

Prikaz bolesnika

Primjena kontinuirane kineziterapije u liječenju ankilozirajućeg spondilitisa – prikaz bolesnika

Aleksandra Hadživdić¹, Nikola Gavrić¹,
Aleksandra Marković²

¹Bolnica "Sveti apostol Luka" Doboj, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

²Medicinska škola Doboj, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

Kratak sadržaj

Uvod. Ankilozirajući spondilitis (Morbus Bechterew) je hronično zapaljensko, reumatsko oboljenje koje se odlikuje sinovitisom sakroilijačnih zglobova i sinovijskih zglobova kičmenog stuba. Cilj rada je prikazati značaj kontinuirane kineziterapije u liječenju ankilozirajućeg spondilitisa.

Prikaz bolesnika. Bolesnik (muškarac, star 38 godina) sa ankilozirajućim spondilitisom se javio fizijatru zbog pogoršanja simptoma osnovnog oboljenja u smislu bolova i ograničenja pokreta te smetnji u obavljanju aktivnosti svakodnevnog života. Nakon kliničkog pregleda kod bolesnika je započet fizikalni tretman koji je sadržao analgetske procedure elektro i sonoterapiju od 10 tretmana i dva mjeseca kontinuirane kineziterapije pod kontrolom fizioterapeuta. Nakon dva mjeseca, na kontrolnom pregledu bolesnik nema bolove ni ograničenost pokreta i nesmetano obavlja aktivnosti svakodnevnog života.

Zaključak. Kontinuirana kineziterapija je neizostavni vid liječenja bolesnika sa ankilozirajućim spondilitisom jer sprečava nastanak deformiteta i omogućava ublažavanje simptoma i povećanje pokretljivosti kičmenog stuba.

Ključne riječi: ankilozirajući spondilitis, kineziterapija

Uvod

Ankilozirajući spondilitis (Morbus Bechterew) je hronično, zapaljensko reumatsko oboljenje koje se odlikuje sinovitisom sakroilijačnih zglobova i sinovijskih zglobova kičmenog stuba, zapaljenskim promjenama insercija kičmenog stuba, ligamenata i

tetiva karlice, perifernih zglobova, zapaljenskim ili fibroznim promjenama drugih organa (akutni prednji uveitis, promjena na plućima i aorti). U toku bolesti zapaljenske promjene lokomotornog sistema spontano se završavaju osifikacijom tj. ankilozom zglobova i osifikacijom insercija. Javlja se 5 – 7 puta češće kod muškaraca.

Adresa autora:
Dr Aleksandra Hadživdić
Celjska 21, 74000 Doboj
aleksandradr@yahoo.com

Najčešće počinje kod mlađih osoba između 18. i 30. godine života [1]. Osnovne patohistološke promjena u ankilozirajućem spondilitisu mogu se vidjeti u sakroilijačnim (SI) zglobovima i sinovijalnim zglobovima kičmenog stuba, perifernim zglobovima i tetivnim insercijama. Početak bolesti je postepen i manifestuje se pojavom bola u krsnom predjelu kičmenog stuba. Za bol je specifično da se javlja nakon dugotrajne imobilizacije i prestaje nakon mobilizacije pacijenta. Bol je karakterističan za rane jutarnje časove. Nakon više mjeseci bol se počinje širiti prema lumbalnom i torakalnom segmentu kičmenog stuba i praćen je osjećajem stezanja u grudnom košu i bolom pri dubokom udisaju. U terminalnoj fazi zahvaćen je i cervikalni segment kičme i javlja se bol u vratu sa ograničenim pokretima. Sa napredovanjem procesa i zahvatanjem svih segmenata kičmenog stuba bolesnik zauzima karakterističan „stav skijaša“. Sa kičmenog stuba proces okoštavanja se prenosi i na kostovertebralne zglobove čime se smanjuje obim kostalnog disanja i bolesnici dišu abdominalno. Ekspiratorno-inspiratorna razlika (respiratorni indeks) u uznapredovalim fazama bolesti se gubi što je praćeno komplikacijama od strane respiratornog trakta. Vrijeme koje protekne od pojave sakroilijačnog artritisa do potpune ankiloze kičmenog stuba može da bude i 20 – 30 godina, a ponekad je taj period i kraći i iznosi 5 – 10 godina. Vanzglobne manifestacije se ispoljavaju na očima, kardiovaskularnom sistemu i plućima.

