

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Nem gyógyszeres kezelési lehetőségek spondylarthritisekben

Szekanecz Zoltán

Debreceