seznanja bolnika z naravo in uspešnostjo posega ter z njim povezanimi tveganji.

Zanima me, kako bi lahko prišla do napotitve na specialistično fizioterapijo za psoriatični artritis, vključno z delovno terapijo za roke in vajami za stopala

Bolnika na fizioterapijo napoti izbrani zdravnik družinske medicine po priporočilu revmatologa, ki bolnika zdravi. Delovna terapija je na voljo v Kliničnem oddelku za revmatologijo UKC Ljubljana, poleg tega pa tudi v fizioterapevtskih enotah večine slovenskih bolnišnic.

Katere oblike alternativnega zdravljenja bi priporočili bolniku s psoriatičnim artritisom poleg temeljne terapije?

Alternativnega zdravljenja, podprtega z znanstvenimi dokazi, za zdravljenje psoriatičnega artritisa ni. Je pa dokazan izjemno koristen učinek redne telesne vadbe in vzdrževanja zdravega življenjskega sloga na ugodnejši potek in vzdrževanje umirjene vnetne revmatične bolezni in splošno dobro počutje.

Ali je limfna drenaža koristna za bolnike s psoriatičnim artritisom?

Za zdaj ni nobenih znanstvenih dokazov o učinkovitosti limfne drenaže pri zdravljenju psoriatičnega in/ali drugih artritsov.

Alternativnega zdravljenja, podprtega z znanstvenimi dokazi, za zdravljenje psoriatičnega artritisa ni.



Darja Ambrožič, dr. med.
prehranska svetovalka

Naredite nekaj zase

Naredite nekaj zase in pomembno boste prispevali k zdravljenju svoje revmatske bolezni. Poskrbite za **zdravo prehrano** in **primerno telesno težo**, bodite **telesno aktivni** in se naučite **obvladovati stres**. Ob tem upoštevajte navodila svojega revmatologa in vseh strokovnjakov, vključenih v vaše zdravljenje, pazite na redno jemanje predpisanih zdravil ter se o vseh težavah in vprašanih posvetujte z ustreznim strokovnjakom.

Zdrava prehrana in primerna telesna teža

Že dolgo je jasno, da sta hrana in z njo povezana telesna teža pomembna dejavnika pri nastanku in zdravljenju številnih bolezni.

Številne raziskave so dokazale vpliv življenjskega sloga, predvsem hrane in telesne dejavnosti na pojavnost simptomov in potek psoriaze in psoriatičnega artritisa. V številnih raziskavah so dokazali ugodne učinke hrane na različne vnetne mediatorje, ki sodelujejo pri nastanku in poteku bolezni in na katere moremo vplivati tudi z zdravili.

Na podlagi zbranih rezultatov so bile sprejete smernice (National Psoriasis Foundation) za zdravljenje psoriaze in psoriatičnega artritisa, po katerih se priporoča zmanjšanje telesne teže pri čezmerno hranjenih in debelih bolnikih kot eden od zelo pomembnih ukrepov pri zdravljenju. Dieta brez glutena se priporoča samo pri tistih, ki imajo dokazano preobčutljivost na gluten ali celiakijo.

Priporočila glede prehrane pri psoriatičnem artritisu so enaka kot pri večini drugih revmatskih vnetnih boleznih. Enako velja, da je tako kot pri drugih terapevtskih ukrepih potreben individualen, posamezniku prilagojen pristop.



Med priporočeno hrano spadajo veliko presne ali čim manj termično obdelane zelenjave (zelenolistnata, stročnice, križnice, npr. brokoli in ohrovt), obilna uporaba začimb (kurkuma in ingver), sezonsko sadje (jagodičevje), probiotiki (jogurti), oreščki, zeleni čaj – torej hrana, bogata z naravnimi antioksidanti in snovmi, ki imajo znan protivnetni učinek. V več raziskavah se je pokazalo, da ima najugodnejši vpliv veganski način prehranjevanja oziroma hrana, ki ne vsebuje veliko rdečega mesa, kot je mediteranska prehrana, bogata z zelenjavo, ribami, oljčnim oljem in začimbami. Ob primerno raznovrstni prehrani razna prehranska dopolnila z izjemo vitamina D in maščobnih kislin omega-3 verjetno niso potrebna.