Dijagnoza ankilozirajućeg spondilitisa se postavlja na osnovu anamneze, kliničke slike, laboratorijskih analiza, radiološkog nalaza. Zbog opisanih promjena na svim segmentima kičmenog stuba smanjuje se indeks sagitalne pokretljivosti svih segmenata kičmenog stuba što se određuje mjerenjem po Schober-u. Ukoliko anamnistički podaci govore u prilog ankilozirajućeg spondilitisa opravdano je uraditi i određivanje HLA-B27 antigena koji se nalazi kod 90 – 95% bolesnika, ali nije specifičan.

Liječenje ankilozirajućeg spondilitisa je simptomatsko i treba ga započeti u što ranijoj fazi bolesti. Medikamentozno liječenje podrazumijeva primjenu nesteroidnih antiinflamatornih lijekova (NSAIL), a sam izbor je

individualan. Druge metode liječenja koje se mogu primjenjivati, ali mnogo rjeđe i u teškim slučajevima, su hirurško liječenje, lokalna radijaciona terapija.

Fizikalna terapija u liječenju ankilozirajućeg spondilitisa je osnova liječenja. Koriste se sve procedure fizikalne terapije elektro, sono, foto, magneto, termoterapija, a najznačajnije mjesto ima kineziterapija. Ona se sprovodi od najranijeg stadijuma oboljenja i treba da se sprovodi svakodnevno.

Prikaz bolesnika

Bolesnik, muškarac, star 38 godina javio se na pregled kod fizijatra radi obnove fizikalnog tretmana. Prije 12 godina bolest je počela atipičnim bolovima u lumbosakralnom (L/S) segmentu kičmenog stuba koji su bili jači ujutro i nakon mirovanja, smirivali su se u toku dana i poslije uzimanje NSAIL. Prije 5 godina došlo je do pogoršanja simptoma. Urađena je magnetna rezonanca L/S segmenta kičmenog stuba koja je pokazala anularno bubrenje intervertebralnog diska kao i kontakte sa radiksimama. Uvedena je medikamentozna terapija i preporučen stacionarni fizikalni tretman gdje se postavila sumnja na Morbus Bechterew. Pacijent je upućen u Institut za reumatologiju Beograd gdje je HLA tipizacijom nađen HLA-B27 antigen. Započeto je liječenje i bolesnik je uključen u kliničku studiju ENBREL koja nije sprovedena do kraja. U toku terapije i sprovođenja studije nije sprovodio bilo kakav fizikalni tretman.

U februaru 2013. godine bolesnik se javio fizijatru zbog bolova u ramenima, interskapularnoj regiji i ograničenih pokreta vratnog segmenta kičmenog stuba. Intenzitet bola mjeren vizuelno, analognom skalom (VAS) ocijenjen je ocjenom 9. U terapiji je svakodnevno koristio Brufen tbl od 400 mg, 2 puta dnevno. Bolovi su ga ograničavali u aktivnostima svakodnevnog života i radnim aktivnostima (pacijent je ljekar, specijalista hirurške grane).

