

# NEFARMAKOLOŠKO LIJEČENJE PSORIJATIČNOG ARTRITISA

## NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF PSORIATIC ARTHRITIS

Ana Poljičanin, Tonko Vlak

Zavod za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju s reumatologijom, Klinički bolnički centar Split,  
Katedra za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, Hrvatska

Adresa autora za dopisivanje:

**Prof. dr. sc. Tonko Vlak, dr. med.**

Zavod za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju s reumatologijom

Klinički bolnički centar Split

Šoltanska 1

21000 Split

Hrvatska

tel.: +38521557563

e-mail: tonkovlak@gmail.com

Primljeno/Received: 10. 8. 2017.

Prihvaćeno/Accepted: 23. 8. 2017.

### SAŽETAK

U ovome preglednom članku donosimo osvrt na postojeće kliničke dokaze i dostupne mogućnosti nefarmakološkog liječenja psorijatičnog artritisa. Iako posljednjih dvadeset godina interes za područje reumatološke rehabilitacije ubrzano raste, načela rehabilitacije psorijatičnog artritisa, zbog nedostatka relevantnih dokaza, „posuđena“ su i najčešće temeljena na spoznajama o nefarmakološkom liječenju ankilozantnog spondilitisa i reumatoidnog artritisa. Randomizirana kontrolirana istraživanja malobrojna su i loše kvalitete, a uglavnom su usmjerena na istraživanje učinkovitosti edukacije, terapijskih vježba i balneoterapije. Možemo zaključiti da je psorijatični artritis trenutačno djelomično „zanemarena“ bolest u rehabilitacijskom smislu u odnosu prema drugim reumatskim bolestima. Danas postoji imperativ ranog i usmjerenog početka te interdisciplinarnog pristupa rehabilitaciji psorijatičnog artritisa, utemeljenog na bolesnikovim željama i potrebama te provedbi kvalitetnih kliničkih istraživanja iz područja nefarmakološkog liječenja i rehabilitacije psorijatičnog artritisa.

**KLJUČNE RIJEČI:** Psorijatični artritis – liječenje, rehabilitacija; Fizioterapijski postupci – metode; Terapijske vježbe – metode; Balneologija; Edukacija bolesnika

### ABSTRACT

In this review article, we present an overview of existing clinical evidence and available non-pharmacological treatments of psoriatic arthritis. Although interest in the rehabilitation of rheumatic diseases has been steadily increasing over the past 20 years, the principles of psoriatic arthritis rehabilitation are still mostly based on the non-pharmacological treatment options for ankylosing spondylitis and rheumatoid arthritis. Randomized controlled trials are small and of poor quality, and are mainly focused on the research of effectiveness of education, therapeutic exercises, and balneotherapy. It can be concluded that, as far as rehabilitation is concerned, psoriatic arthritis is currently “neglected” compared to other rheumatic diseases. Today, early and targeted treatment initiation is imperative, along with an interdisciplinary approach to the rehabilitation of psoriatic arthritis based on patient wishes and needs, as well as the implementation of quality clinical research in the non-pharmacological treatment.

**KEYWORDS:** Arthritis, psoriatic – rehabilitation, therapy; Physical therapy modalities – methods; Exercise therapy – methods; Balneology; Patient education as topic

### Uvod

Psorijatični artritis (PsA) kronična je, višesustavna, autoimunosna bolest koja zahvaća kožu i mišićno-koštani sustav te ima progresivan tijek tako da je teret ne

samo oboljelom pojedincu i njegovoj obitelji nego i društvu u cjelini, a incidencija i prevalencija PsA u porastu su (1). Napredak u liječenju PsA, postignut uvođenjem bioloških lijekova uz dosadašnje lijekove koji

modificiraju bolest (DMARDs), uvelike je promijenio paradigmu liječenja, prebacujući naglasak s dosadašnjeg liječenja simptoma na usporavanje progresije bolesti (2). Unatoč tom napretku, a zbog kasnog dijagnosticiranja i kasnog početka liječenja, velik broj oboljelih i dalje ima znatna funkcionalna oštećenja (3). Upravo zbog toga valjane kliničke smjernice za postizanje optimalnog liječenja PsA preporučuju primjenu i farmakološkog i nefarmakološkog liječenja (NFL) (4). Pri tome su glavni ciljevi rehabilitacije reumatoloških bolesti, uključujući i PsA, kontrola simptoma i progresije bolesti te smanjenje utjecaja bolesti na funkcionalne mogućnosti, kvalitetu života, psihičko i socijalno zdravlje te radni status oboljelog (5). Iako posljednjih dvadeset godina interes za područje reumatološke rehabilitacije ubrzano raste, načela rehabilitacije PsA, zbog nedostatka relevantnih dokaza, „posuđena“ su i temeljena na spoznajama o NFL-u ankilozantnog spondilitisa (AS) i RA (6). Možemo zaključiti da je PsA trenutno djelomično „zanemarena“ bolest u rehabilitacijskom smislu, a u odnosu prema drugim reumatskim bolestima. Stoga se s pravom nameće pitanje: „Možemo li napraviti korak više u evaluaciji stanja oboljelih, edukaciji bolesnika, postavljanju specifičnih rehabilitacijskih ciljeva i učinkovitijoj primjeni dostupnog NFL-a, a sve radi smanjenja aktivnosti bolesti, poboljšanja kvalitete života i društvene uključenosti oboljelog pojedinca?“ Zbog svega navedenoga danas postoji imperativ ranog i vrlo usmjerenog početka rehabilitacije PsA i potreba interdisciplinarnog pristupa utemeljenog na bolesnikovim željama i potrebama te provedbi kvalitetnih kliničkih istraživanja iz područja NFL-a.

