

KVALITETA ŽIVOTA OSOBA S PSORIJATIČNIM ARTRITISOM

Begović, Ines

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Visoka škola Ivanić-Grad / Visoka škola Ivanić-Grad**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:258:984992>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported / Imenovanje-Nekomercijalno-Bez prerađivanja 3.0](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-14**



Repository / Repozitorij:

[Repository of University of Applied Sciences Ivanić-Grad](#)



VISOKA ŠKOLA IVANIĆ-GRAD

STUDIJ FIZIOTERAPIJE

(studij za stjecanje akademskog naziva:

stručna prvostupnica fizioterapije, bacc. physioth.)

Ines Begović

**KVALITETA ŽIVOTA OSOBA S
PSORIJATIČNIM ARTRITISOM**

ZAVRŠNI RAD

Mentor:

Dr.sc. Slavica Janković, v.pred.

Sadržaj

SAŽETAK	3
ABSTRACT	4
1. UVOD.....	1
2. EPIDEMIOLOGIJA PSORIJATIČNOG ARTRITISA.....	2
3. ETIOLOGIJA PSORIJATIČNOG ARTRITISA	3
3.1. Genetski čimbenici	3
3.2. Vanjski i imunosni čimbenici	3
4. KLINIČKA SLIKA PSORIJATIČNOG ARTRITISA.....	4
4.1. Daktilitis.....	5
4.2. Entezitis	5
4.3. Promjene na koži.....	6
5. DIJAGNOZA PSORIJATIČNOG ARTRITISA	7
5.1. CASPAR kriteriji	7
5.2. Laboratorijski nalazi	8
6. LIJEČENJE PSORIJATIČNOG ARTRITISA.....	9
6.1. Farmakološki način liječenja.....	9
6.2. Nefarmakološki način liječenja	10
7. FIZIOTERAPIJSKI PROCES PSORIJATIČNOG ARTRITISA.....	11
7.1. Fizioterapijska intervencija u akutnom stadiju psorijatičnog artritisa.....	11
7.2. Fizioterapijska intervencija u fazama popuštanja psorijatičnog artritisa.....	12
8. KVALITETA ŽIVOTA OSOBA SA PSORIJATIČNIM ARTRITISOM	14
8.1. Kardiovaskularne bolesti	14
8.2. Osteoporoza.....	14
8.3. Pretilost, metabolički sindrom i šećerna bolest.....	15
8.4. Psihološke promjene.....	15
8.5. Fizička sposobnost.....	16
8.6. Kvaliteta života.....	17
9. ZAKLJUČAK.....	18

SAŽETAK

Psorijatični artritis pripada kroničnoj upalnoj bolesti zglobova koja je povezana s bolesti kože – odnosno psorijazom. Može zahvatiti jedan ili više zglobova, a najčešće oko 30% osoba koje boluju od psorijaze razviju i psorijatični artritis. Kod oboljelih se u početku javlja bol i zakačenost zglobova koji su zahvaćeni artritismom, a karakteristična je i pojava psorijatičnih promjena na noktima i koži. Najčešće se pojavljuje između 20. – 40. godine života, a neovisno o spolu zahvaća istodobno oba spola. Jedno od najvažnijih obilježja psorijatičnog artritisa su „kobasičasti prsti“ ili daktilitis koji su uobičajeni za stopala, a u nešto rjeđem slučaju na šakama. Uz daktilitis, tipično je i pojavljivanje entezitis (najčešće Ahilove tetive). Liječenje ovisi u kojoj se fazi nalazi bolest, te se na temelju toga određuje medikamentozna terapija koja je najčešće u kombinaciji s fizioterapijom kako bi liječenje bilo uspješnije. Ono se također odvija odvojeno, posebno se liječi psorijaza te posebno artritis, a dijagnoza se postavlja na temelju kliničke slike bolesti te obavljenih pregleda i nalaza. Postavljanje dijagnoze kod psorijatičnog artritisa puno je zahtjevnije jer ne postoje određeni dijagnostički kriteriji kao što je to slučaj kod ostalih reumatskih bolesti. S obzirom na dobivenu klinički sliku, osim dijagnoze može se odrediti i o kojoj vrsti psorijatičnog artritisa je riječ. Postoje klasični i mutilirajući, a u teži oblik ubrajamo mutilirajući ili razarajući. Osim nabrojanih vrsta liječenja, također je od velike važnosti educirati pacijenta o samoj vrsti bolesti te ga uputiti na promjenu dosadašnjeg načina života i prilagodba života vezanog za psorijatični artritis. Ukoliko se bolest shvati ozbiljno te se terapiji i liječenju pristupa svakodnevno, terapije će biti uspješnija.

Ključne riječi: psorijaza, artritis, psorijatični artritis, fizioterapija, dijagnostika

QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH PSORIATIC ARTHRITIS

ABSTRACT

Psoriatic arthritis belongs to a chronic inflammatory disease of the joints that is associated with skin diseases – psoriasis. It can affect one or more joints, and about 30% of psoriasis members develop psoriatic arthritis. At first, the sufferer suffers from pain and stiffness with arthritis, and the appearance of psoriatic changes on nails and skin is also typical. It most often appears between the ages of 20 and 40, and regardless of gender, it affects both sexes at the same time. One of the most important features of psoriatic arthritis is the ‘ sausage fingers ’ or dactylitis, which are common in the feet and, in a more rare case, on the hands. In addition to dactylitis, the occurrence of entesitis (usually Achilles ’ tendons) is common. The treatment depends on what stage the disease is, and on this basis it is determined by the medial therapy that is the most common in combination with physiotherapy to make the treatment more successful. It shall also be carried out separately, in particular with psoriasis and especially arthritis, and diagnosis is made on the basis of clinical picture of the disease and the examinations and findings made. Diagnosis of psoriatic arthritis is much more difficult because there are no certain diagnostic criteria, as is the case with other rheumatic diseases. Given the clinical picture obtained, in addition to the diagnosis, it is possible to determine what type of psoriatic arthritis is involved. There are classical and mutilating, and in the heavier form we include mutilating or destructive. In addition to the listed types of treatment, it is also important to educate the patient about the type of disease itself and to instruct him to change his way of life and adapt his life to psoriatic arthritis. If the disease is taken seriously and the treatment is treated on a daily basis, the treatment will be more successful.

Key words: psoriasis, arthritis, psoriatic arthritis, physiotherapy, diagnostic.

1. UVOD

Kada je riječ o psorijatičnom artritisu (PsA), Grazio i Doko Vajdić (2020) navode da pripada sustavnoj i kroničnoj upalnoj reumatskoj bolesti koja je nepoznatog uzroka. Uz juvenilni idiopatski artritis, reaktivni artritis, ankilozantni spondilitis, nediferencirani spondiloartritis te enteropatskim artritism, psorijatični artritis se ubraja u grupu reumatskih bolesti koje se zajednički nazivaju spondiloartritis. Psorijatični artritis se javlja kod osoba koje obolijevaju od psorijaze (kožne bolesti), a učestalost da ga razviju je oko 30%. Kod osoba koje imaju teški oblik psorijaze te samu psorijazu na noktima, Grazio i Doko Vadić (2020) navode da je u takvim slučajevima veći rizik za razvitak PsA, a pojava simptoma artritisa od početka psorijaze je do 10 godina.

Psorijaza pripada kroničnoj skupini upalnih bolesti kože te predstavlja veliki problem za zdravlje. Osim kože, u različitim oblicima se može pojaviti i kod drugih organskih sustava, a osobe koje boluju od psorijaze imaju 2 puta veći rizik za razvitkom pretilosti, kardiovaskularne insuficijencije te hipertenzije. Uz navedene poteškoće, psorijaza kod oboljelog može imati i psihički utjecaj u vidu depresije ili anksioznosti, a može biti u 3 različita oblika. Mjesta koja mogu biti obuhvaćena psorijazom su laktovi, koljena, vlasište, lumbosakralna regija i sl. Jedan od najčešćih komorbiditeta psorijaze je psorijatični artritis kojeg razvije oko 30% bolesnika sa psorijazom, a epidemiološki nalazi bolesti nisu poznati (Gašparini, Kaštelan, 2019).

2. EPIDEMIOLOGIJA PSORIJATIČNOG ARTRITISA

Kod epidemiologije psorijatičnog artritisa možemo govoriti na razini opće populacije ili s obzirom na osobe koje boluju od psorijaze. Pojavom jedne bolesti, povećava se mogućnost nastanka druge bolesti. Kao što je već rečeno, psorijatični artritis nastupi kod 30% osoba koje imaju razvijenu psorijazu, dok sama psorijaza nastaje kod 2 – 3% populacije. Ako uzmemo u obzir opću populaciju, brojnim istraživanjima pokazano je da je psorijatični artritis nešto češći u SAD-u s prevalencijom od 0.06% - 0.25%, dok je u Europi od 0.05% do 0.21% (Šuto, 2017).

Kroz istraživanja otkriveno je da bolest oba spola zahvaća podjednako, iako se u nekima navodi da je češća kod muškaraca. Što se tiče dobi, najčešće nastaje u 40- im godinama života. Velik broj ljudi koji su sudjelovali u istraživanjima imali su pozitivnu obiteljsku anamnezu za nastanak same bolesti, odnosno osobe koje su u obitelji imali nekog sa psorijatičnim artritismom ili psorijazom iznosi oko 40% te i sami obolijevaju od iste (Žužul, 2019).

3. ETIOLOGIJA PSORIJATIČNOG ARTRITISA

Budući da etiologija u potpunosti nije poznata, uzroci nastanka psorijatičnog artritisa vežu se za uzroke nastanka reumatskih bolesti općenito. To su najčešće kombinirani genetski i vanjski čimbenici koji dovode do određenih imunskih poremećaja koji pospješuju razvitak same bolesti (Novak, Zekić, 2017).

3.1. Genetski čimbenici

Što se tiče genetskih čimbenika koji se ubrajaju u jedne od uzroke psorijatičnog artritisa, za njih možemo reći da će osoba koja u obitelji ima nekog oboljelog od istog razviti veću šansu da i sama oboli od psorijatičnog artritisa.

3.2. Vanjski i imunski čimbenici

U vanjske čimbenike koji utječu na razvoj psorijatičnog artritisa ubrajamo neku vrstu čimbenika koji mogu biti okidači genetski predisponiranog pojedinca (Žužul, 2019). Pod te čimbenike spada psorijaza vlasišta, psorijaza nokta, debljina, genitalnu i inverznu psorijazu, Koebnerov fenomen (ozljede ili duboku leziju u ozlijeđenom području). Koebnerov fenomen se javlja najčešće kod psorijaze, a predstavlja odgovor tkiva kada dolazi do pojava novih lezija na mjestima gdje je zdrava koža, ali je prethodno doživljena ozljeda na istoj te se pojavljuje kod 25% osoba koje već imaju psorijazu.

Uz navedeni fenomen povezan je i mehanički stres čijim je teorijama dokazano kako osobe s većom težinom u 40. – im godinama razviju psorijatični artritis češće nego ostali (Novak, Zekić, 2018).

