

информация
за пациенти

АКСИАЛЕН СПОНДИЛОАРТРИТ

нерентгенографски аксиален спондилоартрит
и анкилозиращ спондилит (рентгенографски аксиален спондилоартрит)

Проф. д-р Мариана Иванова, дм



Аксиалният спондилоартрит (аксСпА)

е хронично имуномедирано ревматично заболяване, което засяга предимно аксиалния скелет (сакроилиачните стави и гръбначния стълб) и се характеризира с хронично възпаление и патологично ново костно образуване.

Съдържание:

Основни характеристики на аксиалния спондилоартрит	4
Специфични особености и начало на заболяването	7
Възпалителна болка в гърба	7
Разпространение на заболяването	7
Носителство на гена HLA-B27	8
Кога е необходимо да се потърси консултация с ревматолог?	9
Клинична картина	9
Мускулоскелетни прояви	10
Болка в ниските отдели на гръбнака и скованост	10
Гръдна болка	10
Извън-ставна чувствителност	11
Прояви от страна на периферните стави	11
Дактилит	12
Извън-мускулоскелетни прояви	12
Общи симптоми	12
Очни прояви	13
Възпалително чревно заболяване (болест на Крон и хроничен улцерозен колит)	13
Хроничен улцерозен колит (язвен колит)	13
Болест на Крон	13
Псориазис	14
Остеопороза	15
Промени в конфигурацията на гръбначния стълб	15
Влияние на рентгенографския аксиален спондилоартрит (АС) върху качеството на живот	16
Болните с аксСпА (нр-аксСпА и АС) страдат от сериозно и инвалидизиращо заболяване	17
Лечение на аксиалния спондилоартрит	18
Основната цел на лечението на пациента с аксСпА	18
Мултидисциплинарно лечение	18
Медикаментозно лечение (фармакологични методи на лечение)	19
Немедикаментозно лечение (нефармакологични методи на лечение)	20
Съвети за пациентите с АС	20

Основни характеристики на аксиалния спондилоартрит

Аксиалният спондилоартрит (аксСпА) е хронично имуномедирано ревматично заболяване, което засяга предимно аксиалния скелет (сакроилиачните стави и гръбначния стълб) и се характеризира с хронично възпаление и патологично ново костно образуване. В хода на болестния процес може да се изявят също и симптоми от периферните мускулоскелетни структури: възпаление на ставите на долните или по-рядко на горните крайници, с развитието на периферен артрит; възпаление на залавните места на сухожилията и връзките за костта, водещо до извънставна болезненост/чувствителност (ентезит); подуване на пръстите на ръцете или ходилата като „кебапчета“, т. нар. дактилит. Болестта често се представя и с извън-мускулоскелетни прояви: очно възпаление (остър преден увеит), възпалително чревно заболяване (болест на Крон и хроничен улцерозен колит) и псориазис. Тя е до голяма степен генетично детерминирана и има подчертана асоциация с носителството на гена HLA-B27. Фамилната история за болестта е важен рисков фактор за изявата ѝ в последващите поколения, така че често се наблюдава наличието ѝ у родственици по първа

или втора степен на родство.

