18 godina udruženja

RA

Reumatoidni artritis

ŽIVOT SA REUMATOIDNIM ARTRITISOM

Udruženje za pomoć oboljelima
od reumatskih bolesti
CRNA GORA

ZAJEDNO SMO JAČI!

Udruženje za pomoć oboljelima
od reumatskih bolesti
CRNA GORA

JA IMAM
REUMATSKU
BOLEST
ALI ONE
NEMA MENE

Udruženje za pomoć oboljelim od reumatskih bolesti
Ul. Jerevanska 40 ,Podgorica
Tel: +382 20 673 942
Mail: nvoreumacg@gmail.com
Sajt: www.nvo-ram.me

Zahvaljujemo se donatorima koji su omogućili
da se ova informativna brošura odštampa.

ArtgrafikA ŠTAMPARIJA
SPIN
MSD INVENTING FOR LIFE
glosarij cd

Udruženje za pomoć oboljelim od reumatskih bolesti (RAM) je nevladino i neprofitno udruženje. Osnovano je u januaru 2003. godine. RAM je članica „Eulara“ (Evropske lige protiv reumatizma), najveće Evropske organizacije, koja okuplja: udruženja reumatologa, udruženja oboljelih od reumatskih bolesti i naučne institucije iz oblasti reumatologije. Zajednički cilj im je sprovođenje strategije u borbi protiv reumatskih i mišićno-koštanih bolesti.

Cilj rada Udruženja za pomoć oboljelim od reumatskih bolesti jeste prvenstveno podizanje društvene svijesti u Crnoj Gori pa i šire, gdje postoji saradnja našeg udruženja sa udruženjima iz okruženja kao i Balkana generalno. U Crnoj Gori još uvijek postoje predrasude i tabu teme kada su reumatske dijagnoze u pitanju.

Udruženje u saradnji sa reumatolozima KCCG organizuje i razna predavanja na teme iz oblasti reumatologije, koja se održavaju u prostorijama Udruženja, kao i on-line. Informacije se mogu dobiti i na raznim servisima javnog informisanja. Predavanja u prostorijama Udruženja (ul. Jerevanska br. 40, Zabjelo) se organizuju prvenstveno da bi članovi Udruženja dobili potrebne informacinje o dijagnostikovanim bolestima, ako postoje neke nedoumice, kao i to da se poradi na prevenciji bolesti kako bi se preduprijedio eventualni invaliditet.

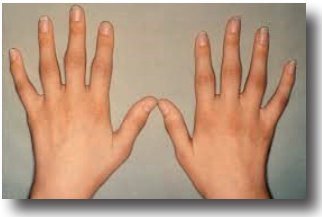
Takođe, Udruženje ima: sajt, facebook profil i instagram nalog, gdje građani mogu dobiti određene informacije. Informacije koje građani mogu dobiti na društvenim mrežama su: njihova prava iz oblasti života i rada, razni propisi i zakoni kada su reumatske dijagnoze u pitanju, raznovrsni događaji, predavanja, informacije kada dođe do nestašice određenih ljekova...

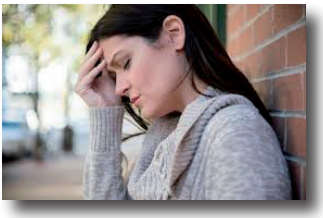
Rad u Udruženju RAM je isključivo volonterski. Svake godine Udruženje obilježava 10. maj, Svjetski dan borbe protiv lupusa i 12. oktobar, Svjetski dan borbe protiv reumatoidnog artritisa, kao i druge datume značajne za ostale reumatske dijagnoze.

Slogani Udruženja za pomoć oboljelim od reumatskih bolesti su: „JA IMAM REUMATSKU BOLEST, ALI ONA NEMA MENE“ i „ZAJEDNO SMO JAČI“.

NVO RAM

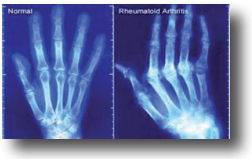
Reumatoidni artritis je hronična, sistemska, autoimuna bolest, koja prvenstveno zahvata zglobove, nepoznatog je uzroka i promjenljivog toka od koje boluje oko 0.5% -1% ljudi.





Ispoljava se bolom i otokom u zahvaćenim zglobovima a sa napredovanjem bolesti oštećenjem funkcije zglobova. Neliječeni reumatoidni artritis je teška bolest, a zbog oštećenja u zglobovima slabi ili se gubi sposobnost za rad i samozbrinjavanje. Žene češće obolijevaju od reumatoidnog artritisa. Bolest se obično javlja u dobi između 20 do 45 godina, ali od ove bolesti nisu pošteđeni ni mlađi a ni stariji od navedene najčešće dobne grupe. Postoji nasljedna sklonost za razvoj bolesti ali nasljeđe nije odlučujući fakator za nastanak bolesti (nema značajno povećanog rizika da će potomci osoba koji imaju reumatoidni artrtis oboljeti od reumatoidnog artritisa). Podjednako oboljevaju svi društeni slojevi. Pušenje je povezano sa povećanim rizikom od nastanka RA. Kako se postavlja sumnja na razvoj ili definitivna dijagnoza reuamtoidnog artritisa? Dijagnoza reumatoidnog artritisa se postavlja na osnovu anamneze, kliničkog pregleda i laboratorijskih pretraga. Sumnju na razvoj pobuđuju sljedeći klinički nalazi:

- **Najčešče bol u malim zglobovima šaka i stopla, ali mogu biti zahvaćeni i drugi pokretni zglobovi.**
- **Dugotrajni noćni i jutarnji bol u zglobovima.**
- **Jutarnja ukočenost koja traje duže od pola sata a javlja se i nakon dugog perioda odmaranja.**
- **Osjetljivost zglobova na dodir, otok zglobova, povišena lokalna temperatura u zahvaćenim zglobovima i ograničena pokretljivost.**
- **Simetrično zahvatanje zglobova, najčešće.**
- **Kratkotrajno smanjene tegoba primjenom nesteroidnih antiinflamatornih ljekova (NSAIL).**



Metode koje pomažu u potvrdi dijagnoze su:

1. Porast parametara zapaljenja: sedimentacija i CRP.
2. Povećane vrijednosti reuma faktora (RF) i antitijela na citrulirani peptid (CCP) u imunološkim pretragama.
3. Ultrazvučni pregled zglova.
4. RTG snimci šaka i stopala.
5. Magnetna rezonanca.

Evropska liga reumatologa (EULAR) i Američki koleđž reumatologa (ACR) 2010 godine uslaglasili su klasifikacione kriterjume za reumatoidni artrtis koji su formulisani u obliku algoritma zasnovanog na dodjeljivanju bodova u 4 oblasti:
A - broj i veličina zahvaćenih zglobova (0-5 bodova)
B - trajanje simptoma artritisa (0-1 bod)
C - rekatanti akutne faze (0-1 bod)
D - serologija (0-3 bodova)

Da bi se postavila dijagnoza reumatoidnog artritisa treba imati najmanje 6 od 10 mogućih poena.

Zahvaćenost zglobova	Bodovi
1 veliki zglob	0
2-10 velikoh zglobova	1
1-3 mala zgloba	2
4-10 malih zglobova	3
> 10 malih zglobova	5

Trajanje artritisa	Bodovi
< 6 nedelja	0
≥ 6 nedelja	1

Reaktanti akutne faze	Bodovi
Normalan CRP i Se	0
Povišen CRP i SE	1

D) Serološki nalazi	Bodovi
Negativan RF i ACPA	0
RF i/ili ACPA pozitivni u niskom titru: do 3 puta iznad gornje granice normalnih vrijednosti	2
RF i/ili ACPA pozitvna u visokom titru: više od 3 puta iznad gornje granice normalnih vrijednosti	3

Pored ovih kriterijuma uvijek treba voditi računa i o tome da je reumatoidni artritis sistemsko oboljenje koje djeluje ili može djelovati i na druge organe koji se svrastavaju u grupu vanzglobnih manifestacija bolesti kao štu su:

- zamor
- gubitak apetita, gubitak težine
- srednje visoka temeperatura
- koža - reumatodini čvorići
- promjene na oku
- pluća - bol u grudima, kratkoća daha pri naporu, a pri mirovanju suvi kašalj
- krvni sudovi - vaskulitisne promjene
- anemija
- osteoporoza
- depresija

Zašto je bitana pravovremena i rana dijagnoza reumatoidnog artrtisa?

