

## **Cjelovit pristup rehabilitaciji bolesnika s reumatoidnim artritismom**

**Zoja GNJIDIĆ**

*Poliklinika za reumatske bolesti, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju*

*Dr. Drago Čop Zagreb*

*Primljeno / Received : 2007-10-13; Prihvaćeno / Accepted: 2007-10-22*

### **Sažetak**

Terapija reumatoidnog artritisa (RA) doživjela je znatna poboljšanja tijekom prošlog desetljeća. Iako su najveća dostignuća bila u medikamentoznoj terapiji, neki od lijekova imaju određena ograničenja poput sistemnih nuspojava i izostanka terapijskog učinka. Zbog tih ograničenja još nema idealne terapije za RA. Prema tome, fizikalna terapija još je uvijek jedna od najvažnijih komponenti terapije u svim stadijima bolesti. Postizanje dobrog odgovora na terapiju u ranim stadijima bolesti ključno je u smanjenju oštećenja zglobova, otklanjanju boli i smanjenju funkcionalnog propadanja karakterističnog za RA.

Ovaj članak govori o mjestu i ulozi fizikalne terapije u RA.

**Ključne riječi:** rehabilitacija, reumatoidni artritis, cjelovit pristup

### **Overall approach to rehabilitation of patients with rheumatoid arthritis**

**Zoja GNJIDIĆ**

*Institute of rheumatology, physical medicine and rehabilitation*

*Dr. Drago Čop Zagreb*

### **Summary**

Therapy for rheumatoid arthritis (RA) has seen significant advances over the past decade. Even though the most important improvement has been achieved in medicament therapy, some of the drugs have certain limitations such as systemic side effects, and a lack of curative response. Such medicament limitations make the ideal therapy for RA unrealized. Therefore, applying physical therapy is still one of

the most important components of therapy in all stages of the disease. Attaining a good response to therapy early in the disease process is key to minimizing the joint damage, relieving pain, improving mobility and functional decline characteristic of RA.

This review will discuss the place and the role of physical therapy in RA.

**Key words:** rehabilitation, rheumatoid arthritis, complex approach

## Uvod

Reumatoidni artritis (RA) kronična je, progresivna autoimuna bolest nepoznate etiologije. Unatoč brojnim terapijskim mogućnostima, u nekim slučajevima bolest i dalje napreduje, dovodeći do teških oštećenja, invalidnosti ili čak smrti. Očekivano trajanje života u takvih bolesnika skraćeno je za sedam godina u muškaraca i tri godine u žena, najčešće zbog razvoja komplikacija bolesti. Rana dijagnoza i terapija presudni su za ishod liječenja, a terapijski imperativ je kontrola simptoma upale, prevencija zglobnih oštećenja i nesposobnosti, te postizanje remisije (1).

**Cilj liječenja** reumatoidnog artritisa je:

1. kontrola upalnog procesa
2. redukcija simptoma (bol, otekline, zakočenost)
3. uspostava funkcije zahvaćenog zgloba
4. sprječavanje strukturnih oštećenja i deformiteta
5. poboljšanje kvalitete života.

Liječenje se provodi farmakološkim i nefarmakološkim postupcima. Danas je velik napredak postignut u primjeni ciljane medikamentne terapije, iako se u 7% bolesnika čija bolest traje do pet godina i u 50% onih koji boluju više od 10 godina razvije funkcionalna nesposobnost.

Medikamentna se terapija dijeli na lijekove za uklanjanje boli, lijekove koji modificiraju bolest, biološke lijekove, eksperimentalnu terapiju i lijekove za liječenje komplikacija bolesti (anemija, osteoporoza, vaskulitis, amiloidoza i druge).

Fizikalna terapija i rehabilitacija sastavnica su liječenja bolesnika s reumatoidnim artritisom u svim stadijima bolesti, iako statistički podaci pokazuju da je samo oko 26% bolesnika s reumatoidnim artritisom uključeno u regularnu rehabilitaciju (2).