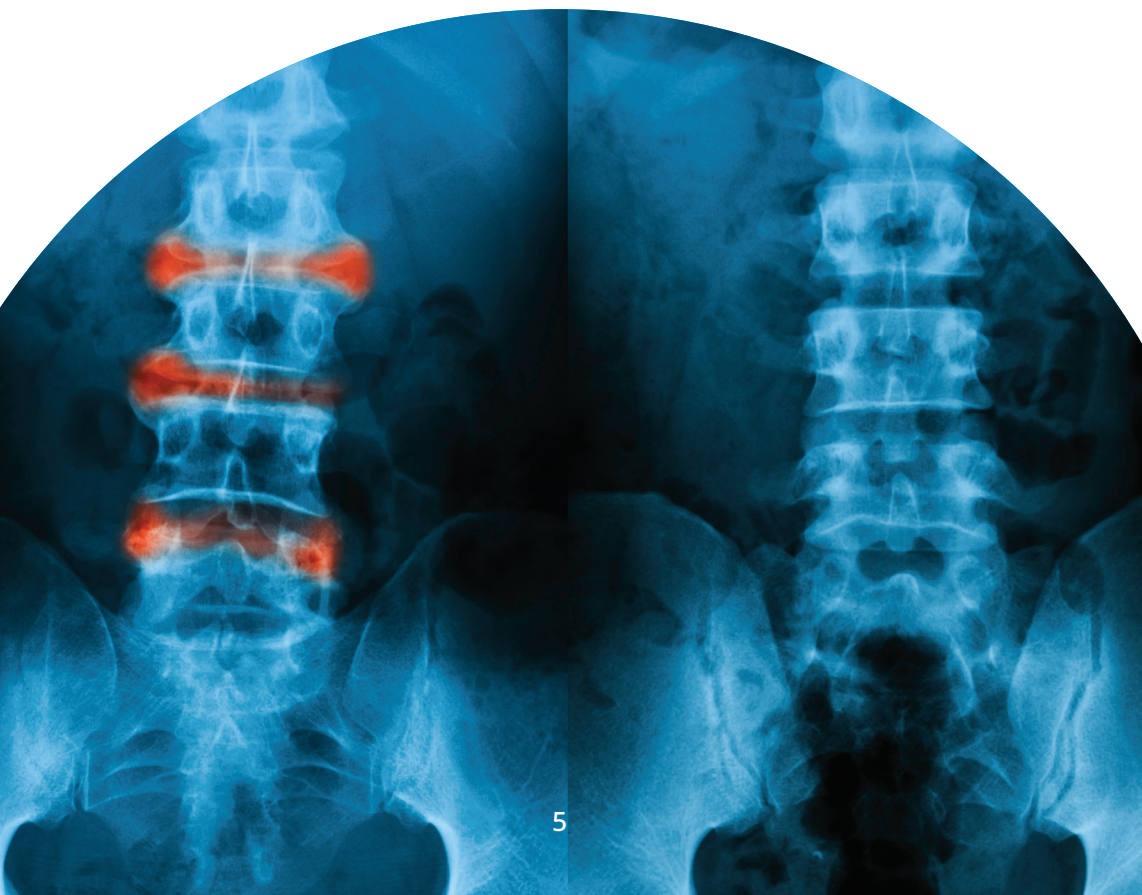
Аксиалният спондилоартрит (аксСпА) е обединяващото понятие на целия болестен спектър от пациенти със и без сакроилиит, видим на рентгенография, които по този признак се разделят на такива с рентгенографски аксиален спондилоартрит (р-аксСпА), познат като анкилозиращ



спондилит (АС), или не-рентгенографски аксиален спондилоартрит (нр-аксСпА). Нр-аксСпА е началната фаза на заболяването, когато пациентът има дълготрайна болка ниско в гърба с продължителност над 3 месеца и сакроилиит, видим единствено посредством магнитно-резонансно изследване (МРИ). Рентгенографският аксиален спондилоартрит (АС) е напреднала фаза и крайният резултат от развитието на бо-

лестта, бележеща настъпило прогресиране на поствъзпалителните структурни увреди на сакроилиачните стави (хронични необратими рентгенови промени), които се развиват бавно, с години, в хода на болестния процес. В по-късните и крайни етапи от възпалението и новото образуване на кост се засяга и гръбначният стълб и настъпват трайни рентгенографски гръбначни промени (синдесмофити и пълни костни мостове между прешленните тела), достигащи до пълно

вкостяване или т. нар. „бамбуков гръбнак“, което е белег на значителна тежест и хронифициране. На фигурата е показана рентгенография на поясни прешлени – лицева проекция. На изображението вдясно са видими пълни костни мостове между прешленните тела т.н. „бамбуков гръбнак“.



От публикуваните в научната литература съобщения става ясно, че има продължително забавяне от средно около 8 и повече години между началото на симптомите и поставянето на диагнозата рентгенографски аксиален спондилоартрит (АС), основно поради изискването за документирани доказателства за рентгенографски сакроилиит. В този смисъл, магнитно-резонансната техника дава възможност за визуализиране на активното възпаление много преди да станат откриваеми промените чрез конвенционална рентгенография. Изследването с магнитно резонансна томография (МРТ) способства за установяване на случаите в ранен стадий и е важно средство за ранна диагноза още в „пре-рентгенографската“ фаза на болестта.

С течение на годините, все по-голям дял пациенти с нр-аксСпА се диагностицират вече с рентгенографски аксиален спондилоартрит (АС). При болни с нормални сакроилиачни стави или с неясен/съмнителен образ на рентгенография, но активен сакроилиит при магнитно резонансно изследване (МРИ), сигурен рентгенографски сакроилиит/анкилозиращ спондилит се развива в голям процент от пациентите след 3-7 години. Все пак, част от болните остават в нерентгенографския стадий

на аксиален СпА и не развиват рентгенографски сакроилиит и костни новообразувания по гръбнака. Ето защо, болните с аксиален спондилоартрит, независимо от наличието или липсата на рентгенографски промени, принадлежат към една болестна цялост. При пациентите без положително за сакроилиит образно изследване, но с типични клинични прояви за аксСпА, като опорна точка при диагностицирането се приема позитивността за HLA-B27. **Както при много други заболявания, причините за възникването на които не са точно изяснени, диагнозата на аксСпА се базира главно на клиничните характеристики и експертното мнение на ревматолога, и е силно затруднена, особено в ранния стадий.**