U ovome preglednom članku donosimo osvrt na postojeće kliničke dokaze i dostupne mogućnosti NFL-a PsA.

## Metode

Za potrebe izrade ovoga preglednog članka pretražene su baze podataka relevantne za područje fizikalne i rehabilitacijske medicine: PEDro (*Physiotherapy Evidence Database*), Medline i *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Dodatno su pretražene referencije relevantnih radova uključenih u pregledni članak. U razmatranje su prihvaćeni samo članci koji su se odnosili na NFL PsA kod osoba starijih od 18 godina, a objavljeni su zaključno do svibnja 2017. g. Uključeni su radovi pisani na engleskom i hrvatskom jeziku. Uporabom MeSH ključnih riječi: psorijatični artritis, spondiloartropatije, modaliteti fizikalne terapije i rehabilitacija, a nakon isključenja protokola, dvostruko ponovljenih članaka i članaka koji se ne odnose na nefarmakološko liječenje, nađeno je ukupno 17 relevantnih članaka.

Dva su istraživača neovisno odabrala članke koji odgovaraju gore navedenim kriterijima te su prikupili relevantne podatke.

## Rezultati

### *Pregled dosad objavljenih preporuka o liječenju PsA*

Najnovije preporuke za liječenje PsA Europske lige protiv reumatizma (EULAR), Grupe za istraživanje i procjenu psorijaze i PsA (GRAPPA) te ASAS-a ne sadržavaju preporuke za NFL PsA.

EULAR je 2015. g. izdao smjernice za edukaciju oboljelih od reumatskih bolesti utemeljene na srednje do visokokvalitetnim dokazima i mišljenju stručnjaka (7). Nekoliko europskih reumatoloških društava također je izdalo smjernice za liječenje PsA, ali ni u jednim smjernicama ne nalazimo podatke o preporukama utemeljenim na dokazima o upotrebi različitih oblika NFL-a (8, 9).

Škotske nacionalne smjernice naglašavaju važnost edukacije bolesnika te uključivanje udruga bolesnika u upravljanje tijekom liječenja bolesti (10). Sustavni pregled NFL-a PsA donose nam tri rada: Ritchlina, Lubrana te Reimolda i suradnika čije se preporuke uglavnom temelje na podacima o NFL-u kod AS-a (4, 6, 11).

GRAPPA, predvođena Ritchlinom i sur. (2008.), kod blage do umjerene aksijalne manifestacije bolesti uz farmakološko liječenje preporučuje kombiniranje fizikalne terapije i edukacije, kao i primjenu fizikalne terapije kod blagog entezitisa (4).

Lubrano i sur. (2009.) preporuke su za NFL podijelili prema dominantnom obliku bolesti (zahvaćenost kralježnice ili perifernih zglobova). Pri tome je snažan naglasak uz edukaciju i radnu terapiju stavljen na terapijske vježbe, koje su uključivale vježbe snage, vježbe istezanja i vježbe za opću kondiciju, s dodatkom vježba disanja i posturalnih vježba kod osoba koje su imale predominantno aksijalni tip PsA. Ako je potrebno, prema njihovim preporukama, u rehabilitacijski protokol mogu se uključiti i „različiti oblici fizikalne terapije“, ali se ne specificira koji su to „oblici“ (6).

Reimold i sur. (2014.) naglašavaju učinkovitost terapijskih vježba za poboljšanje funkcionalnog statusa, smanjenje aktivnosti bolesti i povećanje sposobnosti širenja prsnog koša. Pri tome bolji kratkotrajan učinak imaju grupne vježbe pod nadzorom nego vježbe bez nadzora koje se provode u kućnim uvjetima. Radi poboljšanja dugoročnog ishoda bolesti potrebno je promovirati prestanak pušenja te regulaciju tjelesne težine (11).

### *Pregled rezultata pretraživanja prema oblicima NFL-a kod PsA*

U rezultatima su prikazani samo rezultati studija čiji se podaci temelje na istraživanju učinaka NFL-a kod oboljelih od PsA.