Na prvom pregledu, funkcionalni status je pokazao da je bolesnik samostalno pokretan, zadovoljavajuće šeme hoda, a pri rotacijama je okretao cijeli trup u bloku. Bila je prisutna

protruzija glave i oba ramena, povišen tonus miškulature vratno-ramenog pojasa. Mjerenja po Schober-u pokazala su indeks sagitalne pokretljivosti vratnog segmenta kičmenog stuba 5 cm, pokreti vrata bili su ograničeni u težem stepenu u svim pravcima. Indeks sagitalne pokretljivosti torakalnog segmenta kičmenog stuba iznosio je 0,9 cm, indeks sagitalne pokretljivosti lumbalnog segmenta kičmenog stuba 2 cm, respiratorni indeks 0,8 cm. Nalaz na ostalim segmentima lokomotornog aparata bio je zadovoljavajući.

Bolesnik je počeo sa fizikalnim tretmanom u trajanju od deset dana – ordinirana je sono i elektroterapija. Kineziterapija se sprovodila po programu za Morbus Bechterew – vježbe disanja, vježbe za povećanje obima pokreta korijenskih zglobova, vježbe za povećanje pokretljivosti kičme, opšte kondicione vježbe sprovodile su se svakodnevno pod kontrolom fizioterapeuta u trajanju od dva mjeseca.

Nakon dva mjeseca kontinuirane kineziterapije dobijeni su sljedeći rezultati. Intenzitet bola mjeren VAS ocjenjen je ocjenom 2. Upotreba analgetika smanjena je na 1 tbl Brufena od 400 mg u 4 dana. Indeks sagitalne pokretljivosti cervikalnog segmenta kičmenog stuba bio je 6,8 cm, torakalnog segmenta kičmenog stuba 1,5 cm, lumbalnog segmenta kičmenog stuba 3,5 cm, a respiratorni indeks je iznosio 2 cm. Pacijent nije imao ograničenja u obavljanju aktivnosti svakodnevnog života i radnih aktivnosti.

Diskusija

Prikazan je bolesnik sa ankilozirajućim spondilitisom. Ova inflamatorna reumatska bolest napada čitav organizam. Postoji tendencija osifikacije mekih vezivnih struktura, naročito na kičmenom stubu. Vremenom okoštavaju i vezivni prstenovi diskusa, uzdužni i kratki ligamenti kičme, pa ona u završnom stadijumu poprima oblik “bambusovog štapa” [2]. Zbog toga se ograničava sagitalna pokretljivost kičmenog stuba. Proces napreduje i prenosi se na kostovertebralne zglobove pa se smanjuje i obim kostalnog disanja. Promjene zahvataju i korjenske zglobove (kuk i ramena) što

dovodi do ograničenja pokreta. Zapaljinske promjene na hvatištima mišića ometaju puni obim pokreta i na drugim segmentima lokomotornog aparata. Česte prateće promjene su iridociklitis, dok su promjene na srcu i plućima sekundarne zbog promjena na koštanim strukturama grudnog koša.

Iako bolest odlikuje teška i ozbiljna funkcionalna prognoza, s obzirom da zapaljenska komponenta nije toliko izražena, bolesnici s ankilozirajućim spondilitisom imaju bolju fizičku kondiciju i rezultati terapije su povoljniji u odnosu na bolesnika sa drugim zapaljenskim reumatskim bolestima. Izgledi za rehabilitaciju bolesnika sa ankilozirajućim spondilitisom su prilično dobri, ali je važno da se bolest što ranije prepozna i da se uporno i trajno liječi. Dokazano je da su preduslovi dobrog odgovora na terapiju mlađe životno doba, kraće trajanje bolesti, niži nivo funkcionalne onesposobljenosti [3].

Medikamentozna terapija u liječenju ankilozirajućeg spondilitisa je simptomatska i podrazumijeva upotrebu NSAID, upotrebu kortikosteroida, a u posljednje vrijeme sve širu primjenu ima i biološka terapija.