С горепосоченото подчертаваме важността на навременния преглед от специалист – ревматолог, за да се избегне пропускането на ранните случаи. Това касае особено младите лица **с дълготрайна възпалителна болка ниско в гърба (надвишаваща 3 месеца)** от мъжки пол, тъй като болестта трикратно по-често засяга мъжете, в сравнение с жените и започва в млада възраст (късно юношество или ранна зряла възраст). Установено е, че **средната възраст при дебюта на заболяването е около 26 години.** В противен случай,

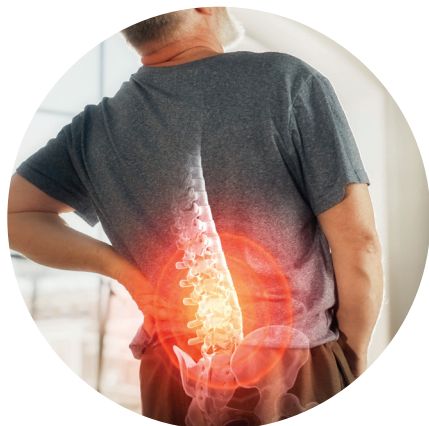
късното поставяне на диагнозата влошава клиничните резултати и допринася за физическата и професионалната нетрудоспособност на болните. Следва да отбележим, че възникването на болестта след 45-годишна възраст е рядкост.

Специфични особености и начало на заболяването

Възпалителна болка в гърба

Съществуват трудности и при разграничаването на симптомите на възпалителна болка в гърба от тази с механичен характер, типична за "шипове" по прешленните тела и дископатия в поясния отдел на гръбначния стълб, тъй като в този сегмент на гръбнака често настъпват подобни увреждания. Болката в гърба е обичаен симптом, който се среща в над 80% от общата популация. Затова е важно да се отбележи, че при аксСпА тя има специфични особености, които я отличават от механичната болка в гърба. В полза на възпаление са следните характеристики на болката:

- Възраст при дебюта < 40 г.
- Постепенно начало
- Подобрене след раздвижване
- Липса на подобрене при покой
- Нощна болка (подобрене след ставане от сън)



Разпространение на заболяването

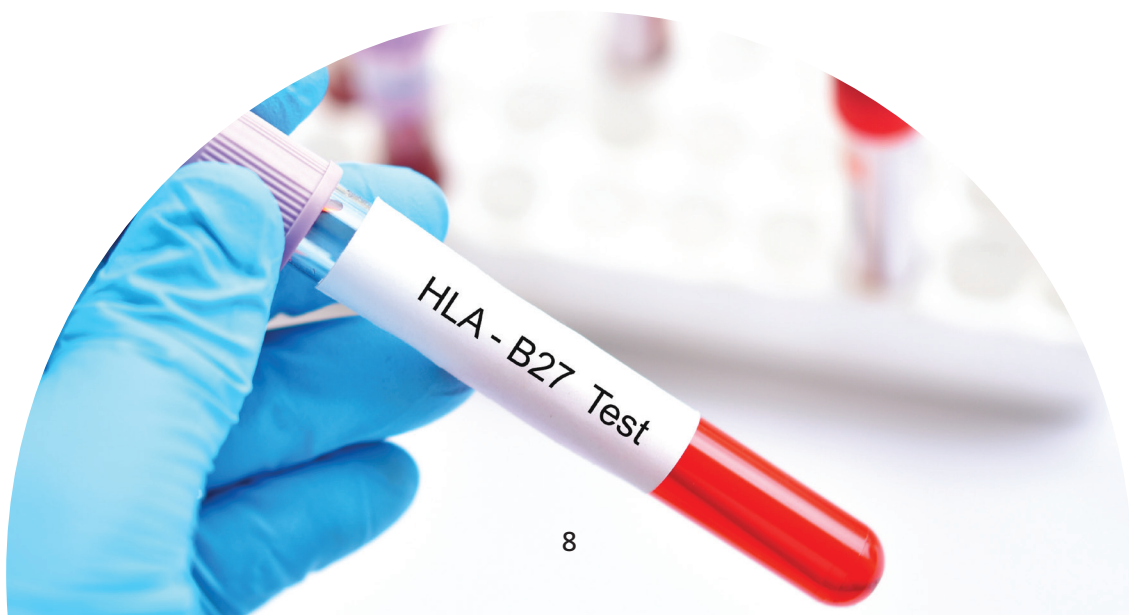
Счита се, че рентгенографският аксиален спондилоартрит (АС) е най-честото възпалително заболяване на гръбнака по света, засягащо сравнително висок процент от популацията. Вследствие на силната асоциация с HLA-B27, има постепенно спадане на честотата на болестта от популациите, населяващи северните географски ширини към населението на по-южните. Според някои автори, честотата е изчислена между 0.1% - 1.1% от популацията, според други е между 0.5% и 1.6%, и до 2% за някои етнически групи. На базата на съвсем умерена преценка, броя на болните от рентгенографски аксиален спондилоартрит (АС) надвишава значително 600 000 в Европа и 350 000 в САЩ. Възможно е честотата на за-

сегнатите от болестта да е многократно по-висока от съобщаваната, но липсват висококачествени епидемиологични данни за много региони по света. За България също няма съвременни епидемиологични проучвания за разпространението на заболяването.