Opozoriti velja, da je treba prehrano ne glede na zgoraj navedena priporočila vedno uskladiti s predpisanimi zdravili in stanjem bolezni pri vsakem posamezniku.



Izogibati se je treba predelani hrani in hrani, ki vsebuje veliko soli, sladkorja, transmaščob, raznih aditivov in konzervansov ter večje količine živil živalskega izvora (predvsem rdečega mesa). **Alkohol** lahko vpliva na poslabšanje vaše bolezni. Zato priporočamo, da se ga izogibate ali ga uživajte le občasno, v majhnih količinah, na primer kozarec rdečega vina ob jedi.



Kajenje je škodljivo in ga močno odsvetujemo. Kajenje ni samo dejavnik tveganja za psoriaro in psoriatični artritis, ampak je tudi velik dejavnik tveganja za nastanek metabolnega sindroma in srčno-žilnih bolezni, ki so eden glavnih razlogov umrljivosti. V nekaterih raziskavah se je pokazalo še, da je zdravljenje psoriatičnega artritisa z zdravili dolgoročno manj učinkovito pri kadilcih kot pri nekadilcih. Kajenje namreč povečuje sproščanje snovi, ki povečujejo vnetje in hkrati zmanjšuje organizmu dostopno razpoložljivost nekaterih (bioloških) zdravil.



Eden od pomembnih ciljev sprememb prehranjevalnih navad je vzdrževanje **primerne telesne teže s primerno**



telesno sestavo – pomembna sta razmerje med mišicami in maščobo ter razporeditev te. Primeren indeks telesne mase (ITM), izračunan na podlagi podatkov o telesni višini in teži, še ne pomeni vedno ustrezne telesne sestave. Priporočamo meritev telesne sestave, še posebej ker nekatera zdravila (npr. glukokortikoidi) pomembno vplivajo na zmanjševanje mišične mase in strukturo kosti, masa maščobnega tkiva pa se pri tem ohranja ali celo povečuje.

Prilagojeno posamezniku, njegovi bolezni, telesni dejavnosti in telesni sestavi je treba v prehrano vključiti živila, za katera je znano, da delujejo protivnetno. Ob tem je treba poskrbeti tudi za pravo razmerje med makrohranili (beljakovine, ogljikovi hidrati, maščobe, vlaknine), kar ob primerni telesni dejavnosti omogoča ohranjanje ali povečanje mišične mase in zmanjšanje količine maščobe, ki se kopiči okoli notranjih organov (visceralna maščoba) in je velik dejavnik tveganja za razvoj predvsem srčno-žilnih bolezni.

Telesna dejavnost

Skladno z evropskimi priporočili (smernice lige EULAR) za zdravljenje vnetnih artritsov, med katere spada tudi psoriatični artritis, mora biti redna telesna dejavnost sestavni del vašega zdravljenja. Priporočila glede vrste in količine telesne dejavnosti za bolnike s psoriatičnim artritisom so enaka kot za splošno populacijo. Redna telesna dejavnost pozitivno vpliva na potek bolezni, zato ostanite pozitivni do telesne dejavnosti tudi, kadar se počutite utrujeni in okoreli ter vas bolijo sklepi in mišice. Vadbo prilagodite svojim trenutnim sposobnostim in je ne opustite v celoti. Prilagoditve ali krajše prekinitve so potrebne samo pri aktivnem vnetju sklepov ali ob sklepnih struktur.

Kombinirajte:

- **aerobno vadbo** srednje intenzivnosti petkrat na teden (skupno vsaj 150 minut) ali višje intenzivnosti trikrat na teden (skupaj vsaj 75 minut): hoja, tek, plavanje, kolesarjenje v naravi ali na sobnem kolesu, eliptična vadba (orbitrek);
- **vaje za moč** z lastno težo ali z uporabo lažjih uteži in trakov (dva- do trikrat na teden za vsako večjo mišično skupino: mišice rok in ramenskega obroča, trebuha in hrbta, nog in medenice);
- **vaje za ravnotežje, koordinacijo in gibljivost** (dva- do trikrat na teden), ki se lahko izvajajo samostojno ali v sklopu aerobne vadbe oziroma vaj za moč.