#### 1. Edukacija

Oboljeli od PsA imaju veliku potrebu za poznavanjem karakteristika i načina liječenja bolesti te aktiv-

nim sudjelovanjem u donošenju odluka o liječenju (12). Budući da je edukacija jedna od temeljnih sastavnica rehabilitacijskog procesa, uputno je prije odluke o obliku i načinu edukacije reumatoloških bolesnika odrediti koje su njihove najvažnije potrebe (12). Dva presječna istraživanja na ukupno 3318 osoba oboljelih od reumatskih bolesti (od kojih 934 sa PsA) proučavala su učinkovitost upitnika za procjenu obrazovnih potreba bolesnika (*The Educational Needs Assessment Tool – ENAT*) (13, 14). Obje su studije potvrdile valjanost i pouzdanost upitnika (13, 14). Dok Ndosi i suradnici nisu ustanovili utjecaj osobnih karakteristika oboljelih na obrazovne potrebe, Dragoi i suradnici ustanovili su povezanost obrazovnih potreba pojedinca sa spolom, razinom obrazovanja i trajanjem bolesti (13, 14). Također smatraju da bi upitnik mogao biti koristan u određivanju pravodobnog vremena intervencije s obzirom na povezanost aktivnosti i trajanja bolesti s obrazovnim potrebama oboljelih (13, 14).

Trenutačno u praksi postoje brojni edukacijski programi za oboljele od reumatskih bolesti, koji se razlikuju prema načinu prijenosa znanja te prema stupnju i vrsti obrazovanja članova rehabilitacijskog tima koji prenose znanje (liječnici, fizioterapeuti, medicinske sestre, radni terapeuti, laici). Gronning i suradnici preporučuju kombiniranje grupne i individualne edukacije vođene od medicinskih sestara, budući da traje kraće od same individualne edukacije te se služi svim prednostima učenja u grupi uz mogućnost individualne prilagodbe programa (15). Njihov program edukacije pokazao je dugotrajan učinak na opću dobrobit bolesnika, ali ne i na samoučinkovitost (15).

Program samozbrinjavanja, kao dio rehabilitacije u zajednici, vođen od educiranih laika, pokazao se učinkovitim metodom pri smanjenju boli, povećanju uključivanja u programe terapijskih vježba te osposobljavanju za pravilno upravljanje percepcijom bolesti među oboljelima od upalnih reumatskih bolesti u Hong Kongu (16).

Hammond i suradnici preporučuju bihevioralni oblik grupne edukacije vođene od fizioterapeuta te ističu njegovu dugoročnu prednost u smanjenju boli te poboljšanju psihološkog stanja i samozbrinjavanja oboljelih od RA i PsA (17).

## 2. Terapijske vježbe

Općenito govoreći, razina fizičke aktivnosti kod osoba oboljelih od nekog oblika spondiloartropatije (SpA) niža je u odnosu prema općoj populaciji (18). Također, Dwyer i suradnici sustavnim su pretraživanjem literature utvrdili da je veća aktivnost bolesti obrnuto povezana s fizičkom aktivnosti (18). Navedena grupa autora napravila je 2014. g. sustavni pregled literature radi utvrđivanja utjecaja terapijskog vježbanja

na kliničke i funkcionalne parametre kod oboljelih od SpA (19).

Unatoč postojanju dokaza umjerene do niske razine o učinkovitosti vježbanja na različite kliničke i funkcionalne parametre kod oboljelih od AS-a i dalje ne postoje smjernice za učinkovite terapijske protokole (19). Sa sigurnošću se može tvrditi da su terapijske vježbe pod nadzorom učinkovitije od vježba koje se provode kod kuće (19). I dalje nedostaju dokazi o učinkovitosti terapijskih vježba kod ostalih oblika SpA (19). Objavljena su još tri članka koja nisu uključena u gornje studije. Chimenti i suradnici proučavali su utjecaj provođenja terapijskih vježba u kući na zdravstveno i mentalno zdravlje 30 oboljelih od PsA, koji su imali nisku aktivnost bolesti i koji su liječeni biološkom terapijom (20). S pomoću upitnika za samoprocjenu ispitanici su prijavili visoku stopu adherencije za terapijsko vježbanje u kući, kao i pozitivni utjecaj na poboljšanje fizičkog i mentalnog zdravlja (20). Autori donose tablični prikaz protokola izokinetičkih vježba za mišiće gornjih i donjih udova (20).

Meier i suradnici, u studiji dokaza koncepta, potvrdili su da uzimanje etanercepta u dozi od 50% standardne doze uz provođenje intenzivne „standardne fizikalne terapije“ može biti jednako učinkovito kao i uzimanje etanercepta u punoj dozi (21). Iako nisu imali kontrolnu skupinu te je u pilot-studiji sudjelovalo samo 16 ispitanika, smatraju da bi „dobro osmišljena i kontrolirana fizikalna terapija“ mogla biti neka vrsta alternative preskupoj biološkoj terapiji (21).