4. KLINIČKA SLIKA PSORIJATIČNOG ARTRITISA

Kod psorijatičnog artritisa pronalazimo različita mišićno koštana obilježja, a prvi simptomi javljaju se u 40- oj godini života i ako mogu nastupiti u bilo kojoj dobi. Bolesnici prvo osjećaju jutarnju zakačenost u samim zglobovima koja može trajati pola sata ili više te im je istovremeno i narušeno opće zdravstveno stanje. Budući da za psorijatični artritis možemo reći da je periferni oblik bolesti, podrazumijeva se da bolest najčešće nastupa na perifernim zglobovima, a mjesta koja još budu zahvaćena su sakroilijakalni zglobovi samostalno ili mogu biti u kombinaciji s perifernim oblikom, također zahvaćen može biti i aksijalni skelet kao i sama kralježnica (Šuto, 2017). Jedan od karakterističnih simptoma su također i promjene na očima. Pojavljuju se kao upale oka (konjunktivitis, uveitis), a češći je konjunktivitis koji se javlja u 20% bolesnika (Schnurrer-Luke-Vrbanić, Laktašić-Žerjavić, 2017).

Što se tiče promjena na zglobovima, uvijek nastupaju asimetrično, a dijele se u blage i teške. Kod teških promjena nastupaju destrukcije kostiju te naboranje kože i skraćivanje prstiju. Osim zglobova, javljaju se i promjene na noktima. Nokti postaju krhki, lomljivi, žuti, debeli i bolni na dodir (slika 1). Uz sve navedene promjene, javlja se daktilitis i entezitis te SAPHO sindrom. Pod SAPHO sindromom podrazumijevamo sinovitis, akne, palmoplantarnu pustulozu, hiperostoza i osteitis.



Slika 1. Prikaz promjena na noktima kod psorijaze i psorijatičnog artritisa

Dostupno na: <https://abcpsorijaz.com/psorijaza-nokta-lijeenje/>

4.1. Daktilitis

Daktilitis kod psorijatičnog artritisa predstavlja difuznu upalu prstiju, a značajan je za sve skupine spondiloartritisa. Pojavljuje se u obliku otekline mekog tkiva, a posljedica je upale zglobova - DIP, PIP, MCP ili MTP te afekcije tetivne ovojnice fleksora i mekog tkiva prstiju. Zbog oteklina, često se upala naziva i „kobasičasti prst“ te može nastati na šakama i stopalima, ali je češća pojava na stopalima (slika 2). Pojavom otekline javlja se ograničen opseg pokreta, bol na palpaciju i crvenilo zahvaćenog prsta. Dijagnosticira se kliničkim pregledom, a mjerni instrument kojim se određuje opseg zahvaćenog prsta naziva se „Leeds Dactylitis Instrument“-LDI (Žužul, 2019).



Slika 2. Prikaz daktilitisa nastalog na prstima stopala

Dostupno na: <https://revma-info.si/tveganje-za-psoriaticni-artritis/>

4.2. Entezitis

Osim daktilitisa, druga upala koja se javlja kod psorijatičnog artritisa je entezitis te je također karakteristično kliničko obilježje za skupinu spondiloartritisa.. Obuhvaća mjesta hvatišta tetiva i ligamenata, točnije Ahilovu tetivu (slika 3), plantarnu aponeurozu, hvatišta mišića na zdjeličnim kostima, kostima lakta (epikondilitis), koljena i ramenog obruča. Kao i kod daktilitisa, javljaju se simptomi poput oteklina, bol pri pokretanju i palpaciji. Javlja se kod 35 – 50% bolesnika, a može se dijagnosticirati dijagnostičkim ultrazvukom ili magnetnom rezonancom čak i one entezopatije koje nisu bile klinički uočene (Šuto, 2017).



Slika 3. Prikaz entezitisa Ahilove pete (desna peta)

Dostupno na: <https://revma-info.si/tveganje-za-psoriaticni-artritis/>

4.3. Promjene na koži

Za sve kožne promjene koje se pojavljuju pribrajaju se psorijazi. Ona može biti vulgarna, inverzna, eruptivna i generalizirana pustularna psorijaza, palmoplantarna pustuloza te eritrodermija. Najčešća od nabrojanih koja se pojavljuje u 90% slučajeva je vulgarna psorijaza. Kod takve psorijaze dolazi do nastajanja plakova (slika 4) koji su prekriveni srebrnim ljuskama. Najčešća mjesta na kojima je vidljivo su ekstenzorni dijelovi udova, vlasište, lumbosakralno područje i periumbilikalna regija. Plakovi se mogu spajati te prekriti veće površine kože.



Slika 4. Prikaz nastalih plakova tijekom psorijaze

Dostupno na: <https://www.srbijadanas.com/zena/zdravlje/psorijaza-lek-caj-2020-11-07>

5. DIJAGNOZA PSORIJATIČNOG ARTRITISA

Budući da nema određenih dijagnostičkih kriterija za psorijatični artritis kao za ostale reumatske bolesti, za dijagnozu koriste se različiti skupovi simptoma, znakova i testova koji se također koriste i u kliničkom pregledu. Osim navedenih postupaka, tu se nalaze i laboratorijski i radiološki nalazi koji pripomažu u utvrđivanju dijagnoze. Magnetnom rezonancom se omogućava što ranije otkrivanje psorijatičnog artritisa na šaci, a ona prikazuje postojanje edema koštane srži, sinovitis i sl. (Banović, 2019)

