



Društvo revmatikov
Slovenije



Sprejmi me, ankilozirajoči spondilitis

 NOVARTIS

Uvod



prof. dr. Matija Tomšič, dr. med.

Ankilozirajoči spondilitis je kronična, vnetna revmatska bolezen. Čeprav najpogosteje prizadene sklepe med črevnico in križnico (sakroiliakalni sklepi) in hrbtenico (spondilitis), lahko bolezen prizadene tudi periferne sklepe (kolke, kolena ...) in zunajskeletne strukture (oči, kožo, prebavila, redko pa srce in pljuča). Vzrok nastanka bolezni ni znan, verjetno pa je vzrokov več: genetski dejavniki (HLA-B27), dejavniki iz okolja (mikroorganizmi) in mehanski stres. Osnovni bolezenski proces je vnetje na pripenjališčih vezi, kit in ligamentov na kost. Ta pripenjališča imenujemo enteze in so izpostavljena ponavljajočim se mehanskim obremenitvam in mikropoškodbam. V zgodnjem obdobju bolezni se poškoduje vezivni hrustanec, sledi pa vdiranje vnetic v pripenjališče (entezo), pozneje se to mesto brazgotini, nato se v to vezivo nalaga kalcij in na koncu sledi kostenenje. Moški zbolevalo pogosteje kot ženske, razmerje med spoloma je približno 3 : 1. V nedavno objavljeni raziskavi smo ugotovili, da v Sloveniji na novo vsako leto za to boleznijo zbolita 2,9 bolnika na 100.000 odraslih prebivalcev, srednja starost bolnikov ob postavitvi diagnoze je bila 41 let.

Ankilozirajoči spondilitis se najpogosteje začne v zgodnjem odraslem obdobju, postopno, z bolečinami v spodnjem delu hrbtenice in v predelu ritnic (sklepi med črevnico in križnico – sakroiliakalni sklepi). Bolečine lahko izžarevajo v stegna in prsni koš, običajno so stalne, praviloma se ob gibanju zmanjšajo, ob počitku pa poslabšajo. Ponoči bolečina bolnika pogosto prisili, da vstane in se razgiba. Najpogostejši zunajsklepni pojav pri ankilozirajočem spondilitisu je sprednji uveitis (vnetje srednje očesne ovojnice) in se pojavlja pri četrtini bolnikov. Praviloma je enostranski in se začne nenadoma. Prizadeto oko je rdeče, boleče, se solzi, bolnika moti svetloba in vid je moten.

Za postavitev diagnoze ankilozirajočega spondilitisa uporabljamo leta 1984 prirejena newyorška merila, ki temeljijo na rentgenski potrditvi eno- ali obojestranskega vnetja sklepov med črevnico in križnico (sakroiliitisa).

Poleg natančnega pogovora z bolnikom in telesnega pregleda, vključno z meritvijo gibljivosti v ledvenem predelu hrbtenice in prsnega koša, nam pri postavitvi diagnoze pomagajo slikovne preiskave. Laboratorijski izvidi za diagnozo niso zelo pomembni. Približno 50–70 % bolnikov z aktivno boleznijo ima zvišano koncentracijo reaktivnega proteina C in/ali pospešeno sedimentacijo eritrocitov. Pridružena je lahko slabokrvnost. Pri večini bolnikov z ankilozirajočim spondilitisom je navzoč HLA-B27, vendar odsotnost tega genetskega označevalca ne izključuje bolezni.

Rentgenska preiskava sklepov med črevnico in križnico (sakroiliakalna sklepa) na začetku bolezni običajno ne pokaže sprememb, zato se tudi postavitev diagnoze pri nas in v tujini pogosto zamakne.

Da bi lahko sodobno zdravili bolnike z ankilozirajočim spondilitisom, moramo:

- diagnozo postaviti čim prej, čim prej moramo tudi začeti zdravljenje s protivnetnimi zdravili (nesteroidnimi antirevmatiki). Če ta zdravila niso dovolj učinkovita, bolnike zdravimo z biološkimi zdravili, ki spreminjajo potek bolezni;
- ves čas zdravljenja moramo spremljati aktivnost bolezni in zdravljenje prilagajati, da dosežemo glavni cilj zdravljenja - umirjeno bolezen. Najbolj razširjen kazalnik, s katerim merimo aktivnosti bolezni v Sloveniji, je 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 pomaga pri oceni aktivnosti bolezni.

Kakšna je prognoza bolezni?

Nezdravljena ali ne povsem optimalno zdravljena bolezen praviloma vodi v invalidnost in 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 z ankilozirajočim spondilitisom zadovoljiv dostop do revmatologa. V okviru mednarodne raziskave European Map of Ankylosing Spondylitis (EMAS), so anketirali bolnike s to boleznijo v več evropskih državah (v Avstriji, Belgiji, Franciji, Nemčiji, Italiji, na Nizozemskem, Norveškem, v Rusiji, Sloveniji, Španiji, na Švedskem, v Švici in Združenem kraljestvu). Anketa je pokazala, da v Sloveniji od začetka pojavljanja težav do postavitve diagnoze mine 7,78 leta, kar je slabše od povprečja teh držav (7,44 leta). A to je podatek, kako smo zamujali z diagnozo v preteklosti, saj podatek temelji na odgovorih bolnikov, ki so bili v poprečju stari 48,76 leta, kar je predstavljalo najstarejšo populacijo znotraj EMAS raziskave (povprečna starost vseh anketirancev je bila 43,94 leta. In kje smo danes? Po pravkar objavljeni raziskavi v ugledni ameriški reviji Medicine (Baltimor) smo analizirali dostopnost 98 novih bolnikov z aksialnim spondiloartritisom v treh zaporednih letih. Ugotovili smo, da od začetka pojavljanja težav do postavitve diagnoze mine 31,7 meseca. Podatki so zelo podobni kot v Franciji in slabši kot na Danskem. In kakšne uspehe zdravljenja dosegamo? Ključna je raziskava EMAS. BASDAI torej uporabljamo za merjenje aktivnosti bolezni. Vrednosti BASDAI so v razponu od 0 (povsem umirjena bolezen) do 10 (zelo aktivna bolezen). Cilj zdravljenja je, da je BASDAI manj kot 4,0 – umirjena bolezen. V raziskavi EMAS je imela Slovenija med vsemi državami najnižji BASDAI, tj. 4,41, povprečni BASDAI pri vseh sodelujočih bolnikih v vseh državah pa je bil precej višji, 5,48. Ali smo lahko zadovoljni? Smo, a imamo še možnost, da se izboljšamo.

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 zdravlila, 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 z ankilozirajočim spondilitisom do cilja, če se le bolniki s tem strinjajo.

Z veliko verjetnostjo je torej mogoče trditi, da je večina bolnikov z ankilozirajočim spondilitisom v 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 z ankilozirajočim spondilitisom in ta pojasnila vam ponujamo v branje kot dodatek k posvetu z zdravnikom.

Sodobno zdravljenje omogoča večini bolnikov z ankilozirajočim spondilitisom 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 in kako postavimo diagnozo?
- 11** Zdraviti, nezdraviti, kako zdraviti?
- 17** Pridružene bolezni in nosečnost
- 21** Pravo zdravilo pravi čas. Želeni in neželeni učinki.
- 27** Biološka zdravila
- 30** Zdraviliško zdravljenje in še malo mešano
- 34** Delo in prosti čas
- 37** Prehrana in življenje z boleznijo
- 40** Naredite nekaj zase
- 44** Društvo revmatikov Svlovenije
- 50** Seznam zdravil navedenih v knjižici



Prof. dr. Sonja Praprotnik, dr. med.

Zakaj zbolimo in kako postavimo diagnozo?

Kaj povzročča oziroma je vzrok za nastanek ankilozirajočega spondilitisa? Zasedil sem, da je ankilozirajoči spondilitis poligenska bolezen. Kaj točno to pomeni? Ali potekajo kakšne raziskave o vzrokih za nastanek ankilozirajočega spondilitisa?

Vzrok za nastanek bolezni ni znan. Pri približno 90 odstotkih bolnikov na površini nekaterih celic odkrijejo genski označevalec, človeški levkocitni antigen HLA-B27. Poleg tega antigena so za razvoj bolezni potrebni še drugi dejavniki, saj večina ljudi, ki ima HLA-B27, ne zbolijo za to boleznijo. Domnevajo, da pri gensko dovzetnih osebah razvoj bolezni sproži bakterijska okužba. Ugotovili so, da so z nastankom ankilozirajočega spondilitisa povezani tudi drugi geni (npr. gen za receptor citokina interlevkina-23), zato tudi trditev, da je ankilozirajoči spondilitis poligenska bolezen. Poteka več raziskav, vključno z raziskavami na živalskih modelih.



Kako se postavi diagnoza ankilozirajočega spondilitisa, katera so merila za to? Kakšna je razlika med ankilozirajočim spondilitisom, aksialnim in perifernim spondiloartritisom?

Aksialni spondiloarthritis obsega skupino kroničnih, imunsko posredovanih vnetnih bolezni, za katere je značilno prevladujoče vnetje v sakroiliakalnih sklepkih, tj. sklepkih med križnico in črvenico (ena od kosti, ki sestavljajo medenico) in hrbtenici. Mednje uvrščamo ankilozirajoči spondilitis, psoriatični spondiloarthritis, artritis pri kronični vnetni črevesni bolezni in reaktivni artritis. Na spondiloartritise je treba pomisliti, če zaznamo vnetno bolečino, ki se neopazno pojavi v hrbtu pred 45. letom starosti in se zmanjša po gibalnih vajah, spremlja pa jo jutranja okorelost in traja vsaj tri mesece. Lahko se razvije tudi vnetje perifernih sklepov in tetiv, tedaj govorimo o perifernem spondiloartritisu. V obeh primerih se lahko pridružijo tudi zunajsklepne manifestacije, kot so uveitis, luskavica ali vnetna črevesna bolezen. Pri postavitvi diagnoze aksialnega in perifernega spondiloartritisa si pomagamo z razvrstitvenimi merili ASAS (Assessment of SpondyloArthritis international Society). Ta merila upoštevajo vnetne spremembe na sakroiliakalnih sklepkih, vidne na magnetni resonanci, tudi pri bolnikih, ki še nimajo razvitih strukturnih lezij, vidnih z rentgenskim pregledom. Za postavitve diagnoze ankilozirajočega spondilitisa morajo biti spremembe na sakroiliakalnih sklepkih vidne z rentgenskim pregledom.