Sveaas i suradnici u svojoj su pilot-studiji, prvi put, na 28 ispitanika, koji su imali akutni aksijalni spondiloartritis umjerene do visoke aktivnosti bolesti, istraživali i utvrdili pozitivan utjecaj vježba visokog intenziteta na aktivnost bolesti i smanjenje kardiovaskularnog rizika kod tih bolesnika (22). Budući da nije bilo porasta upalnih parametara kod ispitanika, vježbe visokog intenziteta mogle bi se preporučiti kao siguran modalitet rehabilitacije, uz mjeru opreza zbog malog broja uključenih ispitanika (22).

## 3. Asistivna tehnologija

Pretraživanjem baza podataka našli smo dva presječna istraživanja iste autorice (Veehof i suradnici) koja je ispitala što sve utječe na posjedovanje asistivne tehnologije i kako ona utječe na psihološko zdravlje oboljelih od RA i PsA koji žive u Njemačkoj i Nizozemskoj (23, 24). Nađeno je da na posjedovanje pomagala utječe funkcionalni status i kako veliko značenje ima zemlja stanovanja, što se može pripisati najvjerojatnije kulturološkim razlikama te razlikama u sustavu zdravstvenog osiguranja i medicinske skrbi (23, 24). Većina oboljelih (78%) posjedovala je jedno ili dva pomagala, što je pozitivno utjecalo na njihovo psihološko

zdravlje (23, 24). Iako se danas pomagala u kliničkoj praksi često preporučuju, u literaturi trenutačno ne postoje radovi o njihovoj učinkovitosti u poboljšanju funkcionalnog statusa, kvalitete života i neovisnosti oboljelih od PsA (23, 24).

#### 4. Hidroterapija, balneoterapija i klimatoterapija

Četiri su rada proučavala povoljne učinke hidroterapije i balneoterapije kod oboljelih od PsA (25 – 28). Lindquist i suradnici metodom su kvalitativnog intervjua ispitivali iskustva koja su 10 oboljelih od PsA stekla tijekom dugogodišnje primjene grupne hidroterapije (28). Prema provedenom upitniku, oboljeli su hidroterapiju doživjeli kao pozitivan učinak na fizičku i kognitivnu funkciju, kvalitetu sna, umor, radnu sposobnost, kao i na aktivnosti svakodnevnog života (28).

Elkayam i Sukenik istraživali su utjecaj balneoterapije provedene u Mrtvom moru i primjenu blata te su kod svojih ispitanika utvrdili neposredan i statistički značajan učinak na gotovo sve kliničke parametre (jutarnju zakočenost, broj bolnih zglobova i zbroj PASI) (25 – 27). Istraživanja su provedena na ukupno 236 ispitanika te je primijećena znatnija učinkovitost na smanjenje simptoma upalne križobolje u odnosu prema zahvaćenosti perifernih zglobova (25 – 27). Zaključno, provođenje balneoterapije u Mrtvom moru učinkovito je i sigurno za oboljele od PsA (29).

#### 5. Vokacijska rehabilitacija

U Cochraneovu preglednom članku iz 2014. g. o nefarmakološkim postupcima za sprječavanje gubitka posla oboljelih od upalnih reumatskih bolesti na osnovi triju randomiziranih kontroliranih istraživanja (RKI), od kojih su dva uključivala i oboljele od PsA, zaključeno je da bi intervencije kao što su procjena uvjeta rada, strukovno savjetovanje, edukacija o samozastupanju te uvođenje promjena u radnu okolinu mogle smanjiti opasnost od gubitka posla, smanjiti broj dana bolovanja i poboljšati radnu sposobnost oboljelih od reumatskih bolesti (30).

#### 6. Redukcija tjelesne težine

Abou Raya i suradnici u svojem su RKI na 55 ispitanika oboljelih od PsA dokazali da vježbanje u trajanju od 12 mjeseci, uz redukciju tjelesne težine, statistički značajno utječe na poboljšanje funkcionalnog statusa, kvalitete života i općeg zdravlja, kao i na smanjenje depresije, umora, ali i serumske razine IL-6, TNF- $\alpha$ , hsCRP-a i IL-17 u odnosu prema kontrolnoj skupini (31).

Za ostale oblike terapije koji se rabe u procesu rehabilitacije oboljelih od PsA, kao što su različite procedure fizikalne terapije, ortoze, dijetetske mjere, komplementarna i alternativna medicina, upotrebom pro-

tokola pretraživanja navedenog u metodama nismo mogli pronaći nijedan članak.