Glavno laboratorijsko obilježje za utvrđivanje psorijatičnog artritisa je negativan nalaz reumatoidnog faktora, dok se kod radioloških nalaza promatraju rendgenske snimke šake, zglobova i stopala na kojima su vidljivi znakovi psorijatičnog artritisa. Kako je spomenuto gore da se ultrazvukom također može dijagnosticirati psorijatični artritis, njega obavljamo kod tetiva i samog njihovog hvatišta. Psorijatični artritis uzrokuje eroziju kosti na rubovima zgloba. Često, cijela površina zgloba može biti zahvaćena radiološkim promjenama. Navedene promjene su vidljive na šakama i stopalima i jedan su od primarnih znakova psorijatičnog artritisa. Zglobovi mogu doživjeti erozije kao i promjene kosti koje su proliferativne. Te se promjene mogu dogoditi izvan zglobnog prostora, uzrokujući eroziju zgloba. Mineralizacija kosti je i dalje prisutna čak i kada erozivne promjene napreduju. Promjene na sakroilijakalnim zglobovima viđaju se u 50% bolesnika, a teško ih je vidjeti na ultrazvuku, ali uređaj ih može uočiti (Šuto, 2017). Također, ultrazvukom je uočljiv sinovitis kod bolesnika koji su u kliničkoj remisiji te je važan za prevenciju strukturnih oštećenja (Kehler, Čabrijan, 2015).

5.1. CASPAR kriteriji

Jedan od kriterija za postavljanje dijagnoze psorijatičnog artritisa je CASPAR (Classification of Psoriatic Arthritis) kriterij. To je kriterij koji je namijenjen odabranim sudionicima u kliničkim istraživanjima o psorijatičnom artritisu. Funkcionira tako da je potrebno posjedovati artritis na zglobovima i/ili kralježnici i/ili entezi. Uz to, moraju se skupiti još 3 boda od postojećih simptoma koji su navedeni u tablici 1.

Prednosti ove vrste kriterija je što je jednostavan za korištenje, visoka je specifičnost (98,7%) te dobra osjetljivost (91,4%).

Tablica 1. CASPAR kriteriji za dijagnozu psorijatičnog artritisa

1. PSORIJAZA	a) prisutne trenutne promjene psorijaze (koža, vlasište)	2 boda
	b) pozitivna osobna anamneza	1 bod
	c) pozitivna obiteljska anamneza	1 bod
2. PSORIJATIČNE PROMJENE NOKTIJU (odvajanje noktiju, zadebljanje kože ispod noktiju itd.)		1 bod
3. NEGATIVAN NALAZ REUMATOIDNOG ČIMBENIKA		1 bod
4. AKTUALNI DAKTILITIS		1 bod
5. RENDGENSKI DOKAZ JUSTARTIKULARNOG STVARANJA NOVE KOSTI (šaka/stopalo)		1 bod

5.2. Laboratorijski nalazi

Obavljanje laboratorijskih pretraga važno je zbog isključivanja drugih vrsta bolesti. One mogu pokazati upalne procese u organizmu oboljelih od psorijatičnog artritisa u granicama normalnih vrijednosti ili blago povišene. Kada je riječ o povišenom vrijednostima, oko 10 – 20% bolesnika imaju veću vrijednost mokraćne kiseline u serumu, a jedno od glavnih laboratorijskih obilježja je negativan reumatoidni čimbenik čije je postojanje kod 5 – 13% bolesnika. Antigen pomoću kojega pratimo razvoj i tijek bolesti je antigen HLA sustava koji se uzima iz uzorka krvi te je također važan sastojak za postavljanje dijagnoze (Grubišić, 2017).

6. LIJEČENJE PSORIJATIČNOG ARTRITISA

Liječenje psorijatičnog artritisa odvija se odvojenom terapijom za psorijazu te za artritis. Psorijazu liječimo različitim dermatološkim preparatima dok se artritis temelji na različitim medikamentim terapijama i fizioterapijskim postupcima. Važnu ulogu ima cijeli multidisciplinarni tim kojeg čine reumatolog, dermatolog, fizijatar, fizioterapeut, radni terapeut, medicinska sestra i sl. Terapija je uspješnija ukoliko je pristup individualan i ukoliko se što ranije pristupi terapiji. Prednosti rane terapije su u smanjenoj vjerojatnosti neželjenih posljedica u što se mogu ubrojiti destrukcije zglobova koje pacijentu smanjuju i narušavaju kvalitetu dosadašnjeg života (Žužul, 2019). Vrste liječenja su farmakološki i nefarmakološko liječenje. Prilikom odabira liječenja, u obzir se uzimaju sljedeći čimbenici – stadij bolesti, postojanje komorbiditeta, kakvo je opće stanje bolesnika, uzima li bolesnik kakve lijekove, prisutnost upala ili entezitisa, zahvaćenost perifernih zglobova ili prisutnost nekih izvanzglobnih manifestacija. Također je od velike važnosti pridržavati se općih mjera i plana prehrane.

6.1. Farmakološki način liječenja

Kada je riječ o farmakološkom načinu liječenja, tu se koriste nesteroidni antireumatici te lijekovi koji mogu promijeniti tijek i širenje bolesti. Nesteroidni antireumatici ili NSAR nemaju korisnu primjenu kod kožnih bolesti, ali se mogu koristiti za ublažavanje simptoma perifernog artritisa. Učinkovitost kod perifernog artritisa vidljiv je u brzom i učinkovitom simptomatskom djelovanju zbog čega se i koristi. Kao i kod svakog lijeka, tako i kod ovog postoje određene nuspojave – riječ je o gastrointestinalnim i kardiovaskularnim nuspojavama. Mogu se primjenjivati samostalno, ali i u kombinaciji s drugim određenim i dopuštenim lijekovima (Kehler, Čabrijan, 2015).