Zato sto reumatoidni artritis smanjuje radnu sposobnost i skraćuje životni vijek.

Tokom 10 godina trajanja bolesti kod 15-20% bolesnika postoji potreba za totalnim endoprotezama velikih zglobova.

Oko 50% bolesnika je depresivno i češće se razvedu u odnosu na zdrave osobe.

Tokom 10 godina relativni rizik za pojavu kardiovaskularnih bolesti je 2-3 puta veći u odnosu na zdrave osobe istog pola i životne dobi.

Kod bolesnika sa RA povećna je smrtnost oko 1.3 puta.

Bolesnici sa RA prosječno kraće žive 3-7 godina u odnosu na opštu populaciju.

Ono što ukazuje na lošu prognozu bolesti jesu:

- vanzglobne manifestacije
- ženski pol
- starija životna dob u početku bolesti
- brzo oštećenje funkcije zglobova
- upala više zglobova istvremeno (posebno više od 12)
- rana pojava erozija na radiografijama zglobova (unutar 1 godine)
- visoke koncetracije RF i CCP antitijela
- stalno povišeni pokazetelji akutne faze zapaljenja (Se, CRP)

Pojava prethodno navedenih tegoba treba da pacijente usmjeri prema izabranom ljekru da bi se obavio prvi pregled, uradile potrebne analize i dao uput prema reumatologu koji će zajedno sa pacijentom, i uz njegovu saglasnost, izabrati najbolju moguću terapiju za liječenje reumatoidnog artrtisa.

Dr Nataša Miketić
Internista reumatolog

Kako se liječi reumatoidni artritis ?

Tokom 2010. godine Evropska liga za borbu protiv reumatizma -EULAR je objavila smjernice za liječenje reumatoidnog artritisa (RA) poznate kao "treat to target", koje su podrazumijevale rano i agresivno liječenje. Takvo liječenje podrazumijeva liječenje do dostizanja cilja, a to je remisija ili niska aktivnost bolesti. Klinička remisija se u kliničkoj praksi definiše odsutnošću upaljenih zglobova i urednom vrijednosti CRP-a. Takav pristup podrazumijeva uvodijenje konvencionalnih / osnovnih ljekova, a u slučaju nefikasnosti i biološke terapije. Rano postavljanje dijagnoze i rana primjena ljekova je od neprocjenjive važnosti. Ljekovima se postiže kontrola upalnog procesa i smirivanje bolesti. Ako se bolest ne liječi dolazi do progresivnog razaranja kostiju, nastanka deformiteta zglobova. Ranim i agreivnim liječenjem se sprečava nastajanje invaliditeta, povećava se kvalitet i trajanje života, bolje psihičko stanje i produktivnost pacijenata, a takođe se smanjuje mortalitet koji je višestruko veći u odnosu na opštu populaciju.

Konvencionalni ljekovi

Revolucija u liječenju reumatoidnog artritisa je počela otkrićem kortikosteroida i njihove primjene, za koju su Kendall i Hench dobili Nobelovu nagradu. Nakon toga presudno je bilo otkriće imunosupresiva Methotrexata (MTX) i njegova primjena počev od 1950. godine. Od tada MTX predstavlja *„Zlatni standard"* u liječenju RA. Već pri postavljanju dijagnoze „aktivnog RA" u cilju smirivanja upale, MTX se primjenjuje u kombinaciji sa kortikosteroidima sve do punog ispoljavanja efekta MTX.

MTX u reumatologiji koristi u liječenju i drugih bolesti uključujući psorijazni artritis, juvenilni artritis, polimiozitis, lupus, sklerodermu, vaskulitisi i dr. Takođe svoj efekat je pokazao i u drugim autoimunim bolestima kao što je Kronova bolest, psorijaza, sarkoidoza i dr. ***MTX se nalazi se na WHO listi esencijalnih ljekova (poslednja verzija 2017)***.

Sada je poznat tačan mehanizam djelovanja MTX. Metotreksat dejstvuje specifično na sintezu DNK i RNK u toku S-faze ćelijskog ciklusa, i na taj način što on sprečava dalje umnožavanje ćelija. Iz tog razloga je logično da on ima toksičniji efekat na ćelije koje se brzo dijele (kao što su autoimune, maligne, mijeloidne ćelije krvne loze, ćelije gastrointestinalnog trakta, oralne mukoze i reproduktivnog sistema). Međutim kada se daje u malim dozama većina neželjenih efekata ovog lijeka se ne pojavljuje, ili su efekti krajnje blagi i lako se mogu kontrolisati.

Liječenje reumatoidnog artritisa, sa MTX treba dopuniti primjenom folata u dozi od 5 mg koja se daje 24 h nakon MTX. Primjena folata ima za cilj da smanji netoleranciju najčešće mučninu i spriječi pojavu megaloblastne anemije. MTX je u Crnoj Gori dostupan u tri oblika: tablete i rastvor za injekcije za intramuskularnu (im.) i subkutanu primjenu (sc.). Uobičajena doza u Reumatologiji je od početnih 10-12.5 mg do maksimalno 25 mg nedeljno. Dozira se samo jedanput nedeljno, uvek u istom danu u nedjelji. Dozu i administraciju lijeka određuje ljekar imajući u vidu težinu bolesti i individualnost pacijenta. Ukoliko se lijek oralno uzima, može se uzeti u jednoj dozi, ili se doza može podeliti na više doza u toku tog jednog dana. Tablete se mnogo bolje resorbuju ukoliko se uzimaju prije obroka, najbolje sa vodom ali su tada najčešća gastrointestinalna neželjena dejstva.

U slučaju nepodnošenja oralnog oblika (mučnina, nelagodnost u stomaku, povraćanje, gubitak apetita, proliv), pristupa se parenteralnom načinu administracije. U tom slučaju injekcije se mogu davati intramuskularno ili podkožno-subkutano, slično insulinskim injekcijama. Lijek dat kao injekcija značajno se bolje resorbuje i ne dovodi do pojave stomačnih tegoba. Intramuskularni oblik pored svojih prednosti ima i svoja ograničenja. Jedno od njih je pojava granuloma (bolnih čvorova) na mjestu primjene a takodje i pojava većih organizovaih hematoma, koji su naročito izraženi kod pacijenata koji koriste antikoagulacionu i antiagregacionu terapiju. Iz tog razloga sve se više u svijetu i kod nas ordinira subkutani oblik primjene a zbog najmanje neželjenih dejstava i najveće bioraspoloživosti. Od ostalih neželjenih dejstava može se naći negativan uticaj na ćelije

krvne loze kada se verifikuje smanjen broj leukocita što povećava rizik od infekcija. Broj trombocita i eritrocita može biti takođe smanjen. Anemiju pogoršava postojanje bolesti bubrega ili uzimanje malih doza folne kiseline kao i neki ljekovi. Pojava kašlja i otežanog disanja vrlo se rijetko sreće kod pacijenata. Međutim ono što najviše interesuje naše pacijente jeste to da nijesu zabilježeni slučajevi opadanja kose na ovim dozama lijeka.

Drugu vrstu neželjenih efekata čini pojava afti u ustima ili osipa po koži što je vrlo rijetko. Upotreba MTX je u rijetkim slučajevima povezana sa limfomima. Oštećenje funkcije jetre (fibroza jetre) obično se sreće samo u prisustvu i drugih hepatotoksičnih faktora (alkohol i sl.). Uvećanje aktivnosti jetrinih enzima je razlog smanjenja doze leka ili njegovog potpunog prekidanja dok se ove vrednosti ne normalizuju.

Iz ovog razloga neophodno je raditi redovne analize krvi tokom terapije MTX-om. Na početku liječenja se rade uvodni testovi a nakon toga kontrolni testovi krvi se uzimju više puta u toku prvih mjeseci liječenja a potom periodično. Redovno se kontroliše krvna slika, jetrini enzimi, azotne materije. U slučaju pojave kašlja ili gušenja neophodno je uraditi RTG srca i pluća. Rizik od pojave infekcija kod pacijenata koji uzimaju MTX nije povećan, ali neke od infekcija mogu imati nešto teži tok. Strah od teških nuspojava tradicionalnih ljekova može se izbjeći individualnim određivanjem terapije, edukacijom i pažljivim nadzorom bolesnika.