Svrha je fizikalne terapije prevenirati oštećenje i uspostaviti funkciju primjenom različitih terapijskih modaliteta, medicinskih vježbi, ortopedskih (rehabilitacijskih) pomagala i edukacije.

**Uloga fizikalne terapije i rehabilitacije** je važna od samih početaka bolesti, a glavne su joj odrednice:

1. edukacija bolesnika
2. oslobađanje boli i redukcija otekline
3. mobilizacija zglobova i sprječavanje deformiteta
4. uspostava mišićne snage i prevencija atrofije
5. povećanje opsega pokreta i funkcije zglobova.

Kako se reumatoidni artritis najčešće pojavljuje u dobi između 35. i 50. godine i osjetno reducira radnu sposobnost, to potiče potrebu za edukacijom o samoj bolesti i zaštititi zglobova od nastalog ili mogućeg oštećenja, rasterećenja zglobova, primjeni ortopedskih pomagala i prilagodbi dnevnih aktivnosti, te modifikaciji radnog mjesta (3).

Sama edukacija nije dostatna i ima mali učinak na nastanak i razvoj funkcijske nesposobnosti, broj zahvaćenih zglobova, te ukupno psihološko stanje i depresiju tijekom dužeg praćenja (3).

**Mirovanje**, kao terapijska mogućnost, preporuča se kratkotrajno kod upalno promijenjenog zglobova za vrijeme akutne aktivnosti, kada je svrha mirovanja smanjenje bola i upale zahvaćenog zglobova, te poboljšanje općeg stanja bolesnika. Dugotrajno nekontrolirano mirovanje može dovesti do razvoja komplikacija bolesti (od kontraktura, gubitka mišićne snage i mase, osteoporoze i smanjenja aerobnog kapaciteta do kardiovaskularnog i respiratornog popuštanja) (2).

U ranim radovima Müllera i sur. bolesnici koji su strogo mirovali na dan su gubili 1 – 1,5% početne snage tijekom dvotjednog praćenja (2).

**Kineziterapija** ima središnje mjesto u rehabilitaciji oboljelih od reumatoidnog artritisa. Njome se postiže poboljšanje pokretljivosti i funkcije zglobova. Kineziterapija ima učinak i u psihološkom i u fiziološkom smislu (1,4). Fiziološki učinci uključuju smanjenje rizika nastanka komplikacija RA (koronarna bolest, povišeni tlak, osteoporoza, dijabetes, prekomjerna tjelesna težina), dok psihološka korist počiva na smanjenju anksioznosti i razvoja depresije, poboljšanju općeg stanja i postizanju relaksacije.

Preporučeni programi su vježbe istezanja, mišićnoga dinamičkog i izometričkog snaženja, aerobne vježbe i rekreativno vježbanje (4,5,6). Dinamičke vježbe

su pokazale učinkovitost na smanjenje bola, porast aerobnog kapaciteta i poboljšanje snage okolozglobne muskulature i zglobne pokretljivosti, a učinkovitost na smanjenje radiološke progresije bolesti nije dokazana (7,11). Učinci hidroterapije na bolesnike s reumatoidnim artritisom još nisu dovoljno istraženi, ali zasigurno imaju pozitivan učinak uz razne mehanizme (mehanički, kemijski, fizikalni) koje voda kao medij pruža (1,14).

Odabir programa i intenziteta vježbanja počiva na kliničkom nalazu, kao i na mjestu za koje se određene vježbe primjenjuju. Tako će se za neupalno promijenjeni zglob moći primijeniti većina vježbi bez ograničenja.

**Kineziterapija** za bolesnike s reumatoidnim artritisom mora biti kreirana tako da:

1. bude sigurna (polagani početak i postupna progresija intenziteta, trajanja i opsega pokreta)
2. onemogućiti nagle, agresivne, opetovane pokrete zahvaćenog zgloba, radi zaštite od daljeg oštećenja
3. i individualno prilagođena.