Još neki od lijekova koji se koriste, a utječu na tijek psorijatičnog artritisa su metotreksat, sulfasalazin i leflunomid. Metotreksat je lijek koji se najčešće koristi kao lijek PsA te ima učinka osim kod psorijatičnog artritisa i kod psorijaze posebno, aktivnog reumatoidnog artritisa te kod jednog od skupine spondiloartritisa – juvenilni idiopatski artritis. I uz ovaj lijek pripisuju se određene nuspojave kao što su ulcerozne promjene sluznice usne šupljine te hepatotoksičnost (Grubišić, 2016).

6.2. Nefarmakološki način liječenja

Uz određene lijekove, tu se nalazi i nefarmakološki način liječenja. On je usmjeren na same fizioterapijske postupke koji su usmjereni na smanjenje upale, relaksaciju mišića, uklanjanje boli i poboljšanje cirkulacije. Fizikalna terapija koja se koristi obuhvaća laser, magnet, TENS, krioterapija, balneoterapija, naftalanski pripravci i fizioterapijske vježbe o kojima će biti više u sljedećem poglavlju.

Što se tiče fizioterapijskih vježbi, one su individualno prilagođene svakome pacijentu i jedne su od najbitnijih stavki kod fizikalne terapije. Značajnijih istraživanja vezanih za učinkovitost fizioterapijskih vježbi, ali se svakako često koriste kako bi se smanjila bol, postigla veća funkcionalna sposobnost i spriječilo daljnje nastajanje deformacija.

7. FIZIOTERAPIJSKI PROCES PSORIJATIČNOG ARTRITISA

Fizioterapija psorijatičnog artritisa započinje fizioterapijskom procjenom. Ona se temelji na S.O.A.P modelu. S predstavlja subjektivni dio procjene, O objektivni dio procjene, A analiza i P plan terapije.

U subjektivnom dijelu procjene od pacijenta se dobivaju podaci vezani za anamnezu (osobnu, sadašnju, dosadašnju, radnu i socijalnu). Osim anamneze, uzimaju se i informacije vezane za simptome bolesti (u kojoj mjeri nastaju, koliko dugo, koji se pojavljuju i sl.), informacije o boli (je li konstantna, periodična, povremena) te kad se bol najčešće javlja (tijekom mirovanja ili obavljanja aktivnosti).

Objektivni dio procjene usmjeren je na podatke koje dobivamo od pregleda pacijenta. Budući da je riječ o psorijatičnom artritisu, objektivni dio se odnosi na integritet kože, mobilnost i simetričnost zglobova, postojanje deformiteta (daktilitis), prisutnost otoka i sl. Od mjerenja i testova provode se manualni mišićni test šake, stopala i podlaktice, upitnik o boli, mjerenja opsega pokreta svih pokreta u zglobovima šake i prstiju, te u ručnom, lakatnom i ramenom zglobu, mjerenja longitudinalnosti i cirkularnosti šake i prstiju itd.

Nakon obavljenog subjektivnog i objektivnog dijela procjene izrađuje se plan terapije. Prije izrade određuje se stanje pacijenta, odnosno u kojem stadiju se nalazi psorijatični artritis (akutni/subakutni/kronični). Važnost određivanja stadija bolesti je u tome što se plan izrađuje prema stadijima bolesti jer je za svaki stadij drugačiji plan fizioterapije i tijek terapije.

7.1. Fizioterapijska intervencija u akutnom stadiju psorijatičnog artritisa

U ovoj fazi simptomi koji se pojavljuju su upaljeni zglobovi te se terapija prvenstveno temelji na krioterapiji koja može biti u obliku krioobloga. Njen učinak je da smanjuje dotok krvi, usporava metaboličke procese te najvažnije, smanjuje bol i povećava prag tolerancije za bol. Uz krioterapiju, važan je i odmor jer se upaljeni zglobovi ne smiju opterećivati kako bi se upala smanjila pa se zato mogu postaviti i u zaštitne položaje. Ukoliko je potrebno, pacijent dobiva određenu medikamentoznu terapiju (Grubišić, 2016).

7.2. Fizioterapijska intervencija u fazama popuštanja psorijatičnog artritisa

Kada dođe do faze remisije, odnosno popuštanja ili odsutnosti simptoma tada je fizioterapijska intervencija obuhvatnija. Važan dio ove faze bolesti su terapijske vježbe za opseg pokreta čiji je cilj održavanje i poboljšanje opsega pokreta, također aktivne i aktivno potpomognute vježbe za odražavanje i jačanje snage mišića (Plečko, 2011). Vježbe se prilagođavaju individualno i trebaju biti pacijentove granice boli. Ukoliko ipak dođe do boli, ona ne bi trebala trajati dulje od 2 sata.

Osim vježbi, ostale procedure koje se mogu koristiti je ultrazvuk kroz vodu ukoliko na koži ne postoje rane od psorijaze ili su rane otvorene. Ako dođe do boli kod pacijenta, primjenjuje se TENS (transkutana električna stimulacija). Fototerapija je važna kod ove vrste bolesti zbog postojanja psorijaze, a njeni učinci su vidljivi u smanjenju kožnih promjena (slika 5). Provodi se u posebnim kabinama koje su opremljene svjetiljkama koje emitiraju UVB zrake određenih valnih duljina koje određuju osobe namijenjene za fizikalnu terapiju.