Kod mladjih pacijenata u reproduktivnom dobu se uvjek nameće pitanje planiranja potomstva. MTX dovodi do oštećenja fertiliteta, oligospermije, poremećaja menstrualnog ciklusa, amenoreje, embriotoksičnosti, abortusa, fetalnih defekata. Iz tog razloga je potrebna detaljna edukacija pacijenta, precizno planiranje porodice što znači obustava lijeka u trajanju od pet menstrualnih ciklusa kod žena i 5 mjeseci kod muškaraca, ili ako se ne planira porod obavezna upotreba kontraceptivnih sredstava.

Metotreksat ispoljava svoje dejstvo 6 nedelja nakon početka liječenja, ali početak dejstva može da se očekuje u periodu i do 3 mjeseca. Liječenje MTX obično je dugotrajno i treba ga nastaviti najmanje 12 mjeseci i posle postizanja stabilne kliničkih remisije bolesti.

Od ostalih lijekova iz skupine konvencionalnih lijekova uspješno se primjenjuju lijekovi poput sulfasalazina, leflunomida, i u manjoj mjeri kod slabo aktivnih RA antimalarici (hidroksihlorokin i hlorokin). Neželjena dejstva su u različitoj mjeri slična MTX. Nesteroidni antireumatici (NSAR) - diklofenak, ibuprfen, naproksen itd. koji primarno smanjuju bol imaju i određeni protivupalni učinak. Danas na tržištu postoje i NSAR sa manje nuspojava na probavni sistem - tzv. koksibi ili COX2-inhibitori.

Biološki ljekovi

Ako tokom određenog vremena primjenom konvencionalnih ljekova (metotreksata, leflunomida, salazopirina) nijesmo postigli zadovoljavajući učinak, tada primjenjujemo biološke ljekove. Biološki ljekovi se dobijaju putem genetskog inžinjeringa a usmjereni su na različite upalne faktore imunološkog sistema koji učestvuju u upali. Danas se u liječenju RA primjenjuje nekoliko različitih grupa ljekova s različitim mehanizmom djelovanja (inhibitori citokina TNF-alfa i interleukina i to IL-1, Il-6, IL-17, IL-23, selektivni ko-stimulatorni modulatori t limfocita i male molekule sa biološkim dejstvom - JAK inhibitori). U Crnoj Gori je je za reumatološke indikacije na Osnovnoj listi ljekova se nalazi više bioloških ljekova (anti TNF-alpha, anti IL-6 , anti CD-20, anti IL-17, inhibitor JAK). Terapija se uključuje prema aktuelnim smjernicama, i kod određenog broja pacijenata je efikasna, dok se kod drugih ispoljava primarna ili pak sekundarna neefikasnost. U tim slučajevima se terapija mijenja biološkim lijekom sa drugim mehanizmom djelovanja. Biološki ljekovi se daju i kao monoterapija međutim, češće se daju u kombinaciji sa konvencionalnim ljekovima (najčešće MTX), zbog dokazane efikasnosti i smanjene imunogenosti biološkog lijeka.

Kada se pacijent uputi na Konzilijum reumatologa od strane ordinarijusa, odluka o ordiniranju biološkog lijeka se šalje na RFZO. Prije primjene bioloških lijekova uvjek treba isključiti moguće infekcije (tuberkulozu, hepatitis), malignitete. Prva tri mjeseca uvođenja terapije, lijek se daje isključivo u KCCG. Na ovaj način se obezbjedjuje

redovan monitoring od strane reumatologa (primarna efikasnost, neželjena dejstva). Neželjena dejstva su specifična za pojedine grupe bioloških ljekova ali sumarno najčešće su infekcije, citopenije (smanjen broj ćelija krvne loze), porast transmainaza itd. Neželjena dejstva su reverzibilna što znači da se saniraju pauziranjem (rijetko stopiranjem) ili smanjenjem doze kao i primjenom različitih suplemenata. Pacijenti se redovno javljaju na Konzilijum reumatologa radi pregleda i odluke o daljem liječenju i optimizaciji terapije na osnovu aktivnosti bolesti. Nakon toga se odredjuje terapijski pristup i procjena benefit/rizika za određeni vid liječenja, način primjene i monitoring tih pacijenata. Uz to, tokom primjene biološke terapije potrebne su česte kontrole bolesnika od strane ordinarijusa i izabranog ljekara kojima se prati efikasnost primijenjenog lijeka, kao i moguće nuspojave.

U liječenju važno mjesto zauzima fizikalna terapija kojima je cilj očuvanje funkcionalne sposobnosti bolesnika.

Hirurško liječenje reumatoidnog artritisa može biti metoda izbora u kasnijoj fazi (npr. ugradnja vještačkih zglobova) ili druge korektivne operacije.

Iako su autoimune bolesti doživotne i ne postoji izliječenje, edukacija i razumijevanje same patogeneze bolesti zajednička saradnja pacijenta i ljekara je od ključnog značaja za dobar terapijski ishod.

Dr Ana Bulatović
Internista reumatolog

Vakcinacija bolesnika sa autoimunskim i inflamatornim reumatskim bolestima

Više reumatoloških udruženja je izradilo adekvatne preporuke za vakcinaciju (time i COVID 19 vakcinaciju) bolesnika sa autoimunskim i inflamatornim reumatskim bolestima, a koje se naslanjaju na kliničke vodiče. Prije svega se misli na kliničke vodiče evropskog, američkog i britanskog udruženja reumatologa (EULAR - European League Against Rheumatism, ACR - American College of Rheumatology i BSR - British Society for Rheumatology).

Zabluda ili ne?

Nekoliko je dilema vezanih za vakcinaciju bolesnika sa autoimunskim i inflamatornim reumatskim bolestima i odnosi se na sve do sada dostupne vakcine, pa i za vakcinu protiv SARS Cov-2 novog koronavirusa (COVID 19 vakcinu). - postvakcinalni rizik od pojave autoimunosti i/ili pogoršanje postojeće autoimunske bolesti.

Ne postoje dokazi koji bi govorili u prilog postojanja povećanog postvakcijalnog rizika od pojave nove autoimune bolesti i/ili pogoršanja postojeće autoimunske bolesti. - vrijeme vakcinisanja u odnosu na to da li je bolest u mirnoj fazi (remisiji) ili u fazi pogoršanja,

Vakcinacija se uglavnom savjetuje kada je bolest u mirnoj fazi, odnosno remisiji, ako se izuzmu životno ugrožavajuća oboljenja i manifestacije oboljenja, sa velikim rizikom od infekcije, kada se vakcinacija savjetuje što prije. - uzimajući u obzir da se radi uglavnom o imunosupresivnim ljekovima da li je i na koji način potrebna korekcija doze i režima davanja imunosupresivnih/imunomodulatornih ljekova u odnosu na primjenu vakcine.

U odnosu na to koliki stepen imunosupresije lijek izaziva, samo za neke od njih je potrebna promjena režima vakcinacije i primjene lijeka (metotreksat, mikofenolat-mofetil, JAK - inhibitori itd).

Vakcinisati se ili ne?

Posebno kada je u pitanju bezbjednost vakcina, čini se da su najvažnija pitanja: - vakcinisati se ili ne, - koja vrsta vakcine, - kod kojih bolesnika odnosno koja reumatološka oboljenja, itd. Stav reumatološke struke za vakcinaciju bolesnika sa autoimunskim i inflamatornim bolestima u reumatologiji, a imajući u vidu heterogenost autoimunskih i inflamatornih bolesti u reumatologiji, i činjenicu da ovi bolesnici imaju veći rizik obolijevanja od težih formi infekcija (influenza, COVID 19 infekcije itd.), time ovi bolesnici predstavljaju **prioritetnu grupu za vakcinaciju**, i **ne postoje apsolutne kontraindikacije** ako se izuzme alergija na neki od sastojaka vakcine. Jasno je da je **benefit od vakcinacije mnogo veći** od teoretskog rizika od pogoršanja bolesti nakon vakcinacije, kao i od pojave nove autoimunosti. Reumatološka struka, odnosno reumatološka udruženja, **ne prepoznaje razliku između do sada ponuđenih vakcina**, u smislu odnosa rizik - benefit, ali u slučaju da je pomenuti odnos zadovoljavajući, preferiraju se atenuisane vakcine („umrtvljene"). Pomenuto se odnosi na **sve vrste reumatoloških autoimunskih i inflamatornih oboljenja**, bilo da se radi o zapaljenskim reumatizmima (artritisi, spondiloartritisi, itd), sistemskim bolestima vezivnog tkiva (sistemski eritemski lupus, sistemska skleroza itd), sistemskim vaskulitisima (Weegenerova granulomatoza, itd), i drugim.

Da li se koriguje terapija ili ne?