### Rasprava i zaključak

Početak svakoga rehabilitacijskog procesa započinje evaluacijom i razumijevanjem učinka koji bolest ima na oboljelog pojedinca, njegovu obitelj i društvo u cjelini. Danas je PsA prepoznat kao bolest koja znatno negativno utječe na funkciju i kvalitetu života, psihološko zdravlje, radnu sposobnost te sposobnost aktivnog sudjelovanja u zajednici. Sa stajališta oboljelog od PsA najvažniji učinak bolesti, osim funkcionalnog oštećenja, boli i kožnih promjena, očituje se kao dugotrajan umor i smanjena radna sposobnost (32). Zbog boli, lošega funkcionalnog statusa te prateće depresije i umora, oboljeli od reumatskih upalnih bolesti češće njeguju sedentarni stil života (3). Otežavajuća je okolnost i pojava brojnih komorbiditeta koji dodatno povisuju rizik od morbiditeta i ranog mortaliteta (33). Stopa nezaposlenosti, bolovanja i radna nesposobnost izrazito su visoke kod tih bolesnika, što onda utječe i na ekonomsku (ne)sigurnost oboljelog i na (ne)mogućnost aktivnog sudjelovanja u društvenom životu (34, 35). Ciljevi rehabilitacije PsA jasni su i uključuju sve oblike NFL-a usmjerene na smanjenje boli, jutarnje zakočenosti, otekline, progresije bolesti i negativnoga psihičkog utjecaja, čime se onda kod bolesnika održava visoka razina fizičke, psihičke i socijalne kvalitete života (36).

Svakako, ne smijemo zaboraviti na aktivnosti koje djeluju na smanjenje umora, osnažuju bolesnika za adekvatno nošenje s posljedicama bolesti te prevenciju komorbiditete. Treba imati na umu da se sve gore navedene aktivnosti provode radi osposobljavanja za samostalno i aktivno sudjelovanje u zajednici, što i jest, prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO), glavni cilj rehabilitacije (5).

#### Koji pristup odabrati u nefarmakološkom liječenju PsA?

Imajući na umu bolesnikov doživljaj utjecaja bolesti na kvalitetu fizičkog, psihičkog i socijalnog zdravlja, biopsihosocijalni model bolesti prema SZO-u, poznatiji kao ICF (*International Classification of Functioning Disability and Health*), trebao bi se rabiti ne samo za evaluaciju bolesnika nego i za planiranje NFL-a svih reumatskih bolesti pa tako i PsA (37). Da bismo mogli valjano odgovoriti na sve aspekte bolesti u liječenju PsA, treba njegovati multidisciplinarni/interdisciplinarni/transdisciplinarni timski rad koji je usmjeren na samog bolesnika i njegov doživljaj bolesti, a ne samo na oštećenje uzrokovano bolešću (32). Zdravstveni djelatnici koji sudjeluju u rehabilitacijskom timu trebaju biti visokoeducirani u području sestrinske njege

reumatskih bolesnika, fizioterapije, ortotike, radne terapije, dijetetike, vokacijske i psihološke rehabilitacije (32). Također, zbog višesustavne prirode bolesti i pojave komorbiditeta u visokom postotku bolesnika potrebno je sudjelovanje kliničara različitih profila (dermatolozi, reumatolozi, ortopedi, fizijatri, kardiolozi, endokrinolozi...) u kompleksnom pristupu liječenju PsA (36). Uključivanje oboljelog, kao aktivnog sudionika, u proces liječenja pozitivno utječe na poboljšanje njegova zdravstvenog stanja, suradljivost i adherenciju prema propisanoj terapiji.

### **Kad započeti nefarmakološko liječenje PsA?**

Kao i kod ostalih reumatskih bolesti, imperativ u farmakološkom liječenju PsA jesu rano postavljanje dijagnoze te rani početak liječenja, a sve radi prevencije funkcionalnog oštećenja i trajnog narušavanja kvalitete života oboljelog (38). Iako se NFL smatra sastavnim dijelom brige za reumatološke bolesnike, još ne postoje smjernice o njegovu pravodobnom početku. U Wrightovoj, tzv. prebiološkoj eri bolesti NFL se uglavnom rabi u kasnim fazama bolesti za zbrinjavanje njezinih posljedica te održavanje postojećeg stanja (39). Danas bi se neki oblici NFL-a sigurno mogli iskoristiti i u preventivne svrhe. Zato smatramo da s edukacijom bolesnika i promocijom fizičke aktivnosti treba započeti rano, s obzirom na to da već 6 mjeseci od početka PsA postoji znatno oštećenje koštano-zglobnog sustava. Kod bolesnika koji imaju psorijazu, prateće komorbiditete i povišen rizik od razvoja PsA nužno je, čak i prije pojave simptoma u zglobnom sustavu, započeti fizičku aktivnost jer ona dokazano djelotvorno poboljšava muskuloskeletno i psihičko zdravlje (18). Povoljno utječe i na prevenciju kardiovaskularnog rizika, osteoporoze, pretilosti, šećerne bolesti i karcinoma (18).

Terapijske vježbe imaju dokazano djelotvoran učinak na smanjenje simptoma i poboljšanje kardiovaskularne izdržljivosti kod SpA, poglavito kod AS-a (19). Pravilnom i pravodobnom edukacijom bolesnika o bolesti osposobljavamo ga za sudjelovanje u procesu i prevencije i liječenja bolesti, za samozbrinjavanje te pravilno suočavanje s posljedicama bolesti (15).

Samo znanje temeljeno na čvrstim dokazima može potaknuti promjene dosadašnjeg stila života, čime može započeti kvalitetan proces rehabilitacije.