Od leta 2017 imam diagnozo ankilozirajočega spondilitisa, ki je še nisem povsem ponotranjila in sprejela. Imam pozitiven HLA-B27 . Slikovna preiskava z magnetno resonanco še ni pokazala zatrdelosti vretenc. Tudi ne čutim nekih hujših težav, da bi morala posegati po antirevmatikih kot npr. etorikoksib, zdaj pa mi je revmatolog predlagal celo biološka zdravila. Zanima me, ali je lahko ankilozirajoči spondilitis 100-odstotno potrjen tudi, če slikanje z magnetno resonanco ne pokaže zatrdelosti vretenc? Kako se iz laboratorijskih izvidov vidijo/ugotovijo vnetni procesi v telesu?

Diagnozo ankilozirajočega spondilitisa lahko postavimo brez vidnih sprememb na vretencih, morajo pa biti vidne rentgenske spremembe na sakroiliakalnih sklepih (sklepi med črevnico in križnico). Pri vnetju telo izdeluje vnetne beljakovine, na primer reaktivni protein C. Vnetne beljakovine pospešujejo sedimentacijo eritrocitov. Ni pa nujno, da so laboratorijski pokazatelji vnetja prisotni pri ankilozirajočem spondilitisu.

Zakaj so pri ankilozirajočem spondilitisu vpleteni sakroiliakalni sklepi? Ali je kakšen poseben razlog za to? Ali je slikanje z magnetno resonanco edini zanesljiv način za diagnosticiranje ankilozirajočega spondilitisa? Pri katerih bolnikih z diagnozo ankilozirajočega spondilitisa se pričakuje hujši potek bolezni?

Razlog za prizadetost sakroiliakalnih sklepov je še vedno nejasen. Za diagnozo ankilozirajočega spondilitisa morajo biti opazne rentgensko vidne spremembe na sakroiliakalnih sklepih. Pri moških ta bolezen večinoma poteka v hujši obliki. V slabšem položaju so tudi mlajši bolniki, saj je prognoza bolezni povezana s starostjo. Mlajši ko so bolniki ob postavitvi diagnoze, slabša je prognoza. Slabši potek bolezni je praviloma zaznaven tudi pri tistih bolnikih, pri katerih ugotavljamo visoke laboratorijske ravni kazalnikov vnetja (sedimentacijo eritrocitov, reaktivni protein C), pri tistih, ki imajo ob vnetju hrbtenice tudi periferni artritis, in tistih, ki se ne odzovejo na zdravljenje z nesteroidnimi antirevmatikami.

Ali se lahko prepreči nastanek ankilozirajočega spondilitisa? Ali obstaja preventiva, da ljudje ne bi zboleli za ankilozirajočim spondilitisom? Ali obstajajo dejavniki tveganja za zbolevanje za ankilozirajočim spondilitisom?

Bolezni ne moremo preprečiti. Poleg genske predispozicije (človeški levkocitni antigen B27), so vzrok za razvoj bolezni tudi dejavniki iz okolja, najverjetneje bakterijske okužbe.

Bojim se, da bi zbolel tudi moj otrok. Ali je ankilozirajoči spondilitis deden? Ali je smiselno, da mojega otroka testirajo na prisotnost antigena HLA-B27 in ali bo moj otrok zbolel, če je HLA-B27 pozitiven?

Ankilozirajoči spondilitis se ne deduje neposredno, dedna je le nagnjenost za razvoj bolezni. Če odkrijejo, da je posameznik nosilec antigena HLA-B27, to še ne pomeni, da bo tudi zbolel. Približni izračuni so pokazali, da zboli vsak deseti nosilec tega antigena. Menim, da v vašem primeru testiranje ni potrebno.

Ankilozirajoči spondilitis imam od 24. leta starosti. Na antigen HLA-B27 sem negativen, enako je bilo ugotovljeno tudi za oba moja sinova. Sprašujem, ali je možno, da bo zbolela tudi moja vnukinja (30 let), ker imam jaz ankilozirajoči spondilitis, saj ima težave s hrbtenico?

Ni mogoče predvideti, ali bo tudi ona zbolela. V zvezi s težavami s hrbtenico je potreben zdravniški pregled.

Kako pogost je ankilozirajoči spondilitis in kdo ima večjo verjetnost, da bo zbolel za to boleznijo? Slišal sem, da moški zbolevalo pogosteje kot ženske. Zanima me, zakaj. Ali obstaja podatek o številu na novo zbolelih za ankilozirajočim spondilitisom in koliko sploh je vseh bolnikov s to boleznijo skupaj v Sloveniji?

Vesela sem, da vam lahko navedem naše podatke za ankilozirajoči spondilitis in za spondiloartritis v celoti. V triletnem obdobju smo v regiji, ki jo pokriva Klinični oddelek za revmatologijo v Kliničnem centru v Ljubljani, ugotovili 302 primera spondiloartritise (55,0 % moških, mediana starosti je 46,7 (35,0–57,5) leta. 98 (32,5 %) jih je imelo pretežno aksialni spondiloartritis, preostali pa periferni spondiloartritis. Ocenjena letna stopnja pojavnosti na 100.000 odraslih v naši regiji je bila 14,3 za spondiloartritis, 4,6 za aksialni spondiloartritis (konkretno za ankilozirajoči spondilitis 2,9) in 9,6 za periferne spondiloartritise. Moških bolnikov je bilo nekoliko več, ampak ne bistveno. Ni znano, zakaj moški zbolevalo pogosteje.





Žiga Rotar, dr. med.

Zdraviti, nezdraviti, kako zdraviti?

Moj ankilozirajoči spondilitis je po klinični presoji revmatologinje umirjen (vnetni kazalniki niso zvišani, BASDAI je na kontrolnih pregledih od 4 do 4,5, z rentgenskim pregledom je bil potrjen sakroiliitis levo), a vsako leto vsaj enkrat prebolim anteriorni uveitis, tudi nočne bolečine v križu in občasno sakroiliakalnih sklepov so še vedno prisotne, niso pa neznosne. Ali nista uveitis in prisotnost nočnih bolečin znaka, da moja bolezen vendarle ni povsem umirjena? Nekako se mi zdi nelogično, da se šteje, da je ankilozirajoči spondilitis umirjen, a se mi kljub temu en- do dvakrat letno pojavlja sprednji uveitis. Skoraj vsak dan jemljem nesteroidne antirevmatike (približno 15 % dni v letu jih ne jemljem).

Iz zapisanega bi lahko sledilo, da vaša bolezen ni umirjena. Kljub rednemu zdravljenju z nesteroidnimi antirevmatikami imate precej težav, ki so lahko povezane z aktivno boleznijo. Aktivnost bolezni potrjuje tudi ponavljajoč se anteriorni uveitis. Po trenutnih priporočilih bi bilo v vašem primeru vredno razmisliti o zdravljenju z biološkimi zdravili, če je bolezen aktivna več kot štiri tedne, kljub poskusu zdravljenja

z dvema nesteroidnima antirevmatikoma v protivnetnem odmerku. Največ koristi od zdravljenja z biološkimi zdravili imajo bolniki, pri katerih se aktivnost bolezni kaže tudi zvišano koncentracijo systemskega kazalnika vnetja reaktivnega proteina C in aktivnim sakroilitisom, dokazanim z magnetnoresonančno preiskavo. Nedvomno je brez kliničnega pregleda in vpogleda v vašo dokumentacijo nemogoče in neprimerno soditi o aktivnosti vaše bolezni in predlagati najprimernejšo obliko zdravljenja za vas. Vzroki za kronične bolečine v hrbtenici in v predelu zadnjice so namreč raznovrstni in jih je pogosto težko ločiti. Nema lokrat je v nekem trenutku (obdobju) več vzrokov za bolečine. Različne bolezni, ki se kažejo s podobnimi simptomi, seveda zahtevajo različne terapevtske pristope.

Anteriorni uveitis je izraz aktivne bolezni. Ta zaplet okulisti zdravijo s topičnimi zdravili. Revmatolog se, če ni drugih znakov aktivnosti bolezni, odloči za dodatno zdravljenje z zaviralci dejavnika nekroze tumorjev, kadar oftalmolog presodi, da uveitisa s topičnimi zdravili ne more obvladati.

Imam diagnozo ankilozirajočega spondilitisa. Zasedila sem, da ima eno biološko zdravilo (adalimumab) tudi indikacijo za zdravljenje neinfekcijskega uveitisa, in sicer za intermediarni, posteriorni in panuveitis. Pri meni se en- do dvakrat letno pojavi anteriorni uveitis, zato sklepam, da mi uvedba tega biološkega zdravila najbrž ne bi pomagala pri anteriornem uveitisu. Ali pravilno razmišljam?

Zdravilo adalimumab res ni registrirano za zdravljenje anteriornega uveitisa, v več raziskavah pa se je izkazalo, da pomembno zmanjša pogostost zagonov anteriornega uveitisa v sklopu spondiloartritsov.

Ali obstaja povečano tveganje za srčno-žilna obolenja pri bolnikih z ankilozirajočim spondilitisom? Zakaj?