Носителство на гена HLA-B27

АС е до голяма степен генетично детерминирано заболяване, което има подчертана асоциация с носителството на HLA-B27 гена. Поради това бихме могли да твърдим, че болестта се дължи на генетично детерминиран имунен отговор към фактори на околната среда у възприемчиви индивиди. Генетичният маркер HLA-B27 е представен в 80-98% от болните с АС от бялата раса, за разлика от наличието му само в около 8% в общата по-

пулация. В общата популация АС се развива в около 1-2% от HLA-B27 - позитивните носители на болесто-асоцииран B27 субтип, като има регионални и географски различия. Така че, носителството на този ген не означава задължително изява на заболяването, а само по-висока вероятност то да се развие.



Кога е необходимо да се потърси консултация с ревматолог?

Това са някои от сигналите, които показват, че е необходимо да потърсите консултация с ревматолог:

- Дълготрайна болка ниско в гърба (над 3 месеца), възникваща при покой, включително нощем и подобряваща се до голяма степен при двигателна активност, придружена от гръбначна скованост, с най-затруднено раздвижване сутрин.

- Болка в гърба без конкретен отключващ фактор при млади лица под 45-годишна възраст, която прогресиращо се разпространява към по-високостоящите отдели на гръбнака и създава функционални затруднения в ежедневието.

- Съпътстващи заболявания като увеит, възпалително чревно заболяване, псориазис.

- Болка или подуване в областта на петата, подуване на стави на долните или горните крайници, подуване на пръст на ръцете или ходилата като „кебапче“.

- Фамилна история за възпалително заболяване на гръбнака.

Клинична картина

Основните клинични симптоми на заболяването аксиал-

лен спондилоартрит (аксСпА) са болката, сковаността, умората и нарушената физическа функция. В ранните фази, функционалните ограничения се дължат на възпалението и обичайно нарастват в хода на болестта, което е свързано с новото костно формиране. Клиничните симптоми и последващото прогресиране на болестта водят до значителни функционални затруднения и повлияване на здравно-обусловеното качество на живот. Въпреки че повечето болни успяват да компенсират и поддържат функционалния си капацитет, част от тях са с бързо прогресиращ ход на болестта и развиват рано пълно вкостяване на гръбнака в млада възраст. Така че аксиалният спондилоартрит и главно рентгенографският аксиален спондилоартрит (АС) е инвалидизираща болест, с тежки последици както за болните, така и за обществото. Степента на инвалидизация е съпоставима с тази при болните от ревматоиден артрит.

Мускулоскелетни прояви

Болка в ниските отдели на гръбнака и скованост

В началото болката се усеща главно дълбоко в седалищната област, по характер е тъпа, трудно се локализира и е с неясно начало. В тази ранна фаза

на болестта тя може да бъде силна, главно в сакроилиачните стави, но понякога се излъчва към съседни анатомични зони, включително надолу по задната част на бедрото. Седалищната болка типично се редува от едната и другата страна. Засилва се при кашлица, кихане или други движения, предизвикващи внезапно сгъване/извиване на гърба. Въпреки че първоначално често болката е едностранна или непостоянна, за няколко месеца обичайно става постоянна и двустранна, и долният поясен сегмент става ригиден и болезнен. Болката се съчетава с усещане за скованост ниско в гърба, което се влошава на разсъмване и може да събуди болния от сън. Много от пациентите не могат да разграничат болката от сковаността. Сутрешната скованост може да продължава над 3 часа. И двата симптома се подобряват от горещ душ, упражнения и физическа активност. Впоследствие, обичайно по възходящ тип, болката обхваща всички отдели на гръбначния стълб.

Гръдна болка

С последващото ангажиране на гръдния сегмент на гръбнака (стави, съчленения на кости с хрущял и залавни места на сухожилия и връзки), може да се изяви гръдна болка, засилваща се при кихане и кашлица. В ранния стадий се открива леко до умерено намаление в подвижността на гръдната клетка, което се засилва в хода на еволюцията.

Извън-ставна чувствителност

Извън-ставната чувствителност на определени места е често оплакване при много от болните. Тя е израз на възпалителна реакция на заланите места на сухожилията за костта. Чувствителни места най-често се установяват по предната гръдна стена, гребените на тазовите кости или петите (Ахилесово сухожилие или ходилната повърхност). На снимката е представено възпаление на Ахилесовото сухожилие.