### **Ima li nefarmakološko liječenje odgovor na sve aspekte PsA?**

Iako u literaturi trenutačno ili nema čvrstih dokaza o učinkovitosti pojedinih oblika NFL-a PsA ili u najčešćem slučaju uopće nema RKI, dugogodišnje kliničko iskustvo u rehabilitaciji PsA govori nam da pravilnim odabirom, planiranjem, doziranjem i evaluacijom NFL ipak može odgovoriti na brojne izazove koje pred

rehabilitacijski tim postavlja liječenje PsA. Postupci NFL-a trenutačno su zbog nedostatka dokaza nedovoljno iskorišteni potencijal u liječenju PsA, a gledajući iz perspektive bolesnika i društva, jedina su metoda koja pravilno indicirana i pravilno dozirana može utjecati na sve aspekte života i znatno pridonijeti cjelokupnom zdravlju pojedinca.

Stoga svi napori trebaju biti usmjereni prema stvaranju znanstveno utemeljenih preporuka za najučinkovitije protokole NFL-a. Općeprihvaćena filozofija farmakološkog liječenja reumatskih bolesti „Liječenjem prema cilju“ (tzv. T2T – *Treat to target*) svakako bi trebala biti i misao vodilja pri planiranju NFL-a (40).

### **Prebiološka era u odnosu prema biološkoj eri liječenja PsA**

Danas pri promišljanju o NFL-u PsA treba uzeti u obzir činjenicu da smo duboko zagazili u biološku eru liječenja upalnih reumatskih bolesti. Time možemo znatno utjecati na poboljšanje funkcionalnog stanja bolesnikâ i same kvalitete njihova života. Unatoč tomu, zbog činjenice da se velik broj oboljelih i dalje kasno dijagnosticira i sporadično uključuje u biološko liječenje, još i sada postoji znatan broj bolesnika koji imaju teška funkcionalna oštećenja. Stoga se u većini preporuka za liječenje upalnih reumatskih bolesti NFL spominje kao popratna terapija uz farmakoterapiju, usmjerena ponajprije na očuvanje i poboljšanje funkcionalnog statusa oboljelih (4). Međutim, novija istraživanja o učinku terapijskih vježba, utemeljena na dokazima o citokinskoj supresiji i znatnom učinku na smanjenje upalne aktivnosti, mogla bi NFL etablirati kao jednakovrijednu terapijsku mogućnost koja bitno utječe upravo na smanjenje upalne aktivnosti i progresiju oštećenja kod upalnih reumatskih bolesti (41). Tomu u prilog govori i studija dokaza koncepta Meiera i suradnika koja predlaže „fizioterapiju“ (ne specificirajući o kojim se sve oblicima NFL-a radi) kao djelomičnu zamjenu skupoj biološkoj terapiji, budući da su dokazali jednaku učinkovitost „fizioterapije“ u kombinaciji s 50% uobičajene doze etanercepta u odnosu prema primjeni samog etanercepta u punoj dozi (21). Pritom je iskazan i učinak „fizioterapije“ na smanjenje rezultata BASFI-a i BASDAI-a u praćenih bolesnika (21). Budući da se radi o funkcionalnim indeksima, a znajući za objektivno kvalitetan učinak NFL-a na funkcionalne parametre u bolesnika sa SpA, rečeni je zaključak lako shvatiti i prihvatiti.

Valja tek vidjeti može li samo NFL, kao i biološka terapija, dovesti do smanjenja upale, simptoma i progresije bolesti, što bi onda bilo izuzetno povoljno radi niže sveukupne cijene liječenja, a istodobno bi došlo i do povećanja funkcionalnih mogućnosti bolesnika te poboljšanja kvalitete života. Ako bi se to doista dokazalo, bilo bi jako važno da se dokazima potkrijepi te precizira koja bi vrsta NFL-a (doza, intenzitet, učesta-

lost ...) mogla biti približna zamjena često nedostupnom liječenju biološkom terapijom.

### Gdje su dokazi o učinkovitosti nefarmakološkog liječenja bolesnika sa PsA?

Iako su svi raspoloživi fizikalni čimbenici, terapijske vježbe, kao i ostali rehabilitacijski postupci (6) koje najčešće nazivamo nefarmakološkim oblikom liječenja PsA danas u redovitoj kliničkoj upotrebi, i dalje se malo zna o njihovim kratkotrajnim i dugotrajnim učincima (42). Randomizirana kontrolirana istraživanja malobrojna su i loše kvalitete, a uglavnom su usmjerena na istraživanje učinkovitosti edukacije, terapijskih vježba i balneoterapije.

Danas se NFL PsA i dalje temelji na iskustvima i podacima prikupljenim na osnovi liječenja AS-a (6). U nedostatku kvalitetnijih dokaza, a budući da znamo kako PsA ima jednak učinak na onesposobljenost i smanjenje kvalitete života oboljelih kao i RA, iskustva dobivena na osnovi NFL-a RA mogla bi se primijeniti i u liječenju PsA. Spoznajom o znatnom utjecaju PsA na smanjenje kvalitete života pojedinca prepoznata je i potreba za provođenjem kvalitetnih RKI prikupljanjem međunarodnih kliničkih iskustava i razmjenom mišljenja stručnjaka na području NFL-a PsA, a sve u skladu s inicijativom 3E (*Evidence, Expertise, Exchange*) u reumatologiji (43).