3–10 % bolnikov z ankilozirajočim spondilitisom ima popuščanje aortne zaklope, lahko pa imajo tudi prevodne motnje, ishemično bolezen srca, možgansko-žilne dogodke. Vzrok za popuščanje aortne zaklopke je vnetje v obroču te zaklopke, ki je podobno vnetju v narastiščih vezi in tetiv na kosti. Ishemična bolezen srca in možgansko-žilni dogodki so lahko kot pri vseh drugih ljudeh povezani z aterosklerozo, h kateri lahko dodatno pomembno prispevata zmanjšana telesna dejavnost zaradi oviranosti in kronično systemsko vnetje. Ker nesteroidni antirevmatiki, ki jih povezujejo s srčno-žilnimi boleznimi,

delujejo protivnetno, naj ti pri bolnikih z ankilozirajočim spondilitisom tveganja za te bolezni ne bi pomembno povečali.

Ali je povprečna življenjska doba bolnikov z ankilozirajočim spondilitisom krajša kot v splošni populaciji?

Pričakovana življenjska doba bolnikov z blago potekajočim ankilozirajočim spondilitisom je enaka kot v splošni populaciji in krajša pri bolnikih s hujše potekajočo obliko bolezni.

Pričakovana življenjska doba bolnikov z blago potekajočim ankilozirajočim spondilitisom je enaka kot v splošni populaciji in krajša pri bolnikih s hujšo potekajočo obliko bolezni.

Z ankilozirajočim spondilitisom živim že 17 let. Za zdaj nimam nobenega dela hrbtenice zatrdelega, imam pa potrjen sakroilitis. Sicer imam aktiven in zdrav življenjski slog. Z bolečinami se večinoma uspešno spopadam, jemljam nesteroidne antirevmatike, redno izvajam telesne vaje in se rekreiram. Zanima me, kakšna je verjetnost, da pri ankilozirajočem spondilitisu nikoli ne zakosteni hrbtenica, saj si želim, da bi moje stanje, kar se tiče gibljivosti in neprizadetosti v smislu funkcionalnih okvar sklepov, ostalo na tako zadovoljivi ravni, kot je zdaj.

Po podatkih iz literature, se pri približno četrtini bolnikov, ki so jih opazovali daljše obdobje, ni razvilo zakostenevanje hrbtenice.

Za posameznega bolnika je težko napovedati potek bolezni in njenih zapletov. S trajanjem bolezni se verjetnost za zakostenevanje hrbtenice povečuje. Bolj so ogroženi moški, ki so zboleli mladi, kadijo in imajo že ob postavitvi diagnoze sindezmozofite (kostne premostitve med telesi vretenc). Po podatkih iz literature, se pri približno četrtini bolnikov, ki so jih opazovali daljše obdobje, ni razvilo zakostenevanje hrbtenice.

Zakaj se revmatolog takoj ob postavitvi diagnoze ankilozirajočega spondilitisa ne odloči za zdravljenje z biološkimi zdravili, saj so menda najučinkovitejša? Ali je smiselno najprej težave omiliti z nesteroidnimi antirevmatikami in šele nato z biološkimi zdravili? Ali je razlog v ceni ali obstaja kakšen drug razlog?

Biološka zdravila (npr. zaviralci dejavnika nekroze tumorjev in interleukina 17) so zelo učinkovita za zdravljenje ankilozirajočega spondilitisa. Res je, da so biološka zdravila dražja od nesteroidnih antirevmatikov, vendar cena ni poglavitni razlog za to, da jih ne prejemajo vsi bolniki s to boleznijo.

Revmatologi se za najustreznejše zdravljenje za vsakega bolnika posebej opiramo na z dokazi podprta priporočila Evropske lige proti revmatizmu (EULAR). Naravni potek ankilozirajočega spondilitisa je pri različnih bolnikih zelo različen. Pri znatnem deležu bolnikov se bolezen umiri sama ali po prehodnem zdravljenju z nesteroidnimi antirevmatikami. Zdravljenje z biološkimi zdravili bi bilo pri tej podskupini bolnikov pretirano in bi jih izpostavljalo možnim neželenim učinkom bioloških zdravil.



Star sem 51 let in ankilozirajoči spondilitis imam že vrsto let. Najprej sem se zdravil z meloksikamom, nato celekoksibom in zdaj z etorikoksibom. Zadnje čase imam povišan pritisk, predvsem spodnji. Zanima me, koliko je vzrok za te težave jemanje etorikoksiba, saj pred tem nisem imel teh težav. Drugo vprašanje: slabše vidim, vid se mi megli, posebej od blizu. Ali je to povezano s staranjem ali so lahko vzrok zdravila oziroma ankilozirajoči spondilitis?

Uporaba nesteroidnih antirevmatikov, kot je etorikoksib, je lahko povezana z zvišanim krvnim tlakom, res pa je tudi, da pogostost arterijske hipertenzije narašča s starostjo. Koristno bi bilo, da s svojim družinskim zdravnikom in revmatologom preverite, ali je (1) res potrebno redno jemati etorikoksiba ali pa bi ga morda lahko jemali le po potrebi, (2) treba začeti ali spremeniti zdravljenje arterijske hipertenzije, (3) mogoče dodatno vplivati na dejavnike tveganja za srčno-žilne bolezni s spremembo življenjskega sloga (npr. vzdrževanje primerne telesne mase, raznovrstna polnovredna prehrana, redna telesna dejavnost) in zdravili (npr. zdravila za zmanjševanje maščob v krvi).

Težave z vidom, ki jih navajate, po opisu sodeč najverjetneje niso posledica aktivnega ankilozirajočega spondilitisa, temveč posledica starostne daljnovidnosti. Vsekakor pa predlagam, da opravite pregled pri okulistu.

Ali morajo bolniki z ankilozirajočim spondilitisom neprestano jemati nesteroidne antirevmatike (v mojem primeru etorikoksib) ali le po potrebi? Ali lahko med seboj kombiniram različne nesteroidne antirevmatike?

V umirjeni fazi bolezni bolnikom nesteroidne antirevmatike predlagamo le po potrebi.

Kombiniranje različnih nesteroidnih antirevmatikov med seboj nikakor ni smiselno, saj se s tem ne poveča njihova učinkovitost, pomembno pa se poveča tveganje za njihove neželene učinke. Bolniki se na različne nesteroidne antirevmatike odzivajo različno. Pri zdravljenju s posameznim nesteroidnim antirevmatikom je vredno vztrajati vsaj dva tedna z največjim priporočenim odmerkom, preden presodimo, da zdravilo ni učinkovito. Zdravljenje z odmerki nesteroidnih antirevmatikov v odmerkih, ki so večji od priporočenih, zaradi povečanega tveganja za neželene učinke odsvetujemo. Kadar bolečine kljub temu vztrajajo, se lahko nesteroidni antirevmatiki kombinirajo s čistimi analgetiki, kot je na primer paracetamol.

Ankilozirajoči spondilitis imam diagnosticiran že od leta 1976. Za občasne bolečine jemljem meloksikam. Občutek imam, da mi uspešno pomaga, ampak prebral sem, da ima veliko neželenih učinkov in slabo vpliva na zdravje. Pozanimal sem se pri drugih sotrpinih, eni so mi priporočali etorikoksib, drugi pa so mi povedali, da lahko povzroča slabosti. Zanima me mnenje glede navedenega in katero zdravilo bi bolj priporočali in bi imelo manj neželenih učinkov. Polega navedenega uživam zdravilo za znižanje krvnega tlaka nifedipin. Pred 10 leti sem imel raka na želodcu in so mi v celoti želodec odstranili. Bil sem tudi na revmatološkem pregledu, pri katerem pa niso videli nobenih zadržkov glede jemanja zdravil zaradi revme in tega, da nimam želodca.

Neselektivni nesteroidni antirevmatiki (npr. diklofenak, naproksen, ketoprofen, ibuprofen) so agresivnejši za prebavila kot koksibi (npr. etorikoksib, celekoksib), vendar se ta prednost koksibov izgubi, če bolnik hkrati jemlje tudi profilaktični odmerek aspirina. V preostalem imajo različni nesteroidni antirevmatiki podobne neželene učinke, zato menim, da pri vas menjava meloksikama, ki ga ocenjujete kot učinkovitega, ni smiselna.





dr. Nataša Gašperšič, dr. med.

Pridružene bolezni in nosečnost

Ali imam kot bolnik z diagnozo ankilozirajočega spondilitisa povečano tveganje še za katero drugo vnetno revmatično bolezen, na primer revmatoidni artritis, psoriatični artritis? Zakaj nekateri bolniki z ankilozirajočim spondilitisom zbolijo tudi za psoriaro ali kronično vnetno črevesno boleznijo?

Možno je, da se pri enem bolniku sčasoma razvije več povsem različnih avtoimunskih bolezni. Ankilozirajoči spondilitis uvrščamo med spondiloartritis, skupino vnetnih revmatičnih bolezni, v katero poleg ankilozirajočega spondilitisa spadajo še psoriatični artritis, artritis pri kronični vnetni črevesni bolezni ali reaktivni artritis. Izkazalo se je namreč, da imajo te bolezni podobno genetsko ozadje, posledično pa prekrivajoče se klinične značilnosti. Te se pojavljajo v različnih zaporedjih. Vsem boleznim je tako skupno vnetje na hrbtenici, vnetje sklepov okončin, vnetje oči, kožne spremembe, med njimi najpogosteje luskavica, in prizadetost prebavil v smislu kronične vnetne črevesne bolezni. Zato ni nenavadno, če se pri bolniku s postavljeno diagnozo ankilozirajočega spondilitisa, pri katerem je v ospredju vnetno dogajanje na hrbtenici, v času bolezni pojavi še katera druga od omenjenih kliničnih slik. Nasprotno pa je zelo redko, da bolnik z ankilozirajočim spondilitisom zboli še za revmatoidnim artritisom.

Imam diagnozi ankilozirajočega spondilitisa in multiple skleroze. Kako zdraviti obe boleznii skupaj?

Bolnikov, ki imajo multiplo sklerozo in poleg te še ankilozirajoči spondilitis, je na srečo malo, po različnih ocenah ima ankilozirajoči spondilitis od 0,03 % do 1,75 % bolnikov z multiplo sklerozo. Demielinizacijska bolezen (kakršna je multipla skleroza) se lahko pojavi tudi ob zdravljenju ankilozirajočega spondilitisa z zdravili zaviralci TNF-alfa. Zato se pri bolnikih z multiplo sklerozo za zdravljenje s temi zdravili običajno ne odločimo oziroma jih ukinemo, če se demielinizacijska bolezen razvije ob zdravljenju z njimi. Nasprotno pa lahko nekatera zdravila ugodno vplivajo na potek obeh bolezni. Takšna zdravila so na primer glukokortikoidi, zdravilo glatiramerijev acetat, ki se uporablja za zdravljenje multiple skleroze, spodbudna so tudi poročila o dobrem učinku zaviralca IL-17, sekukinumaba. Glede na to, da gre za zelo specifične bolnike, je odločanje o vrsti zdravljenja vedno individualno, v sodelovanju lečečega nevrologa, revmatologa in seveda bolnika.

Imam diagnozi ankilozirajočega spondilitisa in fibromialgije. Ali sta boleznii povezani in kako se bolnika zdravi, če ima obe diagnozi?

Gre za različni boleznii. Ankilozirajoči spondilitis je vnetna revmatična bolezen, v ozadju katere je vnetno dogajanje na različnih delih telesa (na skeletu, očeh, koži in sluznicah). Fibromialgija pa je kronični bolečinski sindrom, ki se pojavi samostojno, lahko pa se pridruži drugi boleznii, torej tudi ankilozirajočemu spondilitisu. Osrednji simptom fibromialgije je stalna razpršena skeletno-mišična bolečina, ki pa ni posledica vnetja in ima torej povsem drugačno ozadje od tistega pri ankilozirajočem spondilitisu. Zato tudi zdravila, ki jih uporabljamo za zdravljenje ankilozirajočega spondilitisa, za zdravljenje fibromialgije niso učinkovita. Nemalokrat zato bolniki ob sočasni prisotnosti obeh bolezni zdravljenje ankilozirajočega spondilitisa zmotno ocenjujejo kot neučinkovito. Pri zdravljenju fibromialgije imajo tudi sicer zdravila manj pomembno mesto, saj običajno le malo izboljšajo bolnikove težave. Pomembnejši sta predvsem redna aerobna vadba in kognitivno-vedenjska terapija.

Na kaj vse moram biti pozorna ob načrtovanju nosečnosti in diagnozi ankilozirajočega spondilitisa? Zanima me, kako je z jemanjem zdravil pred nosečnostjo, med njo in po njej. Trenutno je moj ankilozirajoči spondilitis v umirjeni fazi ob terapiji z nesteroidnim antirevmatikom. Ali se lahko simptomi ankilozirajočega spondilitisa med nosečnostjo in po porodu poslabšajo?

Najugodnejši čas za zanositev je gotovo obdobje umirjene bolezni. Pri večini nosečnic ostane bolezen med nosečnostjo in po porodu stabilna. Možno je blago poslabšanje, največkrat se to zgodi v drugem trimesečju. Tudi med nosečnostjo je potrebna redna terapevtska vadba, zdravljenje z zdravili pa prilagajamo aktivnosti bolezni. Izbiramo zdravila, ki so v določenem obdobju nosečnosti varna tudi za otroka. Med najpogosteje uporabljenimi so gotovo nesteroidni antirevmatiki. Te lahko bolnica prejema do 28. tedna nosečnosti, pri čemer priporočamo uporabo tistih iz skupine t. i. klasičnih nesteroidnih antirevmatikov (npr. ibuprofen, naproksen, dikofenak). Za selektivne nesteroidne antirevmatike, imenovane tudi koksibi (npr. etorikoksib, celekoksib), pa za zdaj ni dovolj podatkov o njihovi varni uporabi v nosečnosti, zato jih odsvetujemo.

Ali lahko ankilozirajoči spondilitis povzroči težave z dihanjem? Zakaj so lahko prizadeti tudi drugi organi in sluznice pri diagnozi ankilozirajočega spondilitisa (oči, pljuča, srce, črevesje, ledvica). Ali ne gre samo za sklepno bolezen?

Težave z dihanjem pri ankilozirajočem spondilitisu so mogoče. Vnetje v predelu stikov reber z vretenci in prsnico ter stikov med vretenci povzroča bolečino, ki se lahko pojača ob globokem vdihu in ob nekaterih premikih. Dolgoročno pa vnetno dogajanje v teh predelih privede tudi do zakostenjevanja vretenc, stikov vretenc z rebri in stikov reber s prsnico, kar povzroči zmanjšano razteznost prsnega koša in z njo povezane dihalne težave. Redkeje je pri bolnikih s to boleznijo možno tudi neposredno vnetno dogajanje na pljučnem tkivu in posledično brazgotinjenje pljuča, običajno zgornjih delov obeh pljučnih kril. Bolnikom z ankilozirajočim spondilitisom prav zaradi možnih težav z dihanjem zato še dodatno odsvetujemo kajenje.

Pri ankilozirajočem spondilitisu je res v ospredju vnetno dogajanje na hrbtenici. Vnetni proces pa lahko zajame tudi druga mesta, tako sklepe okončin kot zunajsklepne strukture, npr. na očeh, koži, sluznicah, tudi na srcu in kot že opisano, na pljučih. To vse je del istega bolezenskega dogajanja.

Zakaj smo bolniki z ankilozirajočim spondilitisom nagnjeni k neinfekcijskemu uveitisu? Pri meni se pojavlja izmenično na levem in desnem očesu en- do dvakrat letno.

Neinfekcijski uveitis je eden od možnih zunajsklepnih kliničnih znakov ankilozirajočega spondilitisa. Je torej del bolezni. Na možnost pojava vnetja očesa bolnika tudi opozorimo, saj ga je treba ob zagonu čim prej ustrezno zdraviti. Zdravljenje vodi okulist.

Zakaj me kljub rednemu jemanju nesteroidnih antirevmatikov predvsem ponoči še vedno boli v križu/ hrbtenici, včasih tudi v kolkih?

Nesteroidni antirevmatiki so prvo zdravilo, ki ga uporabimo pri zdravljenju ankilozirajočega spondilitisa. Vedno ga kombiniramo z redno telesno vadbo. Odmerek nesteroidnega antirevmatika se prilagaja izraženosti kliničnih težav. Če te vztrajajo kljub rednemu vsakodnevemu jemanju zdravila v najvišjem dovoljenem dnevnem odmerku (vsaj en mesec redne terapije, z vsaj dvema nesteroidnima antirevmatikoma), to pomeni, da niso dovolj učinkovita. V tem primeru je treba razmisliti o uvedbi bioloških zdravil.





Dean Sinožić, dr. med.

Pravo zdravilo pravi čas. Želeni in neželeni učinki.

Ali lahko med seboj kombiniram različne nesteroidne antirevmatike? Ali se lahko pri ankilozirajočem spondiloartritisu uporabljajo samo protibolečinska zdravila? Kdaj in koliko?

Kombinacija dveh ali več nesteroidnih antirevmatikov hkrati ni dovoljena ali priporočljiva, saj se poveča le tveganje za zaplete na prebavilih ali ledvicah. Pri ankilozirajočem spondiloartritisu se lahko uporabljajo le protibolečinska zdravila, če nesteroidni antirevmatiki niso učinkoviti ali je uporaba teh prepovedana zaradi alergije, neželenih učinkov ali sočasnih bolezni, kot so srčno-žilna, možgansko-žilna, gastrointestinalna ali ledvična obolenja, pri katerih je mogoče pričakovati več škode kot koristi. Glede na to, da je osnovni bolezenski proces pri tej bolezni vnetje, so ta zdravila manj učinkovita, kot so nesteroidni antirevmatiki in biološka zdravila.

Ali morajo bolniki z ankilozirajočim spondilitisom neprestano jemati nesteroidne antirevmatike (v mojem primeru etorikoksib) ali le po potrebi?

Če je bolezen aktivna ali so stalno prisotni simptomi, se priporoča stalno jemanje nesteroidnih antirevmatikov, v vašem primeru etorikoksib, a v najmanjšem še učinkovitem odmerku.

Kdaj se glukokortikoidi (metilprednizolon) uporabljajo pri zdravljenju ankilozirajočega spondilitisa? Kdaj, zakaj, učinki na izboljšanje stanja, koliko časa in njegovi neželeni učinki?

Glukokortikoidi se uporabljajo pri ankilozirajočem spondiloartritisu le v primeru prizadetosti perifernih sklepov, kit ali vezi.

Glukokortikoidi se uporabljajo pri ankilozirajočem spondiloartritisu le v primeru prizadetosti perifernih sklepov, kit ali vezi. Uporabljamo jih takrat, ko z nesteroidnimi antirevmatiki in/ali biološkimi zdravili ne dosežemo pričakovanega izboljšanja oziroma teh zdravil ne smemo uporabiti zaradi sočasne prisotnosti drugih bolezni ali alergij. Uporabljamo jih lahko lokalno, z vbizgavanjem zdravila v prizadete sklepe ali sistemsko v obliki tablet ali injekcij, ki jih dajemo v mišico ali žilo. Pri prizadetosti hrbtenice pa sistemskih glukokortikoidov načeloma ne uporabljamo. Glukokortikoidi so zelo močna protivnetna zdravila, tako da v večini primerov pričakujemo zelo hitro izboljšanje simptomov in znakov bolezni.

Zaradi njihovih neželenih učinkov pri dolgotrajni uporabi jih poskušamo uporabljati čim krajši čas.

Zaradi njihovih neželenih učinkov pri dolgotrajni uporabi jih poskušamo uporabljati čim krajši čas, vendar je to odvisno od aktivnosti bolezni in učinkovitosti zdravljenja z drugimi zdravili.

Neželeni učinki so lahko številni: zadrževanje tekočine in prerazporejanje maščobe v telesu (lunast obraz, bikov vrat), povečanje telesne teže, arterijska hipertenzija, katarakta, pojav ali poslabšanje sladkorne bolezni, pojav osteoporoze, strij, aken, tanjšanje kože, podplutbe, poveča se tveganje za okužbe ipd.