Прояви от страна на периферните стави

Възпалението на ставите на крайниците (периферен артрит) не се среща често при рентгенографския аксиален спондилоартрит (АС), приблизително при 25% от болните.

Обичайно възниква късно в хода на болестта. В редки случаи, предимно при деца, той може да е първа клинична проява на заболяването. Типично се представя като подуване на големите стави на долните крайници. Периферният артрит отразява болестната активност (остро възпаление), повлиява и физическата функция, но рядко прогресира до значителни структурни увреди.

Въвличането в болестния процес на тазобедрените и раменните стави е по-често, отколкото на по-периферно разположените. Болката в тях може да бъде представящ симптом при част от болните. Ангажирането на раменете и особено на тазобедрените стави може да предизвика значителна физическа инвалидност. В тазобедрените стави могат да настъпят тежки деструктивни увреждания и прогресиращи деформации. Паралелното засягане на поясния гръбнак често допринася в голяма степен за нарушената функция на долните крайници. Тазобедрените стави и раменете се засягат на определен етап от болестта при над 35% от болните.

Коленните стави също могат да бъдат засегнати, обичайно с периодично появяващи се отоци. На следващото изображение се визуализира артрит на дясната колянна става.

Засягането на ставите на

долната челюст, участващи в дъвкателната функция, се срещат при около 10% от болните.



Дактилит

Дактилитът е състояние, което се характеризира с подуване на пръстите на ръцете и краката. Пръстите са оточни, зачервени и болезнени, както се вижда на изображението.



Извън-мускулоскелетни прояви

Общи симптоми

Често се наблюдават умора, намаляване на телесното тегло и лежестепенно повишение на телесната температура. Умората, като резултат от хроничната болка в гърба и сковаността, често е значителен проблем за болните и може да се засили от смущения в съня, дължащи се на тези симптоми.

Очни прояви

Най-честата извън-мускулоскелетна проява е очното възпаление (остър преден увеит или иридоциклит),



срещащ се в 25 до 30% на определен етап в хода на болестта. Обичайно не съществува връзка между него и активността на ставното заболяване. Началото на очното възпаление най-често е остро и типично едностранно, но атаките могат да се редуват. Окоето се зачервява и е болезнено, със зрителни нарушения. Често има засилено сълзене и раздразнение на очите от светлина. Ако очното възпаление не се лекува или лечението се забави, могат да настъпят усложнения. Повечето атаки утихват за 4 до 8 седмици без последици, ако се започне навременно лечение в ранния стадий. На изображението е представен остър преден увеит.

Възпалително чревно заболяване (болест на Крон и хроничен улцерозен колит)



Възпалително заболяване на червата е термин, който описва разстройства, включващи продължително (хронично) възпаление на тъканите в храносмилателния тракт. Включва:

Хроничен улцерозен колит (язвен колит). Това състояние отразява възпаление и рани (язви) по лигавицата на дебелото и правото черво.

Болест на Крон. Този тип възпалително чревно заболяване се характеризира с възпаление на лигавицата на храносмилателния тракт, което често може да засегне по-дълбоките му слоеве. Болестта на Крон най-често засяга тънките черва, но може също да засегне дебелото черво и при малка част от случаите горната част на стомашно-чревния тракт.

Както улцерозният колит, така и болестта на Крон оби-

чайно се характеризират с диария, кървене от правото черво, коремна болка, умора и загуба на тегло. За някои хора възпалителното чревно заболяване е само леко заболяване. За други това е инвалидизиращо състояние, което може да доведе до животозастрашаващи усложнения.

Честотата на възпалително чревно заболяване варира от 4% до 12%, но при около 40-50% от пациентите с рентгенографския аксиален спондилоартрит (АС) са налице микроскопски данни за възпалителен процес в чревната стена със субклинично възпаление, което може да се активира и да доведе до разгърнатата клинична картина на възпалително чревно заболяване.

Псориазис

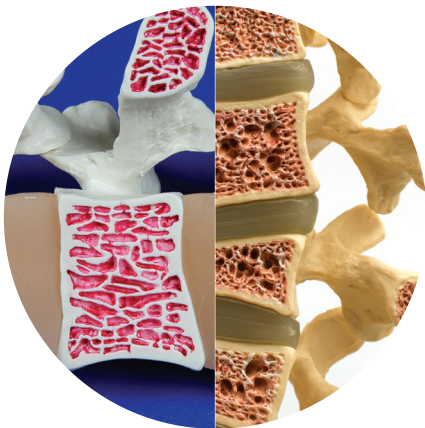
Псориазисът е имуномедирано кожно заболяване, честа извънставна проява на аксиален спондилоартрит.