Pomembno je, da se pred vadbo dobro ogrejete in aktivno razgibate sklepe in mišice od glave do nog. Enako se je treba pasivno raztezati ob koncu vadbe.

Če med vadbo začutite bolečine, vadbo prenehajte in se posvetujte z zdravnikom ali fizioterapevtom oziroma vaditeljem. Če obiskujete organizirano vadbo, vaditelja pred začetkom opozorite na svoje stanje in omejitev, da vam bo lahko ustrezno svetoval ali prilagodil načrt vadbe. Priporočamo, da vadbo začnete postopoma in da sestavite načrt vadbe skupaj s fizioterapevtom in/ali vaditeljem, ki bo znal uskladiti vse vrste vadbe, da bodo primerne vašemu stanju in vam bodo v veselje.

Obvladovanje stresa

Izvedeti za diagnozo in živeti z revmatsko boleznijo je lahko že samo po sebi zelo stresno. Včasih lahko tovrsten stres zmanjšate že samo s **pogovorom** s svojim revmatologom in drugimi iz zdravstvenega tima, ki bolezen dobro poznajo in se vsakodnevno srečujejo z vam podobnimi bolniki. Veliko informacij lahko najdete tudi v tej in tej podobnih knjižicah. Več odgovorov ko boste poznali na svoja vprašanja, lažje vam bo, saj je eden največjih vzrokov stresa prav negotovost. **Organizirajte si dneve** tako, da bo v dnevni urnik vključenega

dovolj časa tudi za vas – za redno telesno dejavnost in počitek. Tako se boste znebili občutka, da stalno nekaj zamujate oziroma da zanemarjate sebe ali svoje najbližje. **Naučite se tehnike za zmanjševanje stresa**, npr. jogo in meditacijo. Včasih pomaga že, da se za trenutek vstavite in nekajkrat počasi in globoko zadihate. **Dovolite si podporo** družine, prijateljev in sodelavcev, povejte kaj želite in kaj potrebujete. Tako vam bodo radi pomagali in jim ne boste v breme. Izkoristite možnost podpore sebi enakih v okviru Društva revmatikov.

Sprememba življenjskega sloga je tek na dolge proge, učinki večinoma niso vidni čez noč, so pa dolgoročni. Uspelo vam bo, če si boste spremembo želeli in jo razumeli, vanjo verjeli in boste vztrajali tudi, ko bo težko. Poskrbite za svoje telo, eno in edino, ki vam je dodeljeno in v katerem morate preživeti vse življenje. Če boste poskrbeli za svoje telo, boste poskrbeli tudi za svojo dušo. Naredite to zase.





Andrej Gregorčič, predsednik Društva
revmatikov Slovenije

Društvo revmatikov slovenije

Društvo revmatikov Slovenije je bilo ustanovljeno leta 1983 in uspešno deluje že 36 let. Smo enovito nacionalno društvo s statusom reprezentativne invalidske organizacije, ki na državni ravni deluje skupaj s trinajstimi podružnicami po vsej Sloveniji.

Združujemo ljudi z diagnozo **vnetnih revmatičnih bolezni** (revmatoidni artritis, spondiloartiritisi, juvenilni idiopatski artritis, protin in psevdoprotin, vaskulitisi, sistemsko vezivnotkivne bolezni npr. lupus in Sjögrenov sindrom ter druge vnetne revmatske bolezni). Trenutno je v društvu včlanjenih približno 1.850 članov.

Glavno poslanstvo društva je doseči dolgoročno kakovostno in neodvisno življenje obolelih in invalidov, katerih invalidnost je posledica vnetnega revmatizma, ter njihovo polnopravno vključenost v družbo. Zato si prizadevamo, da najdemo rešitve za njihove zdravstvene in socialne težave ter jim nudimo ustrezno pomoč. V ta namen izvajamo osem posebnih socialnih programov, s katerimi poskušamo bolnikom in invalidom pomagati na vseh področjih, na katerih jim življenje z revmatičnimi boleznimi povzroča težave, ter tako preprečevati in blažiti fizične, psihične, socialne in zdravstvene posledice bolezni in invalidnosti. Bolnikom med drugim ponujamo razna izobraževanja,

svetovanja in usposabljanja, tedensko rehabilitacijsko vadbo, pomoč pri udeleževanju v družinskem in delovnem okolju ter pri preseganju družbene izolacije.