U razmatranju i preporukama a vezano za vrijeme vakcinisanja u odnosu na primjenu imunomodulatorne i/ili imunosupresivne terapije stoji: - ljekovi kod kojih NIJE POTREBNA KOREKCIJA terapije niti vremena vakcinisanja: ***hidroksihlorokvin***, **IVIG** (intravenski imunoglobulini), ***kortikosteroidi*** (pogotovo ekvivalent doze oralnog Prednizolona manje od 20mg), ***sulfasalazin***, ***leflunomid***, ***oralni ciklofosfamid***, TNF inhibitori (***etanercept, adalimumab, golimumab, infliksimab***), ***tociluzimab***, ***sekukinumab***, ustekinumab, belimumab, ***ciklosporin***, - ljekovi kod kojih JE POTREBNA KOREKCIJA terapije i/

ili vremena vakcinisanja (u odnosu na prvu i/ili drugu dozu vakcine): ***metotreksat*** - nema modifikacije vremena vakcinacije, ali se savjetuje preskočiti dozu metotreksata po jednu nedjelju nakon obje doze vakcine (kod dobro kontrolisane bolesti), ***mikofenolat - mofetil*** - nema modifikacije vremena vakcinacije, ali se savjetuje preskočiti dozu metotreksata po jednu nedjelju nakon obje doze vakcine (kod dobro kontrolisane bolesti), ***ciklofosfamid intravenski*** – nema modifikacije vremena vakcinacije, ali se savjetuje odložiti dozu ciklofosfamida jednu nedjelju nakon obje doze vakcine (ako je to klinički izvodljivo), ***rituksimab*** - prva doza vakcine se preporučuje 4 nedjelje prije narednog planiranog ciklusa rituksimaba, dok se primjena rituksimaba takođe preporučuje 2-4 nedjelje nakon druge doze vakcine, JAK inhibitori (***tofacitinib, upadacitinib***) - preskočiti primjenu JAK inhibitora po nedjelju dana nakon i prve i druge doze vakcine, dok nema promjene termina vakcinisanja.

Važna napomena?

Važno je reći da klinički vodiči i savjeti od strane reumatoloških udruženja ne moraju obavezno izvršiti uticaj na odluku o vakcinaciji koja stoji u najvažnijoj relaciji reumatolog - pacijent, a takođe ne isključuju jasno poznati medicinski stav o individualizaciji izbora terapije i tretmana bolesnika.

Dr Rifat Međedović
Internista reumatolog

Juvenilni idiopatski artritis

"Često govorimo i pišemo o zdravlju,
ali se rijetko i malo zadržavamo na čudesnom
fenomenu ozdravljenja. To su najradosniji
i najzanimljiviji trenuci našeg života.
I treba ih proučiti i opisati."

Ivo Andrić

Nikad nije lako vidjeti svoje dijete u bilo kakvom bolu. A, čuti da vaše dijete ima hroničnu bolest kao što je Juvenilni idiopatski artrtis još je teže. Većina ljudi misli da je "reuma" bolest starijeg životnog doba, ali statistika nam govori drugačije. Najčešće reumatsko oboljenje kod djece je Juvenilni idiopatski artrtis koje pogađa približno 1 od 1000 zdrave djece mlađe od 16 godina.
Juvenilni idiopatski artritis (skraćeno JIA) je hronična bolest, što znači da može dugo da traje i karakteriše se neprekidnom upalom jednog ili više zglobova. Osnovna odlika upale zgloba, tj. artrtisa, je: otok zgloba i/ili mekih tkiva oko zgloba, bol pri pokretima, povećana toplota zgloba i ograničena pokretljivost. "Idiopatski" znači da ne znamo uzrok koji dovodi do upale. "Juvenilni" znači da se simptomi bolesti javljaju prije 16. godine. Najčešće se javlja između 1-3 godine, a rijetko se javlja prije 6. mjeseca života. Dva puta češće obolijevaju djevojčice nego dječaci.

Zašto bolest nastaje?

Za JIA se zna više od 100 godina, ali uzroci njenog nastanka su još uvijek nedovoljno poznati. To je autoimuno oboljenje, što znači da imuni (odbrambeni) sistem napada dio vlastitog tijela. Imuni sistem nas štiti od infekcija koje mogu da izazovu različiti mikrobi kao što su virusi i bakterije. On je u stanju da razlikuje šta je "strano" organizmu i potencijalno opasno, što treba da bude uništeno, od onoga što je urođeno i "sopstveno".

Smatra se da je hronični artritis posljedica poremećenog odgovora našeg imunog sistema koji djelimično gubi sposobnost da razlikuje "strane" od "sopstvenih" ćelija i zato napada djelove svog tijela (u ovom slučaju zglobove) stvarajući upalu tamo gdje nije potrebna.

Da li je nasljedna bolest

JIA nije nasljedna bolest i ne prenosi se sa roditelja na djecu. Međutim, postoje neki genetski faktori, većinom još neotkriveni, koji osobu čine podložnom da se razboli. Da bi se bolest ispoljila potrebna je udruženost više faktora: genetskih (urođenih) i faktora unutrašnje i spoljašnje sredine kao što su: virusi, bakterije, trauma, stres... Od roditelja se često dobija podatak o povredi koja je prethodila upali zgloba. Fizička trauma može da bude lokalni, provokativni faktor, koji će kod predodređene osobe dovesti do kliničkih manifestacija artrtisa, ali nije jedini uzrok. Nastanak bolesti se ne može ni predvidjeti ni spriječiti!

Šta se dešava u zglobovima

U zglobnom prostoru između dvije kosti nalazi se unutrašnji omotač zgloba koji se zove sinovija, koja je normalno vrlo tanka i proizvodi tečnost koja podmazuje i hrani zglobove. U toku artrtisa (upale zgloba) dolazi do zadebljanja sinovije, jer se u njoj nakupljaju upalne ćelije, dok se tečnost unutar zgloba povećava.

Navedene promjene dovode do otoka zgloba i okolnih mekih tkiva, te do pojave bola na dodir i pri pokretu zgloba, a koža iznad njega je topla. To dalje dovodi do ukočenosti i ograničene pokretljivosti zgloba, pogotovo ujutru (jutarnja

ukočenost) i poslije dužeg odmaranja. Mlađe dijete neće znati da objasni šta ga boli i smeta, pa može biti razdražljivo, plačljivo, odbijaće da hoda, trči, tražiće da se nosi ili vozi u kolicima.
Dijete drži zglob u zgrčenom položaju (semifleksiji), jer je to položaj u kome se bol najmanje osjeća. Ako se ovo stanje održava tokom dužeg perioda, taj abnormalni položaj dovodi do gubitka mišićne mase (atrofije), skraćenja (kontrakture) mišića i tetiva, što dovodi do fleksije (zgrčenja) zgloba. Često se dešava da, zbog upalnog procesa, dolazi do bržeg rasta okrajaka kosti i nejednakosti u dužini noge koja je zahvaćena upalom.

Upala zgloba i upala oka

Osim na zglobovima, bolest se može ispoljiti i na oku, srcu, koži, ređe na drugim organima, sa potencijalnim sekvelama (posljedicama) samo na očima i zglobovima.

Najozbiljniju vanzglobnu manifestaciju predstavlja hronični iridociklitis-uveitis (hronična upala prednjeg dijela oka), koji može ostaviti trajne sekvele, posebno ukoliko počne prije 7. godine života. Dijete nema simptome. Oko nije crveno niti bolno, pa roditelji ne mogu da otkriju bolest na početku. Neotkrivena upala oka može dovesti do gubitka vida. Zbog toga je važno da oftalmolog redovno pregleda oči vašeg djeteta spalt-lampom na 3-6 mjeseci. Ova komplikacija se najčešće javlja kod djece mlađeg uzrasta i koja imaju pozitivan test za antinukleusna antitijela (ANA). Testiranje na ANA pri postavljanju dijagnoze važno je da bi se odlučilo koliko često će vaše dijete ići na pregled kod oftalmologa. Iridociklitis obično počinje istovremeno kad i artritis ili se javlja kasnije. U ređim slučajevima može da prethodi upali zglobova.

Podtipovi JIA

Postoji nekoliko oblika JIA, koji se razlikuju: na osnovu broja zahvaćenih zglobova (oligoartikularni-upala najviše 4 zgloba i poliartikularni-upala 5 i više zglobova) i na osnovu prisustva opštih znakova bolesti kao što su: povišena temperature, ospa, znaci upale unutrašnjih organa i drugo.
Dogovoreno je da se pojedini oblici JIA određuju na osnovu simptoma koji su prisutni tokom prvih 6 mjeseci od početka bolesti, pa tako razlikujemo:

1) oligoartikularni oblik-artritis najviše 4 zgloba. To je najčešći oblik i javlja se kod 50% djece. Iako upala zgloba može biti blaga, oko 20% djece sa ovim oblikom JIA razvija uveitis.
2) sistemski oblik-osim artritisa, prisutna je i povišena tjelesna temperatura koja se javlja jednom ili dva puta dnevno, prolazni osip, upale drugih organa, jako povišeni zapaljenski parametri,
3) poliartikularni oblik- artritis 5 i više zglobova, bez sistemskih znakova. Na osnovu prisustva ili odsustva reumatoidnog faktor (RF) dijeli se u dvije podgrupe: pozitivan RF, i negativan RF. RF pozitivan oblik se rijetko javlja i smatra se da je to ista bolest kao i reumatoidni artritis odraslih samo što se javlja u dječjem uzrastu
4) psorijazni artritis- uz artritis prisutne su i promjene na koži koje odgovaraju psorijazi. Kod polovine oboljelih upala zglobova prethodi kožnim promjenama.
5) artritis udružen sa entezitisom-artritis velikih zglobova najčešće donjih ekstremiteta i entezitis (upala tetivnih pripoja za kost). Većina pacijenata je pozitivna za HLA B27 antigen. Češće se javlja kod dječaka starijih od 6 godina.
6) nediferentovani artritis-kada pacijent ima simptome na osnovu kojih ne može biti svrstan ni u jednu od gore navedenih kategorija ili simptome koji ga svrstavaju u više od jedne kategorije.

Kako se postavlja dijagnoza

Ne postoji poseban test za dijagnozu JIA. Dijagnoza se postavlja na osnovu anamneze (podataka koje daje pacijent ili roditelj), fizičkog pregleda, laboratorijskih testova i dodatnih snimanja. Ako bolest počne prije 16. godine, simptomi traju duže od 6 nedelja i kada se isključe druge bolesti kod kojih se upala zglobova može javiti kao dio kliničke slike, postavlja se dijagnoza JIA. Period od 6 nedjelja je potreban da bi se isključile druge forme kratkotrajnog artritisa kao što su artritisi koji prate različite infekicje (crijevne, urogenitalne, virusne).

Takođe, potrebno je uraditi određene laboratorijske analize. Na osnovu njih može da se procjeni: koliko je bolest aktivna, da li postoji rizik za nastanak komplikacija kao što je hronična upala oka, kako djeluje terapija, neželjeno dejstvo ljekova itd. Treba naglasiti da nema specifičnog laboratorijskog testa na osnovu kojeg bi se sa sigurnošću mogla da postavi dijagnoza JIA. Kod neke djece i i pored upale više zglobova, laboratorijske analize mogu biti u granicama normale. Dijagnoza, kao i odluka o liječenju zasnivaju se više na kliničkim manifestacijama, nego na laboratorijskim testovima.

Liječenje

Cilj liječenja je da se djetetu omogući da vodi normalan život i da se spriječi oštećenje zglobova I drugih organa zahvaćenih upalom.
Liječenje se zasniva na primjeni ljekova, koji smanjuju upalu i na fizikalnoj terapiji, koja ima za cilj da održi funkciju zgloba i spriječi nastanak deformiteta. Postoje neke opšte smjernice za liječenje, ali plan liječenja je poseban za svako dete i zahtjeva saradnju različitih specijalista (dječjeg reumatologa, ortopeda, fizijatra, fizioterapeuta, oftalmologa).
Roditelji su često uplašeni kako to da njihovo dijete pije “reumatske ljekove za odrasle” ili citostatike. Zbog straha da bi ovi ljekovi mogli da naškode djetetu, da “oštete želudac i srce” , a često i po nagovoru okoline, prekidaju liječenje. Važno je da se lijek uzima redovno u propisanoj dozi i onoliko dugo koliko je ljekar propisao.

Kad se postavi dijagnoza JIA, liječenje se započinje nesteroidnim antiinflamatorni ljekovima (NSAIL): ibuprofen, naproksen, indometacin. NSAIL se uglavnom dobro podnose. Zadovoljavajući efekat na upalu zglobova se ispoljava nakon nekoliko nedjelja terapije. Uz NSAIL, kada postoji upala jednog ili više zglobova, daje se i injekcija direktno u zglob. Lijek koji se ubrizgava je kortikosteroidni preparat sa produženim dejstvom. Ne preporučuje se primjena injekcija više od 3-4 puta godišnje u isti zglob.

Ako pacijent ne odgovori na takvo liječenje ili ima poliartritis, prelazi se na drugu liniju. Ljekovi druge linije su ljekovi koji modifikuju tok bolesti (DMARD): metotreksat, sulfasalazin, antimalarici. To su sporodjelujući ljekovi, njihov efekat postaje uočljiv tek nakon nekoliko nedjelja ili mjeseci liječenja.

Često se kombinuju sa kortikosteroidima, sa kojima se premošćuje vrijeme, dok se ne ispolji efekat ljekova druge linije. Kortikosteroidi su najmoćniji ljekovi u suzbijanju upale u organizmu. Njihova upotreba treba da bude vremenski ograničena, jer duža primjena može da dovede do neželjenih efekata. Najčešće se koristi Pronison.

Ako bolest i dalje napreduje, naredna stepenica za liječenje su biološki ljekovi. Biološki ljekovi djeluju protiv produkata upale tzv. citokina. Mogu se primjenjivati sami ili u kombinaciji sa metotreksatom. Biološki ljekovi djeluju brzo. Poboljšanje se može primijetiti nakon 2-3 sedmice od početka primjene, ali može proći 3-6 mjeseci da se osjeti potpuni efekat. U našoj zemlji registrovani biološki ljekovi za liječenje JIA su: adalimumab-Humira, etanercept-Enbrel i tocilizumab-Actemra.

Sastavni dio liječenja artritisa kod djece je fizikalna terapija. To uključuje odgovarajuće vježbe, laser, elektroprocedure, kada je potrebno primjena longeta (udlaga) da se zglob održi u odgovarajućem položaju koji je udoban da bi se smanjio bol i deformacija zgloba. Sa fizikalnom terapijom mora rano da se započne, treba da se obavlja redovno da se poboljša ili održava zdravlje zglobova i mišića.

Koliko dugo traje liječenje

Dužina liječenja nije jasno određena, budući da bolest ima nepredvidiv tok u kojem se mogu smjenjivati periodi mirne i periodi aktivne bolesti. Kad se upala zgloba potpuno smiri, laboratorijske analize su u granicama normale, iridociklitis je neaktivan, treba nastaviti terapiju još najmanje 6 mjeseci, pri čemu se doza postepeno smanjuje i na kraju se lijek potpuno obustavi. Kad su u pitanju biološki ljekovi, oni se primjenjuju najkraće 2 godine.

Kakva je dugoročna prognoza artritisa?

Prognoza artritisa je značajno poboljšana poslednjih godina, ali još uvek zavisi od težine, oblika bolesti, načina liječenja kao i vremena od pojave prvih simptoma do postavljanja dijagnoze. Jedan dio djece sa JIA imaće neki od oblika artritisa u odraslom dobu.
Zasada ne postoji nijedan klinički, niti laboratorijski pokazatelj na osnovu koga bi se tokom rane faze bolesti moglo predvidjeti da li će bolest imati lošu prognozu.

Kako roditelji mogu pomoći

Kad se vašem djetetu postavi dijagnoza Juvenilnog idiopatskog artrtisa, to može biti šokantno. Hronična bolest, kao što je JIA, težak je izazov za cijelu porodicu, naravno što je ozbiljnija, to je teže nositi se sa njom. Nastanak bolesti se ne može ni predvidjeti ni spriječiti!
Da biste pomogli svom djetetu:

- Prihvatite bolest i suočite se sa njom, da bi i vaše dijete moglo isto
- Podržavajte i ohrabrujte svoje dijete da bude koliko god je moguće nezavisno uprkos bolesti
- Vodite računa da dijete redovno uzima ljekove kako su propisani
- Vodite računa da dijete redovno vježba da bi ojačalo mišiće i stekla maksimalnu samostalnost u svakodnevnim aktivnostima

“Roditelj zdravog djeteta ima hiljadu želja za svoje dijete, a roditelj bolesnog samo jednu”.

Dr Tamara Živković
Pedijatar reumatolog.

Fizička aktivnost, vježbe i reumatoidni artritis-efikasnost, mehanizmi i primjena.

Reumatoidni artritis (RA) je autoimuna, progresivna, hronična, sistemska i inflamatorna bolest, sa strukturnim oštećenjem zglobova kao glavnom manifestacijom, sa prevalencom do 1% širom svijeta 1,2. Češće se javlja kod osoba starijih od 40 godina, zastupljeniji je kod ženskog pola, pet puta više.

Etiologija RA nije poznata, a glavni simptomi su bolovi u zglobovima, jutarnja ukočenost, ograničena fizička funkcija i umor. Većina ljudi sa RA ima zahvaćene šake i ručni zglob. Česti problemi sa šakama i zglobovima su upala, deformitet, bol, slabost i ograničena pokretljivost, što dovodi do gubitka funkcije. Uobičajni su deformiteti na metakarpofalangealnim zglobovima (MCP), zglobovima prstiju i palca kao i strukturna, oštećenja na hrskavicama, kostima i ligamentima. Zabilježeno je da je snaga ruku kod ljudi sa RA, 75% manja nego u populaciji koja nema RA, a takođe je i smanjenja pokretljivosti šaka i zglobova. Cilj liječenja RA je sprečavanje ili kontrola oštećenja zglobova, poboljšanje funkcije ruku i smanjenje bola.

Osobe sa RA, pokazuju veći kardiovaskularni mortalitet za 50% u odnosu na zdravu populaciju, gdje studije pokazuju da je inflamacija direktni i indirektni glavni uzrok kardiovaskularnog rizika 2,3. Relativni rizik za nastanak infarkta miokarda dvostruko je veći kod žena sa RA u odnosu na one bez RA. Takođe kardiovaskularni događaji, obično se javljaju deceniju ranije i u većoj meri kod pacijenti sa RA, u odnosu na zdravu populaciju, ponekad čak i pre ispunjenja svih kriterijuma RA. Većina pacijenata sa RA takođe pati od ubrzanog gubitka mišićne mase, stanje poznato kao „reumatoidna kaheksija". Javlja se kod dvije trećine svih pacijenata sa RA, uključujući i pacijente sa stabilnim RA. Ovaj gubitak doprinosi invaliditetu i ima značajan uticaj na kvalitet života pacijenata. Smatra se da je reumatoidna kaheksija uzrokovana hipermetabolizmom izazvanim citokinima (uglavnom TNF-a) i razgradnjom proteina 4. Kod pacijenta sa RA, nastaje sinovijalna upala omotača tetive što dovodi do sinovijalne hipertrofije i ponekad infiltracija sinovijalnog tkiva unutar tetive.

Povišeni cirkulišući inflamatorni citokini, takođe utiču na kolagen, vodeći do oštećenja i dezorganizacije strukture tetiva. Osim toga, tetive postepeno gube elastičnost i dolazi do ukočenosit, kao i kod osoba koje nemaju redovno fizičku aktivnost.

Međutim, loša ishrana i smanjena fizička aktivnost takođe doprinose ovom stanju.

Pokazano je da je više od 80% pacijenata sa RA, fizički neaktivno. Ekstremna fizička neaktivnost pacijenata sa RA postaje začarani krug u smislu zdravlja i progresije bolesti. To nam pokazuje da je podsticanje fizičke aktivnosti važan i bitan dio ukupnog lečenje RA. Takođe RA pacijenti imaju predispoziciju za izbegavanjem fizičkih aktivnosti zbog njihovog straha od pogoršanja simptoma bolesti, što doprinosi kardiorespiratornom nedostatku, netoleranciji vježbanja i sedanternom načinu života. Čak i nakon kontrole bolesti, pacijenti i dalje pate od funkcionalnih ograničenja, često vodeći ka radnoj invalidnosti. Međutim, pokazalo se da vježbanje značajno poboljšava neke ili sve simptome RA, posebno fizičko funkcionisanje kao i psihološko blagostanje.

Benefit vježbanja kod pacijenta sa RA

Postoje jaki dokazi koji ukazuju na to da povećana fizička aktivnost i/ili vježbanje mogu istovremeno poboljšati simptome i smanjiti uticaj sistemskih manifestacija u RA. Fizička aktivnost kod pacijenta sa RA, je identifikovana kao jedna od najefikasnije strategije za sprečavanje kardiovaskularnih rizika, a takođe je povezan sa poboljšanjem snage mišića, smanjenjem inflamatorne rekacije, povećanjem funkcionalne sposobnosti i aerobnog kapacitet, smmanjenjem jutarnje ukočenosti i bola, kao i povećanjem kvaliteta života. Benefiti fizičke aktivnosti se mogu postići različitim modalitetima vježbanja: dinamičkim vježbama, aerobikom i vježbama niskog i viskog intenziteta. Međutim, ne postoji jasan konsenzus o najpovoljnijoj vrsti vježbe, intenzitetu vejžbanja, učestalosti i trajanje za RA pacijente.

Ciljevi primene fizioterapije i rehabilitacije kod pacijenata sa RA su sprječavanje invaliditeta, povećanje funkcionalnih sposobnosti,

ublažavanje bolova kao i obrazovanje pacijenata.
Prednosti pravilno osmišljenih programa fizičke aktivnosti, uključuje poboljšanu kardiorespiratornu kondiciju, kardiovaskularno zdravlje i aerobni kapacitet, povećanje mišićne snage, smanjenje masnih naslaga, povećanje pokretljivosti zglobova i fizičkog funkcionisanja, a sve postignuto bez pogoršanja bolesti, aktivnosti ili oštećenje zglobova. Obim pokreta zglobova kao i flekesibilnost se takođe poboljšavaju kao rezultat vježbanja, smanjujući ograničenje kretanja.
Pre početka fizičke aktivnosti, potrebe pacijenata se određuju u skladu sa njihovom nesposobnošću, tako da je neophodna sljedeća procjena:

- Funkcionalna procjena (pokretljivost pacijenta, transfer, analiza hoda, aktivnosti svakodnevnog života);
- Obim pokreta zglobova (ROM) (za sve zglobove);
- Ispitivanje mišićne snage (manuelno ili pomoću izokinetičke opreme);
- Ispitivanje posture;
- Procena respiratorne funkcije.

Treba napomenuti da prisustvo upale, nestabilnost i kontrakture mogu uticati na rezultate ovih procjena i testova.
Međutim, implementacija intervencija za olakšavanje povećane fizičke aktivnosti i/ili vježbanja u okviru rutinske kliničke prakse je spora, ne samo zbog prepreka specifičnih za pacijente i zdravstvenih radnika, već i nedostatka odgovarajuće infrastrukture.

Tabela 1. Vrste vježbi, intezitet i njihovo dejstvo kod pacijenta sa reumatoidnim artritisom

BENEFIT	VRSTA VEŽBI	INTENZITET
Poboljšanje KVS	Vožnja bicikla Hodanje Plivanje Ples	60-80% max SR 30-60 minuta dnevno 3-5x/nedeljno Vremenom povećavati dužinu trajanja

Povećanje mišićne snage	Izometrijske vježbe Vježbe sa otporom uz upotrebu bučica i theraband traka	8-10 vježbi,velika grupa mišića 8-12 ponavljanja/ 2-3serije 2-3x nedeljno Vremenom povećati intenzitet
Povećanje obima pokreta i fleksibilnost	Vježbe istezanja Vježbe za povećanje obim pokreta (ROM) po segementima za gorenje i donje ekstremitete Joga Pilates	10-15 minuta svkog dana 2x nedeljno 2x nedeljo
Poboljšanje balansa	Stav na jednoj nozi Balans platforme Jačanje mišića cora	Svakodnevno

*KVS-kardiovaskularni sistem, SR-srčana frekvencija

Preporučene vježbe:

I VJEŽBE ISTEZANJA

Svakodnevno istezanje može uveliko poboljšati obim pokreta zahvaćenih zglobova, kao i neoštećenih zglobova, smanjiti ukočenost i bol, pri određenim pokretima.

1. Vježbe istezanja vratne kičme

A) Zauzmite početni položaj, sjedite ispred ogledala (uvucite stomak, ramena su prema nazad, isprsite grudi prema naprijed, leđa prava, koliko ste u mogućnosti) kao na slici.

B) Iz početnog položaja, suprotnom rukom, lagano povucite vrat prema ramenu, kao da uhom hoćete da dotaknete rame, pri čemu ne odižete rame. Vježbu ponovite 6-8 puta.