Той се характеризира с плаки от плътна зачервена кожа и сребристи люспи, с добре отграничени ръбове. Псориазисните плаки най-често се локализируют по коленете, лактите, тялото, скалпа, дланите и стъпалата. Псориазисът е често срещано хронично заболяване, което не може да се излекува напълно, но кожните изменения могат значително да намалееят по площ и дори да изчезнат вследствие на назначена подходяща терапия. Кожните псориазисни плаки могат да бъдат болезнени, което да попречи на съня на болния. Често се наблюдават и нокътни промени от псориазиса.

Нокътният псориазис засяга един или повече нокти на ръцете или ходилата. Измененията варират значително при отделните хора: от точковидни вдлъбнатини до промени, наподобяващи повърхността на „напръстник“, удебеляване, деформации или загуба на лъскавината на нокътя. В някои случаи те са болезнени или проявите са толкова тежки, че става трудно да се хванат предмети и да се изпълняват ежедневните дейности.

Остеопороза



Възпалителните ревматични заболявания са свързани с повишена костна загуба, намалена костна минерална плътност и остеопороза. Деформациите на прешленните тела са неин характерен признак. Увеличава се честотата на остеопоротичните вертебрални фрактури. Те допринасят за гръбначната болка, скованост и загуба на подвижност. Рискът от деформации на гръбначните прешлени при болни с рентгенографски аксиален спондилоартрит (АС), които са класически белег на остеопорозата, е 7,6 пъти по-висок, в сравнение с общата популация. Така че, ако в хода на заболяването настъпи значителна промяна в характера на болката в гърба, трябва да се имат предвид причини, различни от възпалението, като гръбначна фрактура, и да се проведе подходящо изследване, включително образна диагностика.

Намаляване на костната маса

се наблюдава още в ранните стадии на АС.

Точната оценка на костната плътност е затруднена от наличието на костни образувания (синдесмофити), тъй като те могат да предизвикат фалшиво по-високи стойности при остеоденситометрия.

Промените в конфигурацията на гръбначния стълб

Промените в конфигурацията на гръбначния стълб (гръбначни деформации) включват изглаждане на поясната извивка (която в норма е с конвекситет напред), задълбочаване на гърбицата в гръдния отдел и наклоняване на шията напред, с възможни контрактури на тазобедрените и коленните стави в сгънато състояние и значителна инвалидизация. Увеличава се ригидността на гръбнака. Неправилната позиция на главата и шията могат да създадат функционални и психологични проблеми у болните до невъзможност да гледат напред и до затруднения при осъществяване на ежедневните дейности. Тежката гръдна извивка, под формата на гърбица, може да доведе до притискане на коремните органи. Коремът изпъква, дишането е предимно за сметка на диафрагмалните движения. Типичните деформации обичайно се развиват след болестна продължителност от 10 и повече години.

Влияние на рентгенографския аксиален спондилоартрит (АС) върху качеството на живот

Рентгенографският аксиален спондилоартрит (АС) възниква през второто или третото десетилетие, с пик към средата на 20-те години. Прогресирането може да настъпи през икономически активните години и да повлияе по-голямата част от живота на болните. Заболяването засяга много сфери от човешкия живот, като клиничните симптоми оказват въздействие върху съня, настроението, мотивацията и способността за справяне с ежедневните активности. Значителен дял от болните мъже имат затруднения в работата, социални проблеми или нарушения в сексуалната активност. При тях по-често се наблюдават реактивна депресия и тревожност, съчетани с нарушена оценка за собствената личност и социално вграждане. Често се установяват проблеми, свързани с енергичността и тонуса. Голяма част от болните имат влошено самовъзприятие и стимул за пълноценен живот.

Едно от големите опасения на страдащите от болестта е свързано със загубата на независимост. Много от тях съобщават, че се нуждаят от помощ при обличането, къпането и пазаруването. Изразяват несигурност за бъдещето си, в частност във връзка с неясната болестна еволюция. Повечето от пациен-

тите са обезпокоени за външния си вид, притесняват се, че са прегърбени и не изглеждат добре. Рентгенографският аксиален спондилоартрит (АС) повлиява връзката на болните със семейството и приятелите, ограничава социалния им живот. Голяма част от тях коментират, че подбират местата, които посещават, в зависимост от толерантността, която срещат. Състоянието често е причина за напрежение в семейството. Поради състоянието си, страдащите от болестта често се разгневяват на най-близките си. Всички тези особености свидетелства за значителния отпечатък, който болестта дава върху стила и качеството на живот.