Fizikalna terapija ima čitav dijapazon modaliteta koji se koriste u liječenju bolesnika sa ankilozirajućim spondilitisom: termoterapija, sonoterapija, magnetoterapija, elektroterapija, hidrokineziterapija, balneoterapija. Od svih procedura fizikalne terapije najčešće primjenjivana i sa najviše efekta je kineziterapija koju treba započeti odmah po postavljanju dijagnoze. Program vježbi koje se sprovode podrazumijeva vježbe za povećanje pokretljivosti kičmenog stuba, vježbe za povećanje pokretljivosti korjenskih zglobova i vježbe disanja. Sve vježbe se moraju izvoditi bez obzira da li postoje simptomi za navedena područja ili ne. Osim navedenih vježbi rade se vježbe za jačanje mišića ekstenzora trupa i ekstremiteta, vježbe za istezanje skraćanih mišića, jačanje mišića prednjeg trbušnog zida i opšte kondicione vježbe. Osnovno pravilo je da se vježbe izvode kada je organizam odmoran, izvode se do granice bola i više puta dnevno ne kraće od 15 minuta jer nemaju efekta [4]. Aytekin i saradnici [5] u radu preferiraju intenzivno vježbanje najmanje 5 puta sedmično

po 30 minuta.

Vježbe za povećavanje pokretljivosti kičme bolesnik sprovodi pod kontrolom terapeuta u svim položajima (ležećem, klečećem, sjedećem). Vježbe za vratni dio kičmenog stuba vrše se pod kontrolom terapeuta, a kada ih pacijent izvodi u kućnim uslovima potrebno je da ih izvodi pred ogledalom kako bi imao vizuelnu kontrolu amplitude pokreta. Vježbe za torakalni i lumbalni segment kičmenog stuba pacijent izvodi u položajima koji odgovaraju njegovom trenutnom položaju. To može da bude položaj potrbuške, sjedeći na petama, četvoronožni, ležeći na leđima. Za povećanje obima pokreta korjenskih zglobova značajno mjesto zauzimaju vježbe u suspenziji. Vježbama disanja sprečava se ankiloza kostovertebralnih zglobova i sternokostalnih sinhondroza i one se izvode u svim položajima. Vježbe disanja se poslije obaveznog programa mogu nastaviti u obliku različitih igara. Ispitivanja su pokazala da se kod bolesnika sa ankilozirajućim spondilitisom, koji su imali osmonedeljni trening respiratornih mišića u kombinaciji sa konvencionalnim treningom, povećala ekspanzija grudnog koša što se podudara sa našim ispitivanjima [6]. Multidimenzionalni program vježbanja, koji smo i mi opisali, treba uzeti u obzir kod pacijenata sa Mb. Bechterew zbog pozitivnih efekata na ublažavanje simptoma i antiinflamatornog efekta [7].

Edukacija je jedan od važnih faktora u liječenju bolesnika sa ankilozirajućim spondilitisom. Bolesnik mora shvatiti prirodu svoje bolesti i šta može očekivati od primijenjenih terapijskih postupaka, ali i kolika može biti šteta koju izaziva njihovo nesprovođenje. Ispitivanje koje su sproveli Kasapoglu i saradnici [8] pokazalo je da strukturna edukacija i vježbe imaju pozitivan efekat na funkcionalni status, tok bolesti, opšte stanje bolesnika i kvalitet života. Pokazali su da program edukacije treba da bude u rutinskom tretmanu ankilozirajućeg spondilitisa. Bolesnika treba obučiti svim mjerama koje će doprinijeti prevenciji deformiteta kičme, kukova i ramena, treba ga naučiti kako da što duže održi uspravan stav. Pravilno držanje tijela bolesnik treba da održava u svim položajima ležanja, sjedenja, stajanja i hodanja. Takođe, bolesniku treba objasniti da je aktivan