Kaj so imunomodulirajoča zdravila, kakšen je njihov mehanizem delovanja in kdaj se uporabljajo za zdravljenje ankilozirajočega spondilitisa? Ali lahko metotreksat ali leflunomid povzroči nenormalno delovanje jeter?

Imunomodulatorna zdravila vplivajo na delovanje imunskega sistema. Pri avtoimunskih boleznih v revmatologiji, pri katerih je imunski sistem pretirano in nepravilno aktiviran ter napada lastne celice, uporabljamo t. i. imunosupresivna zdravila, ki jih imenujemo zdravila, ki spreminjajo potek bolezni. To so zdravila, ki zavrejo nepravilno delovanje imunskega sistema. Poznamo sintezna zdravila, ki spreminjajo potek bolezni, kot so metotreksat in sulfasalazin, ter biološka zdravila, ki jih glede na mehanizem delovanja pri ankilozirajočem spondilitisu delimo na zaviralce TNF alfa in zaviralce IL-17.

Pri ankilozirajočem spondilitisu uporabljamo metotreksat in sulfasalazin le pri prizadetosti perifernih sklepov, pri bolnikih, ki imajo prizadeto hrbtenico, pa ne učinkujejo. Obe zdravili sta hepatotoksični, kar pomeni, da se lahko pojavijo motnje v delovanju jeter. Prav zaradi tega bolnike, ki jemljejo taka zdravila, redno laboratorijsko kontroliramo. Če se spremembe pojavijo in vztrajajo, zdravili ukinemo in neželeni učinki izzvenijo.

Kakšen vpliv imajo različna zdravila (nesteroidni antirevmatiki, zdravila, ki spreminjajo potek bolezni) na motnje potence in erekcije pri moškem z diagnozo ankilozirajočega spondilitisa?

Pri uporabi nesteroidnih antirevmatikov niso zaznali težav s potenco ali erekcijo. Pri nekaterih zdravilih, ki spreminjajo potek bolezni, so v zelo redkih primerih poročali o izgubi libida in impotenci (metotreksat), pri leflunomidu in sulfasalazinu pa o prehodnem zmanjšanju števila spermijev ali zmanjšanju njihove gibljivosti, vendar ne o zmanjšani želji po spolnosti. Tudi v zvezi z biološkimi zdravili so redka poročila o erektilni disfunkciji ali motnji potence.

V zvezi s svojo boleznijo imam veliko nerešenih vprašanj. V revmatološko ambulanto sem bila najprej napotena leta 2015 zaradi ugotovljene osteoporoze, za katero sem se zdravila od leta 2011. Enkrat mesečno sem jemala ibandronsko kislino in kapljice vitamina D (35 kapljic/teden). Po kontrolnih pregledih krvi in urina v revmatološki ambulanti so bili vsi izvidi v letih 2015 in 2016 brez posebnosti. V letu 2017 je bil test na prisotnost antigena HLA-B27 pozitiven. V istem letu sem opravila tudi MR SIS - izvid: obojestranski aktivni sakroiliitis. Prejemam etorikoksib, 90 mg/dan. Ker nimam bolečin, zdravila nisem jemala. V letu 2018 sem znova opravila MR SIS, izvid: lažji levostranski aktivni sakroiliitis. V izvidu revmatologa je navedena diagnoza: seronegativni spondiloarthritis. Predpisal mi je etorikoksib, 90/mg vsak dan, 1 tableta, fizioterapijo, redno telesna aktivnost in vaje za hrbet. Lečeči zdravnik v ambulanti družinske medicine mi je povedal, da je to ankilozirajoči spondilitis in da naj etorikoksib vzamem ob bolečinah. Tako ga najpogosteje vzamem na približno 14 dni ali redkeje in ga jemljem po 3 dni skupaj, potem mi bolečine v križu izginejo. Fizioterapijo sem obiskala zaradi bolečin v komolcu: epikondilitis, druge fizioterapije nisem imela. Enkrat tedensko telovadim v okviru organizirane vadbe Društva revmatikov Slovenije in redno hodim, približno 60 minut na dan. Letos sem po opravljeni meritvi kostne mase prejela navodila, naj zaradi poslabšanja stanja preneham jemati ibradonsko kislino. Zdaj jemljem kalcijev karbonat in 50 kapljic Plivita D na teden. Ves čas jemljem tudi bisoprolol, 2,5 mg na dan, zaradi zvišanega tlaka. Zdaj pa mi je lečeči zdravnik predpisal še rosuvastatin, 10 mg, ki ga zelo težko prenašam, saj me ponoči sili na zelo intenziven kašelj. Moja vprašanja so: Kakšna je sploh moja diagnoza? Kakšen bo potek bolezni? Kakšno bi moralo biti zdravljenje in ali so zdravila, ki jih prejemam, med seboj kompatibilna?

Ankilozirajoči spondilitis je kronična vnetna revmatološka bolezen, ki spada v skupino spondiloartritisov. Za postavitev diagnoze te bolezni morajo biti poleg kliničnih meril izpolnjena tudi rentgenska merila (newyorška merila iz leta 1984). Za bolnike v zgodnji fazi bolezni, pri katerih še niso vidni tipični rentgenski znaki bolezni, značilni za ankilozirajoči spondilitis, vendar izpolnjujejo klinična merila za spondiloarthritis in so prisotni objektivni znaki, kot so zvišani vnetni kazalniki, in/ali so na magnetnoresonančni tomografiji vidni znaki vnetja sakroiliakalnih sklepov, pa pravimo, da imajo aksialni spondiloarthritis.

Gre za predrentgensko fazo bolezni, ki nam je omogočila zgodnejšo prepoznavo bolezni ter zgodnejši in učinkovitejši začetek zdravljenja. V vašem primeru gre najverjetneje za aksialni spondiloarthritis, za dokončno potrditev diagnoze ankilozirajočega spondilitisa pa bi bilo treba opraviti rentgensko slikanje sakroiliakalnih sklepov. V dveh letih se pričakuje, da bo 12 % bolnikov z aksialnim spondiloartritisom razvilo ankilozirajoči spondilitis.

Večinoma se bolezen kaže s prizadetostjo hrbtenice, ki sčasoma vodi v postopno zmanjšano gibljivost hrbtenice. Značilno se pojavlja pred 40. letom starosti, z bolečino v hrbtenici, ki je hujša v mirovanju, zlasti je bolečina bolj intenzivna ponoči, prisotna je jutranja okorelost, bolečina pa se zmanjša po gibanju.

Potek bolezni oziroma aktivnost le-te je lahko različna, od zelo blage oblike do hujše potekajoče bolezni, ki se kaže s stalnimi hudimi bolečinami in razmeroma hitro izgubo gibljivosti v hrbtenici. Zdravljenje z neselektivnimi in selektivnimi antirevmatikami, kot je v vašem primeru etorikoksib, je običajno in se uporablja pri vseh bolnikih s to boleznijo, razen v primeru kontraindikacij. Če je bolezen aktivna oziroma ima bolnik stalne bolečine, se priporoča stalno jemanje teh zdravil, sicer pa le občasno, ob poslabšanju bolezni. V primeru zmanjšanja stopnje bolečine se priporoča vzdrževalni odmerek etorikoksiba 60 mg/dan. Redna telesna vadba je sestavni del zdravljenja te bolezni.

Zdravljenje z etorikoksibom in odmerjanje sta v vašem primeru ustrezna. Pri hujši potekajoči bolezni imamo na razpolago biološka zdravila.

Zdravila, ki jih sočasno prejimate za osteoporozo in zvišano raven maščob, so združljiva z etorikoksibom, pri bisoprololu, ki ga jemljete za zdravljenje arterijske hipertenzije, pa je mogoč njegov zmanjšani učinek na ureditev krvnega tlaka. Glede zdravljenja osteoporoze in pridruženih bolezni priporočam, da se posvetujete z izbranim zdravnikom.

Imam ankilozirajoči spondiloartritis in se trenutno zdravim z etorikoksibom. Bolečine so še vedno prisotne vsak dan, včasih so zelo hude, čeprav menim, da imam visok bolečinski prag. Kaj pridobim z biološkimi zdravili? Vidim, da je kar nekaj mlajših bolnikov hitro prešlo na biološka zdravila.

Če je bolezen aktivna in se bolečina v hrbtenici zadovoljivo ne umiri po dveh zdravilih iz skupine nesteroidnih antirevmatikov, ki se jemljejo skupno štiri tedne, se v zdravljenje, če ni kontraindikacij, uvedejo biološka zdravila. Biološka zdravila so pri večini bolnikov dobro obnesejo oziroma pričakujemo zmanjšanje vnetja in bolečin. Cilj zdravljenja je popolno umirjanje bolezni ali da ste brez kakršnihkoli težav. Pri približno tretjini bolnikov lahko pričakujemo nezadosten učinek tudi s temi zdravili, vendar imamo na voljo različne skupine bioloških zdravil, tako da imajo bolniki na voljo več možnosti.

Zanima me, kdaj se revmatolog odloči za biološka zdravila pri zdravljenju ankilozirajočega spondiloartritisa, katere so prednosti in slabosti oziroma neželeni učinki? Koliko časa se mora bolnik, ki se mu predpiše biološko zdravilo, zdraviti?

Pri zdravljenju ankilozirajočega spondiloartritisa s prizadetostjo hrbtenice se za uvedbo bioloških zdravil lahko odločimo v primeru aktivne bolezni že po enem do dveh mesecih neuspešnega zdravljenja z dvema nesteroidnima antirevmatikoma v polnem odmerku, seveda ne v kombinaciji, temveč sprva poskusimo z enim, če ta ni dovolj učinkovit, ga zamenjamo z drugim nesteroidnim antirevmatikom.

Prednost v primerjavi z nesteroidnimi antirevmatiki je predvsem boljša učinkovitost, če po nesteroidnih antirevmatikih ni želenega izboljšanja. Za zdravljenje ankilozirajočega spondiloartritisa imamo na razpolago dve skupini bioloških zdravil, in sicer zaviralce TNF alfa in zaviralce interleukina 17.