Time bi se stekli znanstveno utemeljeni uvjeti za predlaganje kvalitetnih preporuka i izradu jedinstvenih smjernica za nefarmakološki pristup liječenju PsA.

**IZJAVA O SUKOBU INTERESA:** Autori izjavljuju da nisu u sukobu interesa.

**CONFLICT OF INTEREST STATEMENT:** The authors have no conflict of interest.

## LITERATURA

- Burgos-Pol R, Martinez-Sesmero JM, Ventura-Cerda JM, Elias I, Caloto MT, Casado MA. The cost of psoriasis and psoriatic arthritis in 5 european countries: a systematic review. *Actas Dermo sifiliogr.* 2016;107(7):577–90.
- Gladman DD. Psoriatic arthritis from Wright's era until today. *J Rheumatol.* 2009;83:4–8.
- Hagel S, Lindqvist E, Bremander A, Petersson IF. Team-based rehabilitation improves long-term aerobic capacity and health-related quality of life in patients with chronic inflammatory arthritis. *Disabil Rehabil.* 2010;32(20):1686–96.
- Ritchlin CT, Kavanaugh A, Gladman DD, Mease PJ, Helliwell P, Boehncke WH, et al. Treatment recommendations for psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2009;68(9):1387–94.
- Flachenecker P. Autoimmune diseases and rehabilitation. *Autoimmun Rev.* 2012;11(3):219–25.
- Lubrano E, Spadaro A, Parsons WJ, Attenu M, Ferrara N. Rehabilitation in psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 2009;83:81–2.
- Zangi HA, Ndosi M, Adams J, Andersen L, Bode C, Bostrom C, et al. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2015;74(6):954–62. Epub 2015/03/05.
- Paccou J, Wendling D. Current treatment of psoriatic arthritis: update based on a systematic literature review to establish French Society for Rheumatology (SFR) recommendations for managing spondyloarthritis. *Joint, bone, spine.* 2015;82(2):80–5.
- Spanish Society of Rheumatology. ESPOGUIA development groupe. Clinical Practice Guideline for Patients with Axial Spondyloarthritis and Psoriatic Arthritis. Madrid: Spanish Society of Rheumatology. 2015;1–120.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of psoriasis and psoriatic arthritis in adults. Edinburgh: SIGN. 2010;1–61.
- Reimold AM, Chandran V. Nonpharmacologic therapies in spondyloarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2014;28(5):779–92.
- Leung YY, Tam LS, Lee KW, Leung MH, Kun EW, Li EK. Involvement, satisfaction and unmet health care needs in patients with psoriatic arthritis. *Rheumatology (Oxford).* 2009;48(1):53–6.
- Dragoi RG, Ndosi M, Sadlonova M, Hill J, Duer M, Graninger W, et al. Patient education, disease activity and physical function: can we be more targeted? A cross sectional study among people with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and hand osteoarthritis. *Arthritis Res Ther.* 2013;15(5):R156.
- Ndosi M, Bremander A, Hamnes B, Horton M, Kukkurainen ML, Machado P, et al. Validation of the educational needs assessment tool as a generic instrument for rheumatic diseases in seven European countries. *Ann Rheum Dis.* 2014;73(12):2122–9.
- Gronning K, Rannestad T, Skomsvoll JE, Rygg LO, Steinsbekk A. Long-term effects of a nurse-led group and individual patient education programme for patients with chronic inflammatory polyarthritis – a randomised controlled trial. *J Clin Nurs.* 2014;23(7–8):1005–17.
- Leung YY, Kwan J, Chan P, Poon PK, Leung C, Tam LS, et al. A pilot evaluation of Arthritis Self-Management program by lay leaders in patients with chronic inflammatory arthritis in Hong Kong. *Clin Rheumatol.* 2016;35(4):935–41.
- Hammond A, Bryan J, Hardy A. Effects of a modular behavioural arthritis education programme: a pragmatic parallel-group randomized controlled trial. *Rheumatology (Oxford).* 2008;47(11):1712–8.
- O'Dwyer T, O'Shea F, Wilson F. Physical activity in spondyloarthritis: a systematic review. *Rheumatol Int.* 2015;35(3):393–404.
- O'Dwyer T, O'Shea F, Wilson F. Exercise therapy for spondyloarthritis: a systematic review. *Rheumatol Int.* 2014;34(7):887–902.
- Chimenti MS, Triggianese P, Conigliaro P, Santoro M, Luchetti R, Perricone R. Self-reported adherence to a home-based exercise program among patients affected by psoriatic arthritis with minimal disease activity. *Drug Dev Res.* 2014;75(Suppl 1):S57–9.
- Meier FM, Muller-Ladner U, Lange U. Efficacy of intensive physiotherapy in combination with low-dose etanercept in active spondyloarthritis: a monocentric pilot study. *J Rheumatol.* 2014;41(9):1897–8.
- Sveaas SH, Berg IJ, Provan SA, Semb AG, Hagen KB, Vollestad N, et al. Efficacy of high intensity exercise on disease activity and cardiovascular risk in active axial spondyloarthritis: a randomized controlled pilot study. *PloS One.* 2014;9(9):e108688.