Bolniki se lahko vključijo v naslednje programe:

- Rehabilitacija in ohranjanje psihofizičnega zdravja revmatikov (strokovno vodena tedenska fizioterapevtska vadba, možnost najema treh apartmajev);
- Izobraževanje in usposabljanje za aktivno življenje in delo odraslih revmatikov in njihovih družinskih članov (vikend seminarji, delavnice, družinska in regijska srečanja s strokovnimi vsebinami, druga izobraževalna srečanja itd.);
- Izobraževanje in usposabljanje otrok in mladostnikov z juvenilnim idiopatskim artritisom (JIA) ter njihovih družin (vikend seminar, družinsko srečanje, svetovanje ...);
- Svetovanje za aktivno in neodvisno življenje (SOS telefon, brezplačna pravna pomoč, svetovalne delavnice in skupine za samopomoč);
- Obiski na domu, nega, fizična in druga pomoč za starejše in težje obolele revmatike/invalidne;
- Informativna dejavnost (razni informativni materiali in videovsebine, spletna stran www.revmatiki.si, dve strani na Facebooku in društveni kanal na Youtubeu, kampanje ozaveščanja bolnikov, laične in strokovne javnosti ...);
- Šport in rekreacija revmatikov (pohodništvo, tečaj teka na smučeh);
- Kulturna in interesna dejavnost (kreativne delavnice, krožek klekljanja ...).

Dejavnosti društva obsegajo tudi zastopanje interesa revmatikov v dialogu z državnimi in drugimi pristojnimi institucijami in deležniki na področju socialnega, invalidskega in zdravstvenega varstva. Vključeni smo tudi v Nacionalni svet invalidskih organizacij Slovenije (NSIOS) in se povezujemo z drugimi sorodnimi organizacijami bolnikov in invalidskimi organizacijami na državni in evropski ravni. Na področju uresničevanja skupnih interesov za zmanjšanje bremen revmatičnih bolezni na posameznika in družbo smo aktivni v Evropski ligi za boj proti revmatizmu (EULAR). Smo tudi člani Mednarodne federacije za ankilozirajoči spondilitis (ASIF) in združenja LUPUS EUROPE.

Redni član društva lahko postane bolniki in invalid z diagnozo vnetne revmatske bolezni. Večina programov društva je namenjena izključno njim. Del vsebin programov pa je namenjen tudi družinskim članom, strokovni in drugi širši javnosti. V naših vrstah so zato kot podporni člani dobrodošli tudi partnerji in drugi ožji družinski člani revmatikov, prijatelji, strokovni sodelavci in vsi, ki bi kakor koli želeli sodelovati pri aktivnostih in nadaljnjem razvoju društva.

Kontaktne podatki

Društvo revmatikov Slovenije
Parmova ulica 53, 1000 Ljubljana
T: 059 075 366
drustvo@revmatiki.si
www.revmatiki.si
 revmatiki





Združujemo bolnike in invalide z diagnozo vnetnih revmatskih bolezni.



Redni član društva lahko postane bolnik in invalid z diagnozo vnetne revmatske bolezni. Večina programov društva je namenjena izključno njim.



ANALGETIKI

paracetamol	Lekadol, Daleron, Tevitamol, Panadol, Paralen
acetilsalicilna kislina	Aspirin, Cardiopirin, Acetilsalicilna kislina Krka, Andol,

NESTEROIDNI ANTIREVMATIKI

ibuprofen	Ibuprofen Belupo, Brufen, Ibubel, Ibuprofen Alkaloid, Ibuprofen B. Braun, Ibuprofen FARMALIDER, Ibuprofen INN-FARMA, Ibuprofen STADA, Ibuprofen Vitabalans, Ibacut, Adobil, Bonifen, Diverin, Ibalgin NEO, Nurofen, Olytabs, Profebun
naproksen	Nalgesin, Naprosyn, Naproksen, Emoxen
diklofenak	Naklofen, Diclo Duo, Naclof, Olfen, Voltaren, Dicuno
ketoprofen	Ketonal, Ketoprofen Vitabalans
etorikoksib	Arcoxia, Etorikoksib STADA, Coxeta, Roticox, Kostarox, Oxidraxib, Turox
celekoksib	Celebrex, Celekoksib Lek, Aclexa
meloksikam	Movalis, Meloksikam Arrow, Celomix, Lormed, Meloxan