Biološka zdravila vplivajo na imunski sistem tako, da zavirajo njegovo delovanje, zato so bolniki, ki jemljejo ta zdravila, dovzetnejši za okužbe. Med neželene učinke štejemo reakcije na mestu vboda in alergične reakcije. Pri inhibitorjih TNF alfa se občasno pojavijo še glavobol, mišičnoskeletna bolečina, vpliv na presnovo maščob, spremembe razpoloženja, vrtoglavica, šumenje v ušesih, zvišanje krvnega tlaka, bolečine v trebuhu, vpliv na delovanje jeter ipd., pri inhibitorjih interleukina 17 pa driska, koprivnica in vnetja veznic.



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

Biološka zdravila

Kateri so najpogostejši stranski učinki bioloških zdravil in na kaj vse mora biti bolnik ob jemanju teh pozoren? Ali lahko biološka zdravila povzročijo ali poglobijo napad tesnobe in kako se s tem spopadati? Katera biološka zdravila so najprimernejša, najboljša oziroma imajo najboljše rezultate za ankilozirajoči spondilitis?

Najpogostejši neželeni učinek bioloških zdravil, ki jih bolniki prejemajo podkožno, je reakcija na mestu vboda. Ta je lahko posledica preobčutljivosti na zdravilo ali topilo oziroma dodatek zdravilu, lahko pa je tudi posledica napačne aplikacije – najpogosteje preplitvo v zgornjo plast kože. Redkeje opazimo zmanjšano odpornost na okužbe, kar je pogosteje v prvih šestih mesecih zdravljenja, lahko se aktivira tuberkuloza, možno je pojavljanje avtoimunskih fenomenov, redko je možna sistemska preobčutljivostna reakcija (anafilaksija).

Če bolniki nimajo znanih psihičnih bolezni, na primer hujše depresije, ni znano, da bi biološka zdravila povzročala napade tesnobe.

Pri ankilozirajočem spondilitisu se najpogosteje uporabljajo zaviralci citokina TNF alfa. Z njimi je tudi največ izkušenj. V zadnjih letih imamo na razpolago tudi zaviralce drugih citokinov na primer interlevkina 17A, ki je prav tako učinkovito zdravilo, vendar je z njim nekaj manj izkušenj.

Kako zmanjšati stranske učinke bioloških zdravil kljub temu, da bolečine v sklepih in hrbtenici zelo omilijo? Ali lahko bolnik zavrne jemanje bioloških zdravil?

Neželene učinke bioloških zdravil poskušamo zmanjšati s kakovostno predhodno obravnavo bolnika, ki je kandidat za takšno zdravljenje. Izključiti je treba kronična vnetja, zlasti spečo tuberkulozo in virusni hepatitis, preveriti morebitne alergije, pešanje srca ali prebolele oziroma še prisotne novotvorbe. Ko bolnik zdravila že prejema, svetujemo zdrav življenjski slog z zmanjšanjem morebitne čezmerne telesne teže, odsvetujemo kajenje in redno uživanje alkohola ter cepljenje proti sezonski gripi.

Ali se lahko bolnik z ankilozirajočim spondilitisom, ki jemlje biološka zdravila, cepi proti gripi? Ali se lahko bolnik z ankilozirajočim spondilitisom, ki jemlje biološka zdravila, cepi proti klopnemu meningoencefalitisu?

Bolnik se lahko cepi z vsemi mrtvimi cepivi. To so cepiva, ki ne vsebujejo oslabljenih mikroorganizmov ali njihovih aktivnih komponent. Pri cepljenju proti sezonski gripi gre praviloma za mrtvo cepivo, vsekakor je treba to pred vsakoletnim cepljenjem preveriti v cepilnem centru, ki je v sklopu NIJZ. Enako velja za cepljenje proti klopnemu meningoencefalitisu.

Ali si lahko apliciraš injekcijo adalimumaba pri prehladu?

Kadar gre za lažjo obliko bolezni, ki poteka samo z nahodom, brez prizadetosti drugih dihal in brez temperature in drugih splošnih znakov okužbe (slabost, glavobol, mišične in sklepne bolečine, siljenje na bruhanje ...), menim, da ni zadržkov za nadaljevanje zdravljenja z adalimumabom.

Ali lahko bolnik z ankilozirajočim spondilitisom, ki uporablja biološka zdravila proti bolečinam, uporablja tudi CBD-smolo?

Problem kanabinoidov na našem trgu je, da pogosto uporabnik ne pozna odmerka učinkovine v posameznem preparatu smole. Zato je jemanje teh zdravil zelo vprašljivo. V sodobni revmatologiji velja, da imamo na razpolago dovolj preverjenih zdravil, s katerimi lahko dosežemo cilj zdravljenja, to je umiritev ali zelo majhna aktivnost bolezni. Zato ne svetujem jemanja omenjenih nepreverjenih pripravkov.

Ne morem spati več kot dve do tri ure, ker so moje bolečine tako hude. Raztegujem se pred spanjem in ko vstanem iz postelje. Nič ne pomaga! Kakšni predlogi? Prejemam golimumab in mislim, da ne deluje.

Nočna bolečina je pri ankilozirajočem spondilitisu eden od pokazateljev aktivne bolezni. Zato svetujem, da pri lečečem revmatologu preverite, ali so prisotni tudi drugi pokazatelji aktivnosti bolezni. Najverjetneje bo potrebno opraviti dodatne slikovne preiskave. V primeru pozitivnosti preiskav bo treba biološko terapijo zamenjati.

Če se bolniku z ankilozirajočim spondilitisom bolezen ob prejetju biološke terapije povsem umiri in se spravi v remisijo, ali in kdaj lahko takšen bolnik preneha z zdravljenjem z biološkim zdravilom? Ali bo tudi po prekinitvi zdravljenja bolezen ostala v remisiji? Kakšne so izkušnje stroke in smernice glede tega?

Če je bolnik v remisiji - popolnoma umirjena bolezen - več kot eno leto (po nekaterih podatkih zadostuje že več kot šest mesecev), je treba razmišljati o zmanjšanju odmerka zdravila ali podaljšanju intervala med posameznimi odmerki. Če je tudi po tem spremenjenem načinu zdravljenja bolnik še vedno v popolni remisiji (po približno enem letu), lahko bolnik in revmatolog skupaj razmislita o prekinitvi zdravljenja z biološkim zdravilom. Zagotovila, da bo bolezen v remisiji tudi po prekinitvi zdravljenja, ni.

Ali lahko biološka zdravila povzročajo rdeče madeže, podobne mozoljčkom na obrazu?

Biološka zdravila lahko povzročajo kožne preobčutljivostne reakcije, kar pa praviloma niso mozolji. Ker zmanjšajo telesno odpornost proti infekcijam, se lahko pri nekaterih bolnikih pojavijo kožni izpuščaji, podobni mozoljem, vendar praviloma ne samo po obrazu. Vsekakor je treba obiskati zdravnika in po njegovi presoji tudi revmatologa ali dermatologa.



Prim. Vlasta Petric, dr. med.

Zdraviliško zdravljenje in še malo mešano

Od leta 2008 uporabljam adalimumab, ki je izjemno dobro deloval. Gibalne funkcije so bile zelo izboljšane, tako da sem se bil zmožen ukvarjati z vztrajnostnim tekom in drugimi športi. Pred nekaj meseci se mi je pojavil visok krvni tlak. Nato sem po nasvetu zdravnika jemal ibuprofen in po tednu dni ni bilo več potrebe po jemanju. Ves čas sledenja tlaka se je tlak zvišal po približno sedmih dneh od aplikacije adalimumaba, ki se vbrizga na tri tedne. Dvakrat po aplikaciji je bil tlak visok po enem tednu, potem pa raste in pada. Opaziti je bilo neko aritmijo srca in vsake toliko časa neurejeno dihanje. Trenutno jemljem prehransko dopolnilo Tensivel in je stanje malo boljše. V drugi polovici maja imam UZ-pregled srca, ker je bila na EKG opažena neka motnja. Zanima me vaše mnenje o vplivu adalimumaba na tlak in aritmijo ter predlog, kaj storiti. Trenutno sem izpustil dve aplikaciji (na predlog zdravnika), do informacije z UZ-pregledom in pregleda pri revmatologu, to je konec maja.

Tako zvišan krvni tlak kot aritmija sta med pogostimi možnimi neželenimi učinki adalimumaba, kar pomeni, da se pojavljata povprečno pri 1 od 100 bolnikov. Tudi po jemanju nesteroidnih protivnetnih zdravil, med katera spada ibuprofen, je mogoč porast krvnega tlaka. O primernosti nadaljevanja zdravljenja s temi zdravili se boste pogovorili s svojim revmatologom, ko boste opravili preiskave, ki ste jih navedli. Vsekakor pa boste potrebovali tudi zdravila za ureditev krvnega tlaka.

Ali lahko zdravila, kot so metamizol, etorikoksib in naproksen, sočasno jemljemo z metotreksatom oz. z biološkimi zdravili?

Metamizol lahko zviša koncentracijo metotreksata v krvi in tako povzroči toksične učinke metotreksata. Kot zdravilo proti sklepnim bolečinam ga pri zdravljenju vnetnih revmatičnih bolezni običajno ne predpisujemo. Nasprotno pa zaradi protivnetnega učinka etorikoksib ali naproksen kar pogosto predpisujemo bolnikom, ki jemljejo tudi metotreksat in/ali biološko zdravilo. Ob skrbnem laboratorijskem nadzoru je sočasno zdravljenje z navedenimi zdravili varno.

Spoštovani, že več kot 30 let imam ankilozirajoči spondilitis, zdravili so me s nesteroidnimi antirevmatikami in večkrat sem bila tudi na zdravljenju v zdravilišču. Težave so bile kar hude, po zdravljenju v zdravilišču so se razmere izboljšale in še sama sem bila potem malo bolj motivirana za redno telesno dejavnost. Trenutno se zdravim z zdravilom golimumab - enkrat mesečno. Zanima me, ali mi res več ne pripada napotitev na zdraviliško zdravljenje? Kdaj je bolnik z ankilozirajočim spondilitisom upravičen do zdraviliškega zdravljenja?