sudionik u svom liječenju i ukoliko prekine započetu terapiju rehabilitacija neće imati efekta. Ponekad svijest o važnosti fizičke aktivnosti nije dovoljna da bi motivisala pojedince sa ankilozirajućim spondilitisom da vježbaju. Kako navodi O`Dweyer i saradnici [9] postoje brojni faktori koji utiču na motivaciju pojedinca za vježbanje. Individualno prilagođene intervencije zajednički razvijene od strane bolesnika i zdravstvenog radnika predložene su kao strategija za efikasnu fizičku aktivnost i vježbanje. Gotovo dvije trećine ispitanika u studiji koju su radili Manning i saradnici [10] iako je bilo poznato sa ažuriranim smjernicama za sprovođenje fizičke aktivnosti ipak je bilo neaktivno. Najčešće prepreke za aktivnost bolesnika prema ispitivanju Iverson-a i saradnika [11] su bol, umor, osjećaj dosade prilikom vježbanja, nedostatak vremena, neadekvatna edukacija, nedostatak podrške od strane porodice i prijatelja. Pokazano je da će pacijenti sa ankilozirajućim spondilitisom biti voljni da provode vježbe ukoliko su im one jasno pokazane, ako im je objašnjena svrha njihove primjene i ako ih mogu provoditi u sigurnom okruženju pod kontrolom fizioterapeuta [12]. Program vježbi za bolesnike sa ankilozirajućim spondilitisom koji se vrši u grupama je mnogo efikasniji od onih koji se rade individualno u kući bolesnika. Ali i rad u kućnim uslovima je bolji od odsustva bilo kakvog programa vježbi, zaključili su u svom radu Lopes i saradnici [13]. Bolesnicima sa ankilozirajućim spondilitisom se preporučuje plivanje i hodanje, i ispitivanje koje su proveli Sampai-Barros i saradnici [14] pokazalo je da su bolesnici koji su kombinovali i jedno i drugo imali bolju toleranciju na vježbe i bolji pulmonalni kapacitet od onih koji su imali samo jedan oblik aktivnosti. Zato su plivanje i hodanje navedeni kao korisni oblici aerobnog treninga za bolesnike sa ankilozirajućim spondilitisom [14].

Mada je i u našem radu dokazan pozitivan efekat vježbi na smanjivanje bolova, bolje držanje tijela, povećanje pokretljivosti i funkcije, nema naučnih dokaza da vježbe mogu spriječiti nastanak ankiloze, ali je moguće svakodnevnim vježbama održati uspravan stav bolesnika i najbolji funkcionalni položaj zglobova kada već dođe do nastanka ankiloze [15].

Zaključak

Ankilozirajući spondilitis nije samo oboljenje kičme nego sistemsko oboljenje cjelokupnog organizma koje ima tešku i ozbiljnu funkcionalnu prognozu. Zbog toga, rana dijagnoza, što raniji početak farmakološkog i svih raspoloživih oblika nefarmakološkog liječenja, čine značajan faktor u liječenju ovih bolesnika. Od nefarmakoloških oblika terapije značajnu ulogu ima fizikalna terapija, i to posebno kineziterapija. Ukoliko se kineziterapija pro-

vodi prema propisanom redoslijedu, ukoliko je bolesnik sve vrijeme aktivan član rehabilitacionog tima koji je dosljedan u sprovođenju programa, kontinuirana kineziterapija predstavlja neizostavni vid liječenja bolesnika sa ankilozirajućim spondilitisom, jer sprečava nastanak značajnih deformiteta i omogućava smanjivanje simptoma i poboljšanje pokretljivosti kičmenog stuba.

Autori izjavljuju da nemaju sukob interesa.
The authors declare no conflicts of interest.