C) Iz početnog položaja, suprotnom rukom, lagano povucite vrat prema ramenu, kao da uhom hoćete da dohvatite rame, pri čemu ne odižete rame, suprotna strana u odnosu na vježbu na slici B. Vježbu ponovite, ukupno 6-8 puta.

D) Iz početnog položaja, suprotnom rukom pomjerite vrh brade prema ramenu, kao da se okrećete polako u stranu. Vježbu ponovite za svaku stranu vrata, ukupno 6-8 puta za svaku stranu.

E) Iz početnog položaja kao na slici A, pomerajte glavu prema naprijed, tako da bradom dodirnete grudni koš. Vježbu ponovite 6-8 puta.

F) Iz početnog položaja, kao na slici A, pomerajte glavu prema pozadi. Vježbu ponovite 6-8 puta.

Slika A

Slika B

Slika C

Slika D

Slika E

Slika F

2. Vježbe istezanja kičmenog stuba

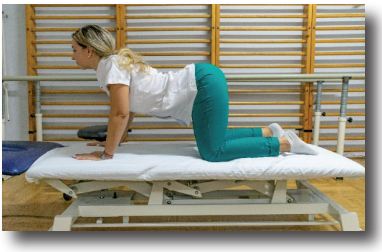
A) Zuzmite četvoronožni položaj (oslonite se rukama i koljenima na pod, laktovi su ispruženi, kuk i koljeno po mogućnosti pod uglom od 90 stepeni). Iz početnog položaja, pri dubokom udahu na nos, zaokružite (izvijte leđa na gore) leđa na gore, uvlačeći stomak, kao kad se mačka izvija. Zadržite položaja 3 sekunde. Vježbu ponovite 6-8 puta.

B) Iz pozicije kao u predhodnoj vježbi, izdahnite, postepeno opuštajući leđa i stomak i podižući glavu ka plafonu. Zadržite položaj 3 sekunde. Vježbu ponovite 6-8 puta.

C) Iz položaja na stomaku, odignite se na šake, izvijajte glavu, ramena i trup put pozadi, ali samo do granice koja Vam prija. Zadržite položaj 3-5 sekundi. Vježbu ponovite 6-8 puta.

D) Oslonite se na raširena koljena, a zatim sjednite na pete pri čemu su ruke položene put naprijed na podlozi, sa grudima što više prema podlozi. Pri svakom izdisaju, pokušajte da rukama idete što više naprijed. Zadržite položaj 3-5 sekundi. Vježbu ponovite 6-8 puta.

Slika A



Slika B

Slika C

Slika D

III Vježbe istezanja fleksora kuka

A) Iz položaja na leđima, spustite da visi jedna noga, pri čemu je druga noga ispružena na krevetu. Osjetićete prijatno istezanje u preponi. Zadržite položaj 3-5 sekundi. Vježbu ponovite za svaku stranu 3 puta.
B) Iz položaja na leđima spustite obije noge kao na slici. Osjetićete prijatno istezanje u obije prepone istovremeno. Zadržite položaj 3-5 sekundi. Vježbu ponovite 3 puta.

Slika A

Slika B

IV Vježbe istezanja zadnje lože natkoljenice

A) Zaumite položaj na leđima, jednu nogu flektirajte (savijte) u koljenu i oslonite celim stopalom na pod, drugu nogu podigne pod uglom od 90 stepeni u kuku. Rukama uhvatite ispravljenu nogu ili za koljeno ili za potkoljenicu. Zadržite položaj 3-5 sekundi, koliko Vam prija. Vježbu ponovite 3 puta za svaku nogu posebno.
B) Iz istog položaja, nogu koja je bila savijena u koljenu, ispravite po podlozi a drugu nogu flektirajte u kuku i koljenu, obuhvatite tako savijenu nogu obijema rukama i povucite prema grudima. Zadržite položaj 3-5 sekundi, koliko Vam prija. Vježbu ponovite 3 puta za svaku nogu posebno.

Slika A

Slika B

II AEROBNE VJEŽBE

Za poboljšanje zdravlja srca i kardiovaskularne izdržljivosti, preporučene aktivnosti su pješačenje, ples, plivanje, vožnja bicikla. Ovim aktivnostima se povećava izdržljivost i jačanje mišića, a izbjegava preveliki stres i opterećenje zglobova.
Prema opštim smjernicama, preporuke su, da se upražnjava 30 minuta fizičke aktivnosti 3-5 puta tokom nedelje i to u kontinuitetu 30 minuta ili da kombinujete više aktivnosti od 10 do 15 minuta. Ukoliko duže vremena nijeste vježbali, trebalo bi da počnete sa kraćim intervalima (npr. 5 do 10 minuta). Kada počnete, vježbajte manje nego što mislite da možete. Svaki sledeći put povećavajte intenzitet. Uvijek započnite fizičku aktivnosti laganim pokretima (vježbama zagrevanja) da biste zagrijali tijelo i zglobove. To može da spriječi bol i povrede tokom fizičih aktivnosti. Postepeno završavajte fizičke aktivnosti laganim pokretima i istezanjem. To može da spreči bol u mišićima i ukočenost narednog dana. Ukoliko Vam je teška i sama pomisao na bilo koje fizičke aktivnosti-trening, probajte da povećate Vaše dnevne aktivnosti (npr: izađite iz autobusa jednu ili dvije stanice prije vaše stanice i prepješačite ostatak puta; popnite se stepenicama umjesto da čekate lift; parkirajte auto malo dalje umjesto da tražite najbliže mjesto za parkiranje).

III VJEŽBE DISANJA

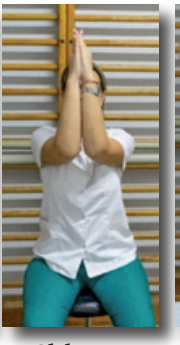
Respiratorna rehabilitacija poboljšava kvalitet života tako što smanjuje osjećaj otežanog disanja, poboljšava toleranciju fizičkog napora, smanjuje napetost mišića.

A) Zauzmite početni položaj, sjedite ispred ogledala (uvucite stomak, ramena su prema nazad, isprsite grudi prema naprijed, leđa prava, koliko ste u mogućnosti). Ispružite ruke u visini ramena i spojite dlanove.
B) Iz predhodnog položaja, udahnite na nos i otvarajte grudni koš, pomjeranjem ruku u stranu kao na slici. Pokret treba da je lagan i u skladu sa disanjem. Vratite ruke u visini ramena, spojite dlanove i izdišite na usta, kao na slici A. Izdisaj neka traje do 3 sekunde. Ponovite vježbu A i B zajedno 6-8 puta.
C) Iz početnog položaja kao na slici A, pri udisaju na nos, otvarajte jednu ruku u stranu, pri čemu je druga u visini ramena. Pri vraćanju ruke u početni položaja, duboki izdisaj na usta. Pokret neka traje 3-5 sekundi. Ponovite vježbu 6-8 puta, za svaku ruku posebno.
D) Iz početnog položaja, ruke su u visini ramena, savijene u laktu pod uglom od 90 stepeni i spojenih dlanova. Otvarajte grudni koš, pomjernjem ruku u stranu kao na slici E, uz dubok udisaj na nos. Pri vraćanju u početni položaj, kao na slici D, izdisaj na usta. Pokret neka traje 3-5 sekundi. Ponovite vježbu 6-8 puta.

Slika A

Slika B

Slika C



Slika D

Slika E

Joga, Tai Chi, pilates, kombinuju duboko disanje, tečne pokrete, nježne poze i meditaciju, povećavaju obim pokretljivosti, fleksibilnost, balans, kordinaciju, ravnotežu i raspon pokreta, a istovremeno smanjuju stres.

IV VJEŽBE ZA POVEĆANJE OBIMA POKRETA (ROM)

1 Vježbe za povećanje obima pokreta gornjih ekstremiteta

A) Zauzmite početni položaj, sjedite na udobnoj stolici i postavite podlakticu i šaku na sto (horizontalni položaj), sa dlanom okrenutim nadolje, oslonjenim na podlogu.

B) Iz početnog položaja kao na slici A, razdvajate i skupljate prste zajedno, po podlozi. Ponovite vježbu 10 puta, pojedinačano za svaku šaku.

C) Iz početnog položaja kao na slici A, podižite jedan po jedan prst, naizmjenično nagore i vraćajte u početni položaj. Zatim podignite sve prste zajedno nagore. Ponovite vježbu 10 puta pojedinačano za svaku šaku.