Ostali **modaliteti** fizikalne terapije i rehabilitacije za reumatoidni artritis (elektroprocedure, termoterapija, svjetlosna terapija, manualna terapija, elektrostimulacija i druge) mogu se primijeniti ciljano na zahvaćeni zglob, poštujući pritom saznanja medicine temeljene na dokazima Evidence Based Medicine - (EBM) o specifičnim učincima pojedinih terapijskih procedura za reumatoidni artritis (7,8,9,10,11,12,14).

U bolesnika s reumatoidnim artritisom indicirana je i rana primjena ortoza i udlaga, s ciljem prevencije ili korekcije deformiteta i poboljšanja i/ili uspostavljanja funkcije zahvaćenog zgloba (najčešće šake, stopala, koljena, ramena) (13).

Pritom moramo poznavati strukturu oštećenja, opseg pokreta zgloba, mišićni tonus, mišićnu snagu i koordinaciju te ortozu ili pomagalo koje želimo aplicirati.

U rutinski rad nužno je ugraditi i metode kvantitativne kliničke reumatologije za praćenje aktivnosti bolesti, strukturnih oštećenja i funkcionalne ne/sposobnosti i prema njima individualno kreirati postupke i ishod liječenja.

**Prehrana** i različiti dodatci prehrani koji se sugeriraju bolesnicima s ranim reumatoidnim artritisom nisu pokazali učinkovitost i nisu dio terapijskog programa u ovih bolesnika (13).

## Literatura:

1. Li L C, Iversen MD. Outcome of patient with rheumatoid arthritis receiving rehabilitation. *Rehabilitation medicine in rheumatic diseases. Curr Opin Rheumatol* 2005;17(2):172-6.
2. Mueller EA. Influence of training and of inactivity on muscle strength. *Arch Phys Med Rehabil* 1970;51:449-62.
3. Riemsma RP, Kirwan JR, Taal E, Rasker JJ. Patient education with rheumatoid arthritis. *Cochrane Database of systematic reviews* 2007, Issue 3.
4. Ytterberg SR, Mahowald ML, Krug HE. Exercise for arthritis. *Baillieres Clin Rheumatol* 1994;8:161-189.
5. deJong Z, MunnekeM, Zwinderman AH i sur. Is a long term high-intensity exercise program effective and safe in patients with rheumatoid arthritis? Results of a randomised controlled trial. *Arthritis Rheum* 2003;48(9);2415-24.
6. ven den Ende CH, Breedveld JM, Le Cessie S, Dijkmans BA, Demug AW, Hazes JM. Effect of intensive exercise on patients with active rheumatoid arthritis: a randomised clinical trial. *Ann Rheum Dis* 2000;59(8);615-21.
7. Ottawa Panel Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Therapeutic Exercises in Management of Rheumatoid Arthritis in adults. *Phys Ther* 2004;84:934-72.
8. Hakkinen A. Effectiveness and safety of strength training in rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2004;16:132-7.
9. Casimiro L, Brosseau L, Robinson V i sur. Therapeutic ultrasound for the treatment of rheumatoid arthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3.
10. Brosseau L, Yonge KA, Robinson V i sur Transcutaneous electrical nerve stimulation for the treatment of rheumatoid arthritis in the hand. *Cochrane Database of Systemic Reviews* 2007, Issue 3.
11. Ahlman A. Pathway to independence:Physical therapy for Patient with Rheumatoid Arthritis. *Med Gen Med* 2004;6(2):9.
12. Krabak B, Minkoff E. Rehabilitation management of rheumatoid arthritis. Dostupno na [http://www.hopkins-arthritis.org/mngmnt/ra\\_rehab](http://www.hopkins-arthritis.org/mngmnt/ra_rehab).
13. GossecL, Pavy S, Pham T i sur. Nonpharmacological treatments in early rheumatoid arthritis: Clinical practice guidelines based on published evidence and expert opinion. *Joint Bone Spine* 2006;73:396-402.
14. Kavuncu V, Evcik D. Physiotherapy in rheumatoid arthritis. *Med Gen Med* 2004; 6(2):3.