Rehabilitacija v naravnih zdraviliščih združuje ugoden učinek naravnih dejavnikov, zlasti vode, s sodobnimi postopki fizioterapije in delovne terapije. V skladu s 45. členom Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja je pri kroničnih vnetnih revmatičnih boleznih upravičena, kadar težje funkcionalne prizadetosti sklepov ali hrbtenice ni mogoče obvladati le z zdravili. Danes z uporabo bioloških zdravil v večini primerov uspešno spremenimo potek ankilozirajočega spondilitisa, ga umirimo, zmanjšamo ali celo preprečimo nastanek funkcionalne okvare in so napotitve v zdravilišče manj pogoste. A bolnike poučimo o nujnosti redne vsakodnevne telesne vadbe. Ta je ključna za vzdrževanje mišične moči, gibljivosti sklepov in hrbtenice ter telesno in duševno sprostitvev in nobeno zdraviliško zdravljenje, naj bo še tako pogosto, je ne more povsem nadomestiti.

Nikjer ni natančno napisano, kako lahko jemljemo golimumab, če jemljemo antibiotik.

V primeru zdravljenja bakterijske okužbe z antibiotikom je treba zdravljenje z golimumabom odložiti, dokler okužba ni ozdravljena.

Če si bolnik pozabi injicirati zdravilo golimumab na načrtovani datum, kdaj si mora injicirati pozabljeni odmerek? Ali takoj, ko se spomni, ali mora počakati na naslednji datum, predviden za injiciranje?

Zdravilo si injicira takoj, ko se spomni, oziroma čim prej po načrtovanem datumu. Potem naslednji odmerek zdravila vzame znova en mesec po zadnjem odmerku.

Kako pogosto bi moral bolnik z ankilozirajočim spondilitisom hoditi na redne kontrole k revmatologu, če je bolezen umirjena? Sam sem tokrat naročen na kontrolni pregled šele čez eno leto in pol. To se mi zdi zelo dolg čas. Ali je to praksa pri vseh bolnikih z ankilozirajočim spondilitisom, ki imamo umirjeno bolezen?

Bolnike, pri katerih je bolezen v remisiji, torej umirjena, naročamo na kontrolni pregled enkrat letno, obdobje do naslednjega pregleda pa je lahko tudi daljše. Smiselno bi seveda bilo pogostejše spremljanje stanja bolnika, a zaradi pomanjkanja revmatologov v Sloveniji za zdaj to ni izvedljivo.

Zakaj so čakalne dobe za prvi pregled pri specialistu revmatologu tako dolge?

Predlagam, da preberete uvod v tej knjižici. Poleg tega zaradi pomanjkanja družinskih zdravnikov, ki imajo manj časa za pregled bolnika, so napotitve specialistom vse pogostejše. Neredko tudi bolniki sami zahtevajo pregled pri revmatologu, čeprav družinski zdravnik ugotovi na primer osteoartrozo, za kar pregled pri revmatologu sploh ni potreben. Poleg tega se nekateri bolniki pregleda v revmatološki ambulanti, na katerega so naročeni, sploh ne udeležijo, se ne odjavijo in tako zasedejo termin drugim.

Velja še poudariti, da v Sloveniji bolniki z revmatoidnim artritismom in gigantoceličnim arteritisom pridejo na pregled prej kot v večini držav zahodne Evrope.



Kaj lahko sam storim, da čim bolj obvladam simptome ankilozirajočega spondilitisa? Zakaj se tako poudarja pomen gibanja in redne telesne vadbe pri bolniku z ankilozirajočim spondilitisom? Ali moram telesne vaje redno izvajati tudi, če sem na biološki terapiji in nimam več posebnih težav?

Z biološkimi zdravili lahko danes pri ankilozirajočem spondilitisu res učinkovito zavremo bolezenski proces in bolezen tako umirimo, da so bolniki brez težav. A gibljivo hrbtenico, krepke mišice in normalno telesno držo lahko vzdržujemo z redno telesno vadbo. Priporočene so vaje za ohranjanje gibljivosti in raztezanje, nato vaje za moč in vaje za vzdržljivost. Z dihalnimi vajami ohranjamo gibljivost prsnega koša in predihanost pljuč. Koristni športi so plavanje, hoja in tek po mehki podlagi, badminton, namizni tenis in tek na smučeh. Z redno telesno dejavnostjo tudi vzdržujemo primerno telesno težo in poskrbimo za sprostitve.



Doc. dr. Iztok Holc, dr. med.

Delo in prosti čas

Kakšen šport je najprimernejši za bolnike z ankilozirajočim spondilitisom in kateri se odsvetuje? Ali smem še vedno smučati, če imam ankilozirajoči spondilitis? Smučam že vse življenje in mi to veliko pomeni.

Za bolnike z ankilozirajočim spondilitisom so primerni športi, pri katerih ni zelo hitrih, nenadnih sprememb smeri in sil, ki delujejo na hrbtenico, na primer plavanje. Pri bolnikih z okostenelo hrbtenico so možne hude poškodbe že ob manjšem padcu, zato smučanje seveda ni priporočljivo. Če kostnih premostitev ni, tudi ni ovir za smučanje in druge športe.

Kakšen je učinek kajenja na aktivnost boleznin in funkcionalno delovanje bolnikov z ankilozirajočim spondilitisom?

Ankilozirajoči spondilitis prizadene pljuča najpogosteje zaradi nezmožnosti gibanja prsnega koša, redko bolezen prizadene pljuča. Bolniki z ankilozirajočim spondilitisom imajo normalne vrednosti pljučnih funkcij ali pa se pojavi restriktivna motnja dihanja. Zmanjšanje pljučne funkcije je sorazmerno z zmanjšanjem gibljivosti hrbtenice. Kajenje še dodatno okvari pljuča, zato vsekakor odsvetujemo kajenje pri bolnikih, ki imajo ankilozirajoči spondilitis. Poleg tega imamo dokaze, da prenehanje kajenja zmanjša aktivnost ankilozirajočega spondilitisa, izboljša kakovost življenja in poveča funkcionalno zmogljivost bolnikov.

V službi težko sedim osem ur za računalnikom, temu se žal ne morem izogniti. Med sedenjem večkrat vstanem in se pretegnem, a vseeno imam precej težav z bolečinami predvsem v predelu med lopaticama. Poleg tega težko zdržim dolgotrajno sedenje v vozilu ali dolgotrajno stanje na mestu. Ali imate kakšen predlog, kako si lahko pomagam, da bi imel manj težav?

V avtomobilu je zaželeno, da se večkrat ustavite in v teh postankih opravite tudi nekaj manjših vaj.

Dolgotrajno sedenje vsekakor ni zaželeno pri bolnikih, ki bolehalo zaradi ankilozirajočega spondilitisa. Če se dolgotrajnemu sedenju ne morete izogniti, je smotrno čim več gibanja takrat, ko je to mogoče (v prostem času), lahko pa si priskrbite tudi ustrezen stol, pri katerem hrbtenica ne bo v mirovanju. To je stol, na katerem je sedenje podobno sedenju na veliki žogi, kar hrbtenici omogoči, da je ves čas v gibanju. Glede potovanja v avtomobilu je zaželeno, da se večkrat ustavite in v teh postankih opravite tudi nekaj manjših vaj. Tudi dolgotrajnemu stanju se je treba izogibati in ga občasno prekiniti ali povsem nadomestiti z gibanjem.

Ali bi morala spati brez vzglavnika, da preprečim ukrivljenost v vratu?

Uporabite tanjši vzglavnik ali takšnega s fiziološko podporo vratni krivini.

Da se izognemo nadaljnjim deformacijam, je bolje uporabiti tanjši vzglavnik ali takšnega s fiziološko podporo v vratni krivini.

Imam ankilozirajoči spondilitis. V nekaterih knjigah sem prebral, da sta za bolnike s tem spondilitisom priporočljiva trdo ležišče in nizko vzglavje. Ali to drži in zakaj?

Nekateri priporočajo čvrstejša ležišča in nizek vzglavnik, ker naj bi preprečevala nadaljnje deformacije hrbtenice. Trdnih dokazov o tem ni.

Kako naj si pomagam, da bom ob diagnozi ankilozirajočega spondilitisa bolje spala? Ali je med spanjem priporočljivo podlaganje kolkov in kolen z blazinami?

Svetovan je nizek vzglavnik (seveda ob upoštevanju ukrivljenosti hrbtenice). S podlaganjem kolkov in kolen pa moramo biti previdni, saj lahko to omogoči, da se prej pojavijo kontrakture v sklepih zaradi zmanjšane uporabe in nepregibanja v sklepih. Mišice, ki sklepe upogibajo (fleksorji), so močnejše od mišic, ki sklepe iztezajo (ekstenzorji). Zato je vsakršno podlaganje kolen neželjeno, ker vodi v večje tveganje za izgubo gibljivosti v sklepu, predvsem se bojimo nezmožnosti popolnega iztega v tem sklepu. Torej podlaganje kolen absolutno odsvetujemo.

Ali obstajajo kakršne koli opornice za hrbet/vrat za vzdrževanje drže, ki jo trenutno imam, in za odpravo nadaljnega ukrivljanja?

Ukrivljenost vratu in hrbtenice naprej je problem bolnikov z ankilozirajočim spondilitisom. Nošnja opornic ni praktična niti ne prepreči napredovanja sprememb v hrbtenici. Stremeti je treba predvsem k rednemu jemanju zdravil in redni vsakodnevni telesni vadbi, ki sta zelo pomembna za preprečevanje trajnih okvar na hrbtenici pri bolnikih z ankilozirajočim spondilitisom.





Dr. Aleš Ambrožič, dr. med.