GLIKOKORTIKOIDI

metilprednizolon	Medrol
-------------------------	--------

DMARD

sulfasalazin	Sulfasalazin Krka
leflunomid	Arava, Leflunomid medac

ANALOGI FOLNE KISLINE

metotreksat	Metoject, Metotreksat Ebewe, Metotreksat Actavis, Metotreksat MEDAC, Metotreksat PLIVA, Emthexate, Ledertrexate, Namaxir
--------------------	--

PERORALNI NIZKOMOLEKULARNI INHIBITOR FOSFODIESTERAZE 4 (PDE4)

apremilast	Otezla
-------------------	--------

BIOLOŠKA ZDRAVILA

Inhibitorji TNF alfa

etanercept	Enbrel, Benepali
infliksimab	Remicade, Remsima, Inflectra, Flixabi, Zessly
adalimumab	Humira, Hyrimoz, Amgevita, Hulio, Imraldi
golimumab	Simponi
cetrolizumab pegol	Cimzia

BIOLOŠKA ZDRAVILA

Inhibitorji IL-6

tocilizumab Roactemra

Inhibitorji IL-1

rituksimab MabThera, Rixathon, Blitzima, Truxima,

Inhibitorji IL-17A

sekukinumab Cosentyx

iksekinumab Taltz

Inhibitorji IL-12 in IL-23

ustekinumab Stelara

JAK inhibitorji

baricitinib Olumiant

tofacitinib Xeljanz

OSTALA ZDRAVILA

glatiramerijev acetat Copaxone, Remurel

nifedipin Cordipin, Adalat OROS, Nifedipin AL, Nifecard, Adalat BAYER

ibadronska kislina Bonvivo, Ibandronska kislina Mylan, Ibandronska kislina Teva, Bondronat, Ibandronska kislina Accord, Ibandronska kislina Arrow, Ibandronska kislina Helm, Ibandronska kislina Liconsa, Ibandronska kislina STADA, Ibandronska kislina Synthon, Bonefurbit, Osagrand, Indrofar, Kefort

holekalciferol Plivit D3, Oleovit D3, Vitamin D3, Vitamin D3 STREULI

kalcijev karbonat Kalcijev karbonat , Kalcijev karbonat Krka, Kalcijev karbonat Lekarna Ljubljana

bisoprolol Concor, Concor COR, Byol, Borez, Sobycor, Bisoprolol Pfizer

rosuvastatin Coupet, Rustavo, Sorvasta, Crestor, Rosuvastatin Actavis, Rosuvastatin Aurobindo, Rosuvastatin Krka, Rosuvastatin Mylan, Rosuvastatin STADA, Rosuvastatin Teva, Vigistat, Vosustat, Celmantin, Ropuido,

escitalopram Cipralex, Citafort, Eqores, Ecytara, Solatcit, Escitalopram Teva, Escitalopram Cipla, Escitalopram Jubilant, Escitalopram Krka, Escitalopram Lundbeck, Escitalopram Mylan, Escitalopram Pfizer, Elicea, Otigem,

zolpidem Sanval, Zolpidem Vitabalans, Zolsana, Perluna, Zolpidemijev tartrat Teva, Edluar

perindopril Prenevel, Perindopril Teva, Bioprexanil, Prenessa, Perivol, Prexanil, Voxin, Perindopril Mylan, Perindopril Pfizer, Coverex, Myden, Percarnil, Perineva, Rindolex

Pri pripravi knjižice je sodelovalo: Društvo revmatikov Slovenije



Društvo revmatikov
Slovenije



Novartis Pharma Services Inc., Podružnica v Sloveniji
Verovškova 57, 1000 Ljubljana, telefon: 01/300-75-50

Tiskano na okolju prijaznem, 100-odstotno
recikliranem nepremaznem papirju Echo.
Datum priprave informacije: oktober 2019.
SI-2019-SpA-50