Slika 5. Prikaz jednog od načina fototerapije

Dostupno na: <https://hr.ze-signon.com/articles/dermatologiya/psoriaz-simptomi-lechenie-i-profilaktika-cheshujchatogo-lishaya.html>

Parafinski oblozi također je važna fizioterapijska intervencija kod psorijatičnog artritisa, a obuhvaća obloge na određene dijelove tijela koji su velike temperature i drže se na tijelu oko 15 minuta dok ne izgube određenu temperaturu, odnosno dok se oblozi ne „stvrđnu“.

Najvažniji dio terapije predstavlja balneoterapija kao i naftalanski oblozi i kupke. Balneoterapija se može provoditi u obliku kupki, u obliku inhalacije ili pijenje mineralne vode, a smanjuje ukočenost i bol (slika 6).



Slika 6. Prikaz balneoterapije – Rimske terme

Dostupno na: <http://sretna.story.hr/zdravlje/alternativa/balneoterapija-ili-lijecenje-vodom/>

Njeni pozitivni učinci pronalaze se u kombiniranju fizikalnih svojstava vode (uzgon, prijenos temperature i sl.). Hrvatska ima puno mjesta koja omogućavaju balneoterapiju, a primjenjuje se tako da se u vodu uranjaju dijelovi tijela koji su podložni bolesti ili u sumporne bazene (Grazio, Doko, 2019). Naftalan je lijek koji se najčešće koristi u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju Naftalan, Ivanić - Grad (slika 7) te učinci koji se pronalaze u takvoj vrsti lijeka su mehanički, toplinski i bioaktivno djelovanje na organizam. On liječi blagi do umjereni oblik psorijaze i psorijatičnog artritisa (Krnjević – Pezić i sur., 2012).

Slika 7. Prikaz liječenja naftalanom u obliku kupke u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju Naftalan, Ivanić – Grad

Dostupno na: <https://naftalan.hr/>

8. KVALITETA ŽIVOTA OSOBA SA PSORIJATIČNIM ARTRITISOM

Kvaliteta života osoba sa ovom vrstom bolesti vezana uz zdravlje može se provjeriti indeksom namijenjenim za to, a on se naziva PsAQoL (engl. Psoriatic Arthritis Quality of Life) te se sastoji od 20 pitanja. Uz narušenu kvalitetu života nastupom same bolesti, bolest uz sebe nosi i različiti niz komorbiditeta. Neki od su kardiovaskularne bolesti, šećerne bolesti, metabolički sindrom, upalne bolesti crijeva, pretilost, uveitis, osteoporoza i sl. Najčešće su vezani uz srce, žile, krvni trakt, probavni i mokraćni sustav itd. Uz navedene bolesti, bolesnici mogu imati poteškoća u vidu psihičkih promjena, depresije, anksioznosti itd.

8.1. Kardiovaskularne bolesti

Pojavljuje se kod oko 14% bolesnika sa psorijatičnim artritisom jer je kod njega povišen kardiovaskularni mortalitet. Jedan su od vodećih uzroka smrti kod psorijatičnog artritisa, a uključuju povišen krvni tlak, ishemijsku bolest srca, aterosklerozu, bolest perifernih i moždanih krvnih žila. Ova vrsta komorbiditeta učestalija je kod osoba ženskog spola (Francetić, 2014). Edukacija bolesnika smatra se jednim od bitnijih elemenata u cjelokupnom terapijskom pristupu te osim na samu bolest, edukacija pacijenta treba uključiti i povišeni navedeni kardiovaskularni rizik i motivaciju pacijenta u smislu njihove prevencije, između ostaloga i prestanak pušenja (Grazio, Doko Vajdić, 2020).

8.2. Osteoporoza

Kao i kod svih upalnih reumatskih bolesti, tako je i kod psorijatičnog artritisa osteoporoza jedan od komorbiditeta. Brojna istraživanja koja se bave psorijatičnim artritisom pokazala su da je kod takvih osoba prosječna mineralna gustoća kostiju niža nego kod zdravih ljudi. Uzroci nastanka osteoporoze su najčešće određene kronične upale, imobilizacija, bolnost zglobova, fizička nesposobnost te konzumiranje određenih lijekova. Prevencija osteoporoze uključuje tjelesnu aktivnost kako bi spriječio gubitak koštane mase, promjena prehrane (redovito unošenje vitamina D i kalcija), prestanak pušenja i pretjeranog konzumiranja alkohola itd.

8.3. Pretilost, metabolički sindrom i šećerna bolest

Zabilježeni vodeći komorbiditet je pretilost koja je uočljiva kod 35% bolesnika sa psorijatičnim artritismom. Uz to što je vodeći komorbiditet, smatra se i jednim od vodećih čimbenika nastanka bolesti. Navedeno je kako su osobe koje boluju od psorijatičnog artritisa povećanog indeksa tjelesne mase te je i sami udio pretilosti veći kod osoba sa psorijatičnim artritismom nego što je općenito u općoj populaciji. Kod takvih situacija se procjenjuje masno tkivo kod takvih bolesnika tako što se određuje tjelesna težina i BMI, a smanjenjem tjelesne težine bolesnik smanjuje i rizik za nastanke drugih komorbiditeta kao što su kardiovaskularne bolesti. Što je veća tjelesna težina, manja je fizička sposobnost i pokretljivost tih osoba pa se smanjenjem tjelesne težine isto tako i povećava pokretljivost što je vrlo važno kod bolesnika sa psorijatičnim artritismom (Marasović Krstulović, Šimac, 2017).

Kada je riječ o metaboličkom sindromu, on se javlja kao posljedica upale mišićno – koštanog sustava i kože. Udruženjem tih upala povećava se incidencija nastanka kardiovaskularnih bolesti. Šećerna bolest pojavljuje se zbog različitih vrsta terapija lijekovima koja povećava rizik njenog nastanka za 30%.