Prehrana in življenje z boleznijo

Zaradi ankilozirajočega spondilitisa imam ukrivljeno hrbtenico. Ali se hrbtenica lahko poravna z operacijo?

Da. Pri izraziti ukrivljenosti hrbtenice se lahko opravi operativni poseg (korektivna osteotomija), s katerim se zmanjša ukrivljenost ledvene, prsne ali vratne hrbtenice. Korekcijo vratne hrbtenice izvajajo redkeje, ker je veliko bolj tvegana.

Na kaj moram biti pozorna kot bolnica z ankilozirajočim spondilitisom pri dvigovanju težjih bremen? Koliko kilogramov težko breme sploh lahko dvigujem? Ali so masaža hrbta, akupunktura in obisk kiropraktika varni za bolnike z ankilozirajočim spondilitisom?

Bolniki z ankilozirajočim spondilitisom morajo biti tako kot tudi drugi zdravi ljudje pozorni na pravilen način dvigovanja bremen. Ni predpisane omejitve teže bremen, gre za individualne značilnosti, povezane z izraženostjo bolezni, fizično zmogljivostjo in močjo. Pravilno izvedena masaža hrbta in akupunktura sta varni metodi, vendar zaradi pomanjkanja dokazov o pomembnem vplivu na potek bolezni nista zajeti v priporočilih mednarodnih revmatoloških združenj

za zdravljenje ankilozirajočega spondilitisa. Za kiropraktiko je v literaturi več poročil o hudih neželenih učinkih (poškodbah) pri manipulaciji hrbtenice tudi pri ljudeh brez ankilozirajočega spondilitisa.

Revmatičnim bolnikom (ankilozirajoči spondilitis) lahko vožnja avtomobila zaradi prizadetih sklepov in bolečin povzroča kar nekaj težav. Še težje jim je, če ne morejo voziti, saj jim pogosto prav vožnja omogoča boljšo mobilnost. Kdaj se torej revmatiki lahko usedejo za volan in se varno podajo v promet?

Revmatiki se tako kot drugi vozniki lahko podajo v promet le takrat, ko lahko varno upravljajo vozilo in lahko upoštevajo vse cestnoprometne predpise. Izrazito zavrta gibljivost vratu lahko onemogoči varno vožnjo bolnikov z ankilozirajočim spondilitisom. Huda bolečina zmanjša pozornost bolnika, zato omeji sposobnost vožnje. Upravljanje vozil je prepovedano v primeru uporabe zdravil, ki vplivajo na zmožnost vožnje (npr. opioidni analgetiki). Če gre za kronične spremembe sklepov, o sposobnosti upravljanja vozila odloča zdravnik specialist medicine dela, prometa in športa.

Katere študije potekajo in kateri so dokazi o učinkovitosti komplementarnih in alternativnih metod in načinov zdravljenja ankilozirajočega spondilitisa?

Ni možnosti pregleda trenutno potekajočih študij o učinkovitosti komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja ankilozirajočega spondilitisa. Z dokazi podprti nefarmakološki načini zdravljenja ankilozirajočega spondilitisa so zajeti v priporočilih mednarodnih revmatoloških združenj in vključujejo fizikalno terapijo in redno telesno vadbo. Najboljši učinek se doseže s kombinacijo aerobne vadbe in vajami za moč. V eni raziskavi je obsevanje z nizkoenergijskim laserjem zmanjšalo bolečino še osem tednov po koncu terapije, za zanesljivejše sklepane ugotovitve pa so potrebne dodatne raziskave. Vse druge metode (npr. masaža, akupunktura, zdravilna sredstva z nepreverjeno sestavo in količino potencialno učinkovitih snovi ipd.) lahko prehodno olajšajo nekatere simptome, ni pa trdnih dokazov, da bi vplivale na potek bolezni.

Zanima me, ali lahko prehrana vpliva na vnetne procese pri ankilozirajočem spondilitisu. Ker nas mediji stalno bombardirajo na to temo, vas prosim za odgovor. Ali je medicinsko dokazano/potrjeno, da morda neka hrana poslabšuje vnetje?

Na splošno drži, da lahko prehrana vpliva na vnetne procese pri ljudeh. Znanje o povezavah med prehrano in ankilozirajočim spondilitisom je zaradi majhnega števila kakovostnih raziskav zelo omejeno. Tudi rezultati raziskav se pogosto razlikujejo, zato na podlagi dosedanjih raziskav ni mogoče pripraviti specifičnih priporočil za bolnike s to boleznijo, zato zanje veljajo enaka priporočila kot za druge bolnike z vnetno revmatsko boleznijo, ki so povzeta v spremljajočem sestavku.

Spoštovani, zanima me, na koga se obrniti, kadar si psihično na tleh. Ko po osmih urah službe (da bi bil dan popolnejši, v deljenem delovnem času, torej z odmorom, ampak z neprestanim tekanjem in vožnjo od doma v službo in nazaj, z možnostjo počitka kakih pet minut) prideš domov in bi se raje zabubil v najbolj oddaljen kot, a se ne smeš in ne moreš, ne samo zaradi družine, ampak tudi zato, ker moraš migati, telovaditi. Na zdravniškem pregledu pri medicini dela potarnaš, da je težko, dobiš pa napotnico za psihiatra, kjer med izpolnjevanjem vprašalnika ugotoviš, da si nor (morda so nori tisti, ki so ga sestavljali?). Skratka, želim povedati, da pogrešam nekoga, ki bi mi svetoval, kaj v takih trenutkih narediti, da se ne zlomiš. Na koga se lahko obrnem, ko sem psihično na tleh?

Opisane težave se pojavljajo tudi pri bolnikih brez vnetne revmatske bolezni, podatki iz literature pa kažejo, da je depresivna naravnost, ki veje iz napisanega, pogostejša pri bolnikih z vnetno revmatsko boleznijo. Verjetno je tudi omenjeni vprašalnik pokazal nekaj podobnega, zato je specialist medicine dela poskušal pomagati po svojem znanju in močeh. Psihatri so zdravniki, ki se ne ukvarjajo le s pravimi psihičnimi boleznimi, ampak znajo z nasvetom pomagati tudi pri težavah, kakršne opisujete, zato je to za posameznike gotovo najboljša pot. Če si želi revmatik ob podobnih težavah pomagati sam, je najpomembnejša časovna organizacija dneva, ki naj poleg časa za delo zajema tudi točno določen čas za rekreacijo in čas za počitek. Tu morajo biti v podporo tudi družinski člani, ki morajo razumeti in podpirati potrebe bolnika.



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 ankilozirajočega spondilitisa. V številnih raziskavah so dokazali ugodne učinke hrane na različne vnetne mediatorje, ki sodelujejo pri nastanku in poteku bolezni in na katere zmoremo vplivati tudi z zdravili. Pokazalo se je tudi, da je prehrana zelo težavno in kompleksno raziskovalno področje, ki hkrati zahteva zelo osebno, individualen pristop. Prav zato ni enotnih prehranskih priporočil, ki bi veljala za vse bolnike, je pa doseženo močno soglasje glede nekaterih osnovnih smernic, ki jih velja upoštevati.



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 na potek ankilozirajočega spondilitisa ugodno deluje 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, ki vsebuje veliko soli, sladkorja, transmaščob, raznih aditivov in konzervansov in večje količine živil živalskega izvora (predvsem rdečega mesa). Ni prepričljivih dokazov, da **uživanje alkohola** zmanjšuje aktivnost ankilozirajočega spondilitisa. V nekaterih raziskavah se je pokazalo, da lahko alkohol celo poslabša možnosti za izboljšanje bolezni. Pomembno je vedeti še, da lahko alkohol v kombinaciji z zdravili spodbudi pojavljanje neželenih učinkov zdravil. 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. Raziskave kažejo, da je pri kadilcih ankilozirajoči spondilitis pogostejši, potek bolezni pa pogosto agresivnejši. Kajenje ni samo dejavnik tveganja za ankilozirajoči spondilitis, ampak je tudi velik dejavnik tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni, ki so eden glavnih razlogov umrljivosti tudi pri bolnikih z ankilozirajočim spondilitisom.



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 ankilozirajoči spondilitis, mora biti **redna telesna dejavnost sestavni del vašega zdravljenja**. Priporočila glede vrste in količine telesne dejavnosti za te bolnike 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.

Pri ankilozirajočem spondilitisu so dodatno priporočene tudi **dihalne vaje** (vedno in v vseh fazah bolezni, do trikrat na dan) kot sredstvo za ohranjanje ali izboljšanje vitalne kapacitete ter za pomoč pri mobilnosti sklepov prsnega koša.

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 omejitve, 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 bolnike in invalide z diagnozo **vnetnih revmatskih 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 bolnikov 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 vnetnimi revmatskimi 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/invalide;
- 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 revmatskih 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

Usmerjene fizioterapevtske vaje za asovce

Vnetje, bolečine, okorelost vzdolž hrbtenice in v sakroilikalnih sklepih so najpogostejši simptomi, ki spremljajo ankilozirajoči spondilitis (AS). Bolečine so najhujše ponoči in zjutraj, z razgibavanjem pa se simptomi omilijo. Zato je primerna gibalna dejavnost za bolnike z ankilozirajočim spondilitisom, poleg rednega jemanja predpisane terapije, ključna za boljše obvladovanje bolezni in boljše kakovost življenja. Dnevno izvajanje usmerjene fizioterapevtske vadbe ohranja gibljivost sklepov, mišično moč in pripomore k ublažitvi bolečin.

Serijo osnovnih vaj za bolnike z ankilozirajočim spondilitisom smo v Društvu revmatikov Slovenije pripravili v sodelovanju s fizioterapevtko Anito Jaklič in članico društva Ano Germ. Vaje za te bolnike so na društvenem kanalu na Youtubeu in na spletni strani društva <https://www.revmatiki.si>.

Vabljeni k ogledu predstavljenih vaj. Priporočeno je, da vaje izvajate vsako jutro! Nastanek filmov z vajami smo izvedli ob podpori podjetja Novartis.



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-49