Slika A

Slika B

Slika C1

Slika C2

D) Iz početnog položaja, podižite prste i ručni zglob nagore (dorzifleksija), pri čemu ne odižete podlakticu sa podloge. Ponovite vježbu 10 puta pojedinačano za svaku šaku.

Slika D

E) Zauzmite početni položaj, sjedite na udobnoj stolici i oslonite ruku na lakat. Iz tog položaja otvarajte i zatvarajte šaku, pri čemu su prsti razdvojeni kad se šaka otvara (slika E1), a spojeni kad se šaka zatvara (slika E2). Ponovite vježbu 10 puta pojedinačano za svaku šaku.

Slika E1

Slika E2

F) Početni položaj je kao u vježbi E, palcem nježno dodirnite vrh svakog prsta pojedinačno. Ponovite vježbu 10 puta pojedinačano za svaku šaku.

Slika F1

Slika F2

G) Zauzmite početni, stojeći položaj ispred ogledala. Uzmite bučicu od 0.5 - 1 kg, nadlaktica je priljubljena uz grudni koš, a podlaktica

gradi ugao od 90 stepeni (slika G1). Rotirajte podlakticu na jednu, pa na drugu stranu (Slika G2). Ponovite vježbu 10 puta pojedinačano za svaku ruku.

Slika G1

Slika G2

H) Zauzmite početni položaj, sjedite na udobnoj stolici i postavite podlakticu i šaku na sto (horizontalni položaj), sa dlanom okrenutim nadolje, oslonjenim na podlogu (slika H1). Podižite lakat od podloge, koliko je moguće, uz pritisak dlanom na sto (slika H2). Vježbu ponovite 10 puta pojedinačno za svaku ruku.

Slika H1

Slika H2

I) Zauzmite početni, stojeći položaj ispred ogledala. Podignite ruke do 90 stepeni (u visini ramena) nadlaktice postavite paralelno sa podlogom, laktovi su savijeni po uglom od 90 stepeni (Slika I1).

Podižite podlaktice nagore i spuštajte nadole (Slike I2 i I3). Ponovite vježbu 10 puta.

Slika I1

Slika I2

Slika I3

J) Zauzmite početni, stojeći položaj ispred ogledala. Ispravite ruke pod uglom od 45 stepeni (Slika J1). Savijajte laktove prema ramenima, tako da prsti dotaknu ramena i ispružite ponovo (slika J2). Vježbu ponovite 10 puta.

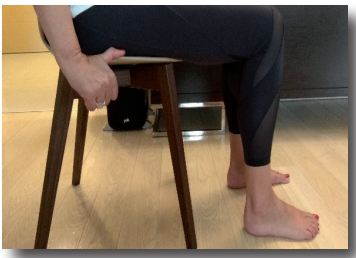
Slika J1

Slika J2

2 Vježbe za povećanje obima pokreta donjih ekstremiteta
A) Lezite na leđa. Jedna noga je potpuno ispravljena, a drugu nogu savijajte u kuku i koljenu, povlačeći je rukama prema grudnom košu. Zatim zamijenite noge i ponovite isto. Vježbu ponovite 10 puta.

Slika A

B) Sjedite na stolicu, sa savijenim koljenima i kukom pod uglom od 90 stepeni, sa stopalima oslonjenim na podlogu (Slika B1). Zatim ispravite jednu nogu do visine koljena i kuka, zadržite 3-5 sekundi (Slika B2). Zamijenite noge i ponovite isto. Vježbu ponovite 10 puta.



Slika B1

Slika B2

C) Početni položaj je isti kao u predhodnoj vježbi. Odižite stopala, prednji dio prema gore (dorzifleksija), put glave, ne odižući pete od podloge. Vježbu ponovite 10 puta.

Slika C

D) Početni položaj je isti kao u predhodnoj vježbi. Odižite stopala, zadnji dio prema gore, ne odižući prste od podloge. Vježbu ponovite 10 puta.

Slika D

V VJEŽBE BALANSA

A) Zuzmite stojeći položaj ispred ogledala. Ruke ispružite u visini ramena, put naprijed, pod uglom od 90 stepeni, stegnite trbušne mišiće, odignite jednu nogu iznad poda, potpuno zategnutu. Ipred sebe fiksirajte jednu tačku pogledom. Zadržite polažaj 6-8 sekundi. Vježbu ponovite 2-4 puta, za svaku stranu pojedinačno.

Slika A

B) Iz početkog položaja, kao u prethodnoj vježbi, odignite jednu nogu, savijenu u koljenu, sa rukama raširenim u visini ramena sa strane. Ispred sebe fiksirajte jednu tačku pogledom. Zadržite polažaj 6-8 sekundi. Vježbu ponovite 2-4 puta, za svaku stranu pojedinačno.

Slika B

C) Iz početkog položaja kao u prethodnoj vježbi, odignite jednu nogu, sa strane, sa rukama stavljenim na bok. Ipred sebe fiksirajte jednu tačku pogledom. Zadržite polažaj 6-8 sekundi. Vježbu ponovite 2-4 puta, za svaku stranu pojedinačno.

Slika C

Edukacija

Kod pacijenata sa RA, često se susreću psihološko-sociološki faktori koji utiču na proces bolesti, kao što su loši društveni odnosi, poremećaj komunikacije sa okolinom, depresija, itd. Multidisciplinarani pristup liječenja pacijenta sa RA, uz učešće reumatologa, ortopeda, fizijatra, fizioterapeuta psihologa i socijalnih radnika, je veoma značajan. Na ovaj način dobijale bi se informacije o prednostima i štetnim efektima medikamentozne terapije, značaju fizioterapije, kineziterapije, vrsti, intenzitetu vježbi, načinu izvođenja uz zaštitu zglobova, upotrebi ortoze, metodama psihološkog suočavanja, samoopuštanju, itd. Takođe značaj edukacije i pravovremene i ispravne informacije pacijentima o različitim mogućnostima fizikalne terapije i rehabilitacije koje su na raspolaganju za poboljšanje njihovog kvaliteta života, su veoma značajne.

Literatura:

1. Firestein GS, Kelley WN Etiology and pathogenesis of rheumatoid arthritis., Kelley's Textbook of Rheumatology. 8th ed. Philadelphia, Pa.: Saunders/Elsevier; 2009: 1035-1086.

2. Daniele PERES, Yoshimasa SAGAWA Jr et all, The practice of physical activity and cryotherapy in rheumatoid arthritis: systematic review. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine 2017 October;53(5):775-87 DOI: 10.23736/S1973-9087.16.04534-2

3. D el Rincón I, Williams K, Stern MP, Freeman GL, Escalante A. High incidence of cardiovascular events in a rheumatoid arthritis cohort not explained by traditional cardiac risk factors. Arthritis Rheum 2000; 44: 2737-45.

4. R. Roubenoff, R. A. Roubenoff, J. G. Cannon et al., "Rheumatoid cachexia: cytokine-driven hypermetabolism accompanying reduced body cell mass in chronic inflammation,"Journal of Clinical Investigation, vol. 93, no. 6, pp. 2379–2386,1994.

Pripremili:

1. Prim.dr Sonja Nejkov, spec.fizikalne medicine i rehabilitacije, Klinički Centar Crne Gore, Centar za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju

2. Fizioterapeut Obrad Bulatović, spec.primjenjene fizioterapije, Klinički Centar Crne Gore, Centar za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju

Zahvaljujemo se fizoterapeutkinji Mariji Šćepanović, mr primjenjene fizioterapije, Klinički Centar Crne Gore, Centar za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, na pomoći u izradi fotografija.

ZAJEDNO SMO JAČI!

Udruženje za pomoć oboljelima
od reumatskih bolesti
CRNA GORA

JA IMAM
REUMATSKU
BOLEST
ALI ONE
NEMA MENE

Udruženje za pomoć oboljelim od reumatskih bolesti
Ul. Jerevanska 40 ,Podgorica
Tel: +382 20 673 942
Mail: nvoreumacg@gmail.com
Sajt: www.nvo-ram.me

Zahvaljujemo se donatorima koji su omogućili
da se ova informativna brošura odštampa.

ArtgrafikA ŠTAMPARIJA
SPIN
MSD INVENTING FOR LIFE
glosarij cd

18 godina udruženja

RA

Reumatoidni artritis

KOLIKO JE ZNAČAJNO VJEŽBANJE?!

Udruženje za pomoć oboljelima
od reumatskih bolesti
CRNA GORA