23. Veehof M, Taal E, Rasker J, Lohmann J, Van de Laar M. Possession of assistive devices is related to improved psychological well-being in patients with rheumatic conditions. *J Rheumatol.* 2006;33(8):1679–83.
24. Veehof MM, Taal E, Rasker JJ, Lohmann J, Van De Laar MA. What determines the possession of assistive devices among patients with rheumatic diseases? The influence of the country-related health care system. *Disab Rehab.* 2006;28(4):205–11.
25. Elkayam O, Ophir J, Brener S, Paran D, Wigler I, Efron D, et al. Immediate and delayed effects of treatment at the Dead Sea in patients with psoriatic arthritis. *Rheumatol Int.* 2000;19(3):77–82.
26. Sukenik S, Baradin R, Codish S, Neumann L, Flusser D, Abu-Shakra M, et al. Balneotherapy at the Dead Sea area for patients with psoriatic arthritis and concomitant fibromyalgia. *Isr Med Assoc J.* 2001;3(2):147–50.
27. Sukenik S, Giryas H, Halevy S, Neumann L, Flusser D, Buskila D. Treatment of psoriatic arthritis at the Dead Sea. *J Rheumatol.* 1994;21(7):1305–9.
28. Lindqvist MH, Gard G. Hydrotherapy treatment for patients with psoriatic arthritis – A qualitative study. *OJTR.* 2013;1(2):22–30.
29. Katz U, Shoenfeld Y, Zakin V, Sherer Y, Sukenik S. Scientific evidence of the therapeutic effects of dead sea treatments: a systematic review. *Semin Arthritis Rheum.* 2012;42(2):186–200.
30. Hoving JL, Laccaille D, Urquhart DM, Hannu TJ, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Non-pharmacological interventions for preventing job loss in workers with inflammatory arthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014(11):CD010208.
31. Abou-Raya A, Abou-Raya S, Helmii M. Effect of exercise and dietary weight loss on symptoms and systemic inflammation in obese adults with psoriatic arthritis: randomized controlled trial. *Ann Rheum Dis.* 2014;73 (Suppl. 2).
32. Taylor WJ. Impact of psoriatic arthritis on the patient: through the lens of the WHO International Classification of Functioning, Health, and Disability. *Curr Rheumatol Rep.* 2012;14(4):369–74.
33. Ogdie A, Schwartzman S, Husni ME. Recognizing and managing comorbidities in psoriatic arthritis. *Curr Opin Rheumatol.* 2015;27(2):118–26.
34. Escorpizo R, Bombardier C, Boonen A, Hazes JM, Laccaille D, Strand V, et al. Worker productivity outcome measures in arthritis. *J Rheumatol.* 2007;34(6):1372–80.
35. Tillett W, de-Vries C, McHugh NJ. Work disability in psoriatic arthritis: a systematic review. *Rheumatology (Oxford).* 2012;51(2):275–83.
36. Waldron N. Care and support of patients with psoriatic arthritis. *Nurs Stand.* 2012;26(52):35–9. Epub 2012/10/16.
37. Grazio S. Međunarodna klasifikacija funkcioniranja, nesposobnosti i zdravlja (ICF) u najznačajnijim bolestima i stanjima reumatološke prakse. *Reumatizam.* 2011;58(1):27–43.
38. Boyd T, Kavanaugh A. Novel treatment concepts in psoriatic arthritis. *Rheum Dis Clin North Am.* 2015;41(4):739–54.
39. Wright V. What is the best treatment approach for a patient with the mutilating pattern of psoriatic peripheral arthritis? *Br J Rheumatol.* 1989;28(5):382.
40. Smolen JS, Landewe R, Breedveld FC, Buch M, Burmester G, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis.* 2014;73(3):492–509.
41. Benatti FB, Pedersen BK. Exercise as an anti-inflammatory therapy for rheumatic diseases-myokine regulation. *Nat Rev Rheumatol.* 2015;11(2):86–97.
42. Hammond A. Rehabilitation in rheumatoid arthritis: a critical review. *Musculoskeletal care.* 2004;2(3):135–51.
43. Visser K, Katchamart W, Loza E, Martinez-Lopez JA, Salliot C, Trudeau J, et al. Multinational evidence-based recommendations for the use of methotrexate in rheumatic disorders with a focus on rheumatoid arthritis: integrating systematic literature research and expert opinion of a broad international panel of rheumatologists in the 3E Initiative. *Ann Rheum Dis.* 2009;68(7):1086–93.