Literatura

1. Pilipović N. Reumatologija. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 2000.
2. Dürriegl T, Vitulić V. Reumatologija. Zagreb: Jugoslovenska medicinska naklada; 1982.
3. Kasper D, Fanci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison's principles of internal medicine. 19 izdanje. New York: McGrawHill; 2015.
4. Stančić S. Kineziterapijski program kod bolesnika sa ankilozantnim spondilitisom. 23. ljetna škola konzeologa Republike Hrvatske. Zbornik radova. 2014.
5. Aytakin E, Caglar NS, Ozgonenel L, Tutun S, Demiryontar DY, Demir SE. Home-based exercise therapy in patients with ankylosing spondylitis: effects on pain, mobility, disease activity, quality of life, and respiratory functions. *Clin Rheumatol* 2012;31(1):91-7.
6. Drăgoi RG, Amaricai E, Drăgoi M, Popovicu H, Avram C. Inspiratory muscle training improves aerobic capacity and pulmonary function in patients with ankylosing spondylitis: a randomized controlled study. *Clin Rehabil* 2016;30(4):340-6.
7. Kisacik P, Unal E, Akman U, Yapali G, Karabulut E, Akdogan A. Investigating the effects of a multidimensional exercise program on symptoms and antiinflammatory status in female patients with ankylosing spondylitis. *Complement Ther Clin Pract* 2016;22:38-43.
8. Kapasoglu-Asoy M, Britane M, Tastekin N, Ekuklu G. Effectiveness of structured group education on ankylosing spondylitis patients. *J Clin Rheumatol* 2017;23(3):138-43.
9. O'Dwyer T, McGowan E, O'Shea F, Wilson F. Physical activity and exercise: Perspectives of adults with ankylosing spondylitis. *J Phys Act Health* 2016;13(5):504-13.
10. Manning VL, Hurley MV, Scott DL, Bearne LM. Are patients meeting the updated physical activity guidelines? Physical activity participation, recommendation, and preferences among inner-city adults with rheumatic diseases. *J Clin Rheumatol* 2012;18(8):399-404.
11. Iverson M. Physical therapy for older adults with arthritis; what is recommended? *Int J Clin Rheum* 2010;5(1):37-51.
12. Duran A, Trafimow D. Cognitive organization of favorable and unfavorable beliefs about performing a behavior. *J Soc Psychol* 2000;140(2):179-87.
13. Lopes S, Costa S, Mesquita C, Duarte J. Home based and group based exercise programs in patients with ankylosing spondylitis: systematic review. *Acta Rheumatol Port* 2016;41(2):104-11.
14. Sampaio-Barros PD, Cerqueira EM, Rezende SM, Maeda L, Conde RA, Zanardi VA, et al. Pulmonary involvement in ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol* 2007;26(2):225-30.
15. Jevtić M. Klinička kineziterapija Kragujevac: Medicinski fakultet Kragujevac; 2001.

Application of continuous kinesiotherapy in ankylosing spondylitis treatment – case report

Aleksandra Hadživdić¹, Nikola Gavrić¹, Aleksandra Marković²

¹General hospital “Saint Luke the Apostle“ Doboj, The Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina

²Medical School Doboj, The Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina

Introducion. Ankylosing spondylitis (Morbus Bechterew) is a chronic, inflammatory and rheumatic disease characterized by synovitis of sacroiliac joints and synovial joints of the spine. The aim of this report was to show the importance of continuous kinesiotherapy in the ankylosing spondylitis treatment.

Case report. The patient (male, aged 38 years) turned to a physician due to deterioration of primary disease symptoms concerning pain, limitation of motion, as well as interference in the performance of activities of daily living. After clinical examination, the patient underwent physical treatment including an analgesic procedures, electrotherapy and sonotherapy that consisted of 10 sessions and two months of continuous kinesiotherapy controlled by a physiotherapist. During the follow-up examination two months later, the patient had neither pain nor limitation of motion, and could perform activities of daily living freely.

Conclusion. A continuous kinesiotherapy is an essential aspect of treating patients with ankylosing spondylitis as it prevents deformities, relieves the symptoms and increases spine mobility.

Keywords: ankylosing spondylitis, kinesiotherapy

Primljen – Received: 21/06/2017

Prihvaćen – Accepted: 16/10/2017