8.4. Psihološke promjene

Budući da svaka bolest sa sobom nosi određeni niz posljedica, tako i psorijatični artritis u većini slučajeva ima znatan utjecaj i na psihički život bolesnika. Bolesnici se suočavaju s boli, smanjenom fizičkom sposobnosti kao i kvalitetom života, javljaju im se sumnje kod liječenja i terapija, a često i različiti načini terapija donose velike promjene kod psihe čovjeka. Dio psorijatičnog artritisa je sama psorijaza koja je vidljiva na koži pacijenta što kod određenih bolesnika može probuditi sram u vlastitom tijelu zbog rana koje izaziva psorijaza, isto tako i poglede od drugih ljudi. Sve to kod bolesnika može izazvati da se osjeća pogubljen, posramljeno i da često izbjegava kontakte s drugim ljudima dok se ne navikne na bolest i promjene vidljive na tijelu (Francetić, 2014).

Promjene koje su navedene su također bile depresija i anksioznost. Depresija, prema istraživanjima, prepoznata je kod 22,2% bolesnika sa psorijatičnim artritismom, a u većini slučajeva je povezana sa simptomima poput zakočenosti i bolova zglobova, kao i s umorom koji se javlja nastankom bolesti, a najčešće su razlog nastanka vidljive promjene na koži. Jedan od najčešćih problema zbog kojih dolazi do depresije je nesudjelovanje bolesnika u liječenju i neprihvatanja vlastitog stanja što dovodi do otežanog liječenja i produljene terapije (Grazio,

Pacijent na gore prikazanoj liniji označuje koliku bol osjeća u prethodnih tjedan dana te liječnik dobivenim podacima određuje ocjenjuje stupanj boli. S obzirom na druge bolesti, bolesnici koji imaju psorijatični artritis imaju veće dobivene vrijednosti u odnosu na opću populaciju, ali od spondiloartropatija, reumatoidni artritis ipak ima prednost kada je u pitanju bol u odnosu na druge spondiloartropatije (Prus, Bedeković, 2017). Najčešći terapijski pristup koji povećava fizičku sposobnost pacijenta su terapijske vježbe kao i određene fizioterapijske procedure koje pomažu kod boli u zglobovima i omogućava pacijentu što bolju i veću pokretljivost kao i mogućnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti.

8.6. Kvaliteta života

Kod kvalitete života osoba sa psorijatičnim životom promatra se odnošenje prema vlastitom životu i također uključuje određene indekse za procjenu. Jedni od indeksa koji se koriste, a već su do sada nabrojani su HAQ, PsAQoL, DLQI ((Dermatology Life Quality Indeks) te jedan od najčešćih – SF-36 upitnik. Kao što i sam naziv govori, upitnik se sastoji od 36 pitanja koja obuhvaćaju funkcioniranje osobe (psihičko i fizičko) podijeljeno u 8 kategorija (vitalnost, bol, ograničenost funkcioniranja fizičkih i psihičkih problema, percepcija općeg zdravlja, fizička sposobnost). Jedna kategorija boduje se prema skali od 0 – 100, a što je veći ostvaren broj bodova, to je bolja kvaliteta života (Prus, Bedeković, 2017).

S obzirom da su pitanja u većini upitnika usmjerena na različite simptome te neke svakodnevne aktivnosti života, njihovi rezultati često imaju veliku korisnost kod unapređenja liječenja, prepoznavanju problema ukoliko se otkriju upitnicima kao i savjeti za pomoć koji bi bolesniku unaprijedili i poboljšali kvalitetu života. Kod psorijatičnog artritisa javlja se i umor koji može biti trajan, nepredvidiv te se također mjeri različitim skalama kao i problemi sa spavanjem što znatno utječe na slabiju kvalitetu života. U većini slučajeva (50% bolesnika) to bude blagi do umjereni umor (Grubišić, 2016). Na umor najčešće pozitivno utječe neki fizikalni postupci poput hidroterapije te primjene terapijskih vježbi nakon kojih je pacijentu potreban dodatan odmor. Kako bi što ranije prepoznali i zbrinuli navedene komorbiditete, pacijentu sa psorijatičnim artritismom treba omogućiti multidisciplinarni pristup i isključiti samo evaluaciju kožnih i zglobnih bolesti već ući u povijest bolesti opsežnije i detaljnije. S takvim pristupom znatno bi se popravila kvaliteta života, aktivnost same bolesti i terapijski učinak.

9. ZAKLJUČAK

Psorijatični artritis ubrajamo u grupu spondiloartropatija za koji možemo reći da je nepoznatog uzroka, ali da uz sebe vuče niz komorbiditeta koji znatno utječu na kvalitetu života osobe koja boluje od istoga. Nastaje nakon 10 godina od pojave psorijaze, a liječi se odvojeno, dakle posebno psorijaza i posebno artritis. Zbog nepoznavanja uzroka često se uzroku nastanka pripisuju uzroci koji se pojavljuju kod svake reumatološke bolesti, a oni se najčešće svrstavaju u grupu genetskih, imunosnih i vanjskih čimbenika. Također je poznato da ukoliko se u obitelji pojavljuje već oboljeli od psorijatičnog artritisa, velika je vjerojatnost da će i sam oboljeti od istoga.