Болните с аксСпА (нр-аксСпА и АС) страдат от сериозно и инвалидизиращо заболяване

Следва да заключим, че болните с аксСпА (нр-аксСпА и АС) страдат от сериозно и инвалидизиращо заболяване:

- аксСпА засяга млади мъже и жени в най-продуктивните им години.
- аксСпА често остава неразпознат в продължение на години.
- Болните с нр-аксСпА и АС извяват сходни признаци и симптоми.

- Нивата на болестна активност са сходни между болните с нр-аксСпА и АС.

- Намаляването на физическата функция и на гръбначната подвижност (представляващи последиците от болестта) са по-изявени при пациентите с АС.

При съмнение за аксСпА, пациентът трябва да посети специалист – ревматолог, който да го прегледа и назначи необходимите лабораторни и образни изследвания. Диагнозата на заболяването е трудна и налага изключване на всички други потенциални възможности.



Лечение на аксиалния спондилоартрит

Огромен принос в изучаването на аксСпА има международната група за оценка на спондилоартритите (**Assessment of SpondyloArthritis international Society – ASAS**).



Тя, съвместно с **European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR)** изработва и периодически обновява препоръките за лечение на аксСпА. Основната цел на лечението на пациента с аксСпА е да се подобри здравно-обусловеното му качество на живот чрез контрол на симптомите и възпалението, превенция на прогресиращите структурни увреждания и запазване/нормализиране на функцията и социализацията.

Мултидисциплинарно лечение

АксСпА е потенциално тежко заболяване с разнообразни прояви, обичайно изискващи мултидисциплинарно лечение, което трябва да се координира от ревматолог.

Често се налагат консултации и лечение от други специалисти – офталмолози, гастроентеролози, дерматолози, физиотерапевти. Оптималното лечение на пациентите с аксСпА изисква комбинация от нефармакологични и фармакологични методи на лечение, трябва да е насочено към най-добрата грижа и да се основава на споделени решения между пациента и ревматолога.

Лечението на пациенти с аксСпА трябва да се индивидуализира в зависимост от настоящите признаци и симптоми на болестта, както и специфичните характеристики на пациентите, включително съпътстващи заболявания и психосоциални фактори.



Медикаментозно лечение (фармакологични методи на лечение)



Пациенти, страдащи от болка и скованост, може да използват нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС) като първа линия лекарствено лечение, като се вземат предвид рисковете и ползите. За пациенти, които реагират добре на лечението с НСПВС, може да се препоръча продължителна употреба, само ако е необходимо за контролиране на симптомите на заболяването.

Аналгетици, като парацетамол могат да бъдат приложени за овладяване на болката в случай, че лечението с НСПВС е неуспешно или са налице противопоказания. В определени ситуации могат да бъдат препоръчани опиоидни аналгетици, които медицинският специалист ще предпише по схема, самостоятелно или в комбинация с други лекарствени продукти.

Могат да се обмислят инжекции с глюкокортикостероиди, приложени в мястото на мускулно-скелетно възпаление.

Пациентите с аксиално заболяване не трябва да получават продължително лечение със системни глюкокортикостероиди. Пациентите с чисто аксиално заболяване обикновено не трябва да бъдат лекувани с конвенционални синтетични болест-модифициращи антиревматични средства; сулфасалазин може да се има предвид само при пациенти с периферен артрит.

При пациенти с постоянно висока активност на заболяването, въпреки конвенционалните лечения, може да се стартира и лечение с иновативни биологични терапии (TNF инхибитори, IL-17 инхибитори) или таргет синтетични болест-модифициращи лекарствени средства. Терапията се започва и се проследява от специалист ревматолог, който има опит в лечението на пациенти с ревматологични заболявания.

Въпреки че основната терапия на болестта се запази с годините (обучение на болните за заболяването, физикална терапия и противовъзпалителни средства, които се назначават само от лекар, след преценка на противопоказания за включването им и възможни реакции с приеманите за друго заболяване лекарства), навлизането на биологичните и таргет-синтетичните терапевтични агенти

доведе до голям напредък в лечението на аксСпА. Тези нови терапевтични средства подобриха възможностите за лечение и изхода на болестта. По принцип, всички категории и подгрупи болни отговарят на такова лечение, въпреки че по-младите пациенти, с по-краткотрайна продължителност на болестта, минимално засягане на функцията са с по-добър терапевтичен отговор. Въпреки това, дори пациенти с пълна гръбначна анкилоза съобщават за значително подобрение на симптомите от терапия с иновативни терапевтични средства като биологичните и таргет-синтетичните терапевтични агенти.

Немедикаментозно лечение (не-фармакологични методи на лечение)

Немедикаментозното лечение е интегрална част от оптималното управление на аксСпА и е от първостепенна важност. Пациентите трябва да бъдат обучени относно болестта и насърчавани да извършват редовно упражнения, да преустановят пушенето и да обмислят провеждане на физиотерапия. Всички пациенти трябва да получат изчерпателна информация за болестта, нейните симптоми и разпознаване, ход на заболяването, възможности за лечение и прогноза. Упражненията са крайъгълен камък в ле-

чението на аксСпА, с демонстрирани ползи върху резултатите от заболяването, независимо от фармакологичното лечение и винаги трябва да бъдат част от лечебната програма.