Kada je riječ o liječenju, kombinira se farmakološki i nefarmakološki način liječenja. U farmakološke ubrajamo različite vrste medikamentne terapije, dok se nefarmakološki način liječenja odnosi na fizikalnu terapiju koja u velikoj mjeri pridonosi uspješnosti terapije. U fizikalnoj terapiji najvažniji segment su same terapijske vježbe koje se pacijentu prilagođavaju individualno s obzirom na dob, stanje te funkcionalnu sposobnost pacijenta. Isto tako, važnost se pridaje i balneoterapiji te nefarmakološkoj terapiji koje smanjuju ukočenost i bol i jedne su od važnijih terapiji u fizioterapiji. Prije nego što se odredi sama terapija, potrebno je obaviti procjenu koja se izvodi po SOAP modelu te se na osnovu dobivenih podataka iz anamneze kao i iz različitih oblika i vrsta mjerenja određuje u kojemu stadiju je bolest i koja vrsta terapije je pacijentu potrebna.

Kao i svaka bolest, tako i psorijatični artritis za sobom ostavlja negativne posljedice na kvalitetu života pacijenta. U ovom slučaju, radi se o psihološkim promjenama čovjeka koje nastaju zbog promjena na koži nastale zbog psorijaze koje kod pacijenta potiču odbačenost, sram i najčešće vuče na sebe poglede drugih ljudi. Sve navedeno uzrokuje da se pacijent povuče u sebe i isto tako psihički „oslabi“. Uz psihičke promjene, javlja se i narušena fizička sposobnost zbog ukočenosti i bolova u zglobovima, umora samog pacijenta itd. Ukoliko pacijent bude uporan u terapiji i uspije u velikoj mjeri zaustaviti daljnje širenje simptoma promijenit će se i njegovo psihičko stanje, a također i fizička sposobnost. Bitno je napredovati i slušati upute svih članova rehabilitacijskog tima kako bi se olakšalo liječenje i izvođenje svih vrsta terapije.

LITERATURA

- Banović, M. (2019). *Magnetska rezonancija u dijagnostici reumatoloških bolesti* (Diplomski rad). Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:330918>
- Francetić, H. (2014). *Međuodnos aktivnosti bolesti i kožnih promjena u nastanku i tijeku psorijatičnog artritisa* (Diplomski rad). Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:722981>
- Gašparini, D. i Kaštelan, M. (2019). *Psorijaza – vidljivi ubojica*. *Medicina Fluminensis*, 55 (3), 215-223. https://doi.org/10.21860/medflum2019_221607
- GRAZIO, S. i DOKO, I. (2013). *Balneoterapija/hidroterapija u bolesnika s reumatoidnim artritismom, ankilozantnim spondilitisom i psorijatičnim artritismom – deskriptivni pregled*. *Fizikalna i rehabilitacijska medicina*, 25 (3-4), 84-96. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/125658>
- GRAZIO, S. i DOKO, I. (2020). *PSORIJATIČNI ARTRITIS*. *Fizikalna i rehabilitacijska medicina*. Preuzeto s [file:///C:/Users/korisnik/Downloads/1194987.Psorijaticni_artritis_Grazio_Doko_Medix_2020%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/korisnik/Downloads/1194987.Psorijaticni_artritis_Grazio_Doko_Medix_2020%20(4).pdf)
- Grubišić, F. (2016). *Kvaliteta života osoba oboljelih od psorijatičnoga artritisa u usporedbi s reumatoidnim artritismom i degenerativnom bolešću zglobova*. Preuzeto s <https://core.ac.uk/download/pdf/158568602.pdf>
- Kehler, T. i Čabrijan, L. (2015). *ŠTO TREBA ZNATI O PSORIJATIČNOM ARTRITISU?*. *Acta medica Croatica*, 69. (2), 111-115. Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:609603>
- Krnjević-Pezić, G., Maričić, G., Alajbeg, I., Pašić, A., Čurković, B., Čeović, R. i Kostović, K. (2012). *Naftalan ulje u liječenju psorijaze i psorijatičnog artritisa*. *Reumatizam*, 59 (2), 162-162. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/124074>
- Laktašić Žerjavić, N. i Schnurrer Luke Vrbanić, T. (2017). *EPIDEMIOLOGIJA PSORIJATIČNOG ARTRITISA I KLASIFIKACIJSKI KRITERIJI ZA PSORIJATIČNI ARTRITIS*. *Reumatizam*, 64. (suppl. 1), 8-16. Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:476731>
- Marasović Krstulović, D. i Šimac, P. (2017). *KOMORBIDITETI U PSORIJATIČNOM ARTRITISU*. *Reumatizam*, 64 (suppl. 1), 0-0. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/188335>
- Novak, S. i Zekić, T. (2017). *PATOGENEZA PSORIJATIČNOG ARTRITISA*. *Reumatizam*, 64 (suppl. 1), 0-0. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/188331>

- Plečko, H. (2011). FIZIOTERAPIJA KOD PSORIJATIČNOG ARTRITISA (Seminarski rad).
Preuzeto s https://issuu.com/fizioterra/docs/psorijati_ni_artritis
- Prus, V. i Bedeković, D. (2017). OCJENA AKTIVNOSTI BOLESTI U PSORIJATIČNOM ARTRITISU. *Reumatizam*, 64 (suppl. 1), 0-0. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/188337>
- Schnurrer Luke Vrbanić, T. i Laktašić Žerjavić, N. (2017). KLINIČKA SLIKA PSORIJATIČNOG ARTRITISA. *Reumatizam*, 64. (suppl. 1), 22-26. Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:924443>
- Šuto, D. (2017). Psorijatični artritis i biološka terapija (Diplomski rad). Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:054605>
- Žužul, M. (2019). *Povijesni pregled nefarmakološkog liječenja psorijatičnog artritisa u Hrvatskoj* (Diplomski rad). Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:814504>