Физиотерапията, по-специално упражненията под наблюдението на специалист физиотерапевт се оказаха по-ефективни от упражненията, извършвани самостоятелно у дома. В научната литература липсват сигурни заключения относно това кои упражнения е най-добре да изпълняват.

Доказано е, че тютюнопушенето е рисков фактор за възпаление на гръбначния стълб и прогресиране на заболяването при аксСпА, поради което отказът от тютюнопушене е от съществена важност.

Съвети за пациентите с АС

Обръщам внимание на важността на обучението на болните за заболяването, лечебната физкултура, физикалната терапия и рехабилитация, пациентските групи и групите за взаимопомощ. Полезни са системните упражнения в дома, но физиотерапията под контрола на специалист физиотерапевт е доказала по-голяма ефективност. Груповите упражнения също така създават по-добра мотивация за болните. Цялостното лечение на болестта трябва задължително да включва физикална терапия, включител-

но санаториално лечение, но процедурите за всеки конкретен пациент и лечебната физкултура трябва да бъдат назначавани от специалист физиотерапевт след комплексна оценка на състоянието му, съпътстващи заболявания и други фактори.

При наличие на болка поради активно възпаление, често е трудно пациентът да се упражнява или да участва във физически активности. Ето защо, добрият план за лечение трябва да включва както лекарства за овладяване на възпалението, така и упражнения/физическа активност.

Редовните упражнения могат да помогнат за подобряване на стойката, сковаността, болката, умората, дихателния капацитет и следователно цялостната функция.

При пациенти с дългогодишно заболяване, развили ригидност на гръбнака и постоянна скованост, е по-добре да се изберат спортове с ниско енергийно натоварване или дейности, които не изискват чести или екстремни навеждания или усуквания. Плуването или упражненията във вода и колоезденето са добър избор, докато спортове като ръгби или футбол биха могли да увеличат риска от травми.

Освен избора на подходящ спорт, също е важно да се обърне внимание на правилната стойка и техника, за да се сведе до минимум рискът от травми и

да се увеличат максимално ползите от спортуването.

Необходимо е да се избягват продължителната принудителна поза и неблагоприятните метеорологични фактори. По време на работа следва периодично през интервали страдащите от болестта да стават, да се раздвижват с цел преодоляване на сковаността и запазване на подвижността. Понякога се налага да подбират подходяща по-висока възглавница при легане, особено когато са настъпили напреднали деформации на гръбнака.

Отказът от тютюнопушенето има благоприятни последици за здравето на всеки индивид, но той е от особен интерес за болните с анкилозиращ спондилит, тъй като съществува установена връзка между тютюнопушенето и активността на заболяването, възпалението и образуването на костни формирования по гръбнака.

Заклучителен съвет към страдащите от болестта

Да спазват стриктно препоръките на лекуващия ревматолог, който трябва да е основен координатор на лечебната програма и при нужда да назначава консултации с други специалисти.



Този материал е изготвен от медицински специалист с подкрепата на Пфайзер Люксембург Сарл – Клон България. Материалът съдържа научна медицинска информация относно заболяването аксиален спондилоартрит и се предоставя на медицински специалисти за тяхно лично ползване и/или за разпространяване сред пациенти (изцяло по преценка на съответния медицински специалист) само с образователни и информационни цели. Информацията, съдържаща се в този материал, няма за цел да замени консултация с медицински специалист или медицинска диагноза, нито да стимулира предписването или употребата на даден лекарствен продукт или прилагането на определено лечение. Отговорността за всяко решение, действие или бездействие на читателя, независимо дали същият има качеството медицински специалист или не, и независимо дали такова решение, действие или бездействие е свързано с информацията относно заболяването, предоставена в този материал, се носи изцяло от читателя. Пфайзер Люксембург Сарл – Клон България не носи никаква отговорност за решения, действия или бездействия на което и да е трето лице във връзка с този материал.

Вижте тук кратко представяне
на този обучителен материал.

credoweb.bg/r/axSpA



Този материал е изготвен и се разпространява
със съдействието на Пфайзер Люксембург САРЛ клон България.

Материалът съдържа линк към трета страна, за съдържанието
на който Пфайзер България не носи отговорност.

PP-ENB-BGR-0007 Дата на изготвяне: юли 2023г.

Пфайзер Люксембург САРЛ клон България
Европейски Търговски Център
Бул. "Цариградско шосе" 115 М, сграда D, ет. F,
1784 София Тел. +359 2 970 4333, факс 02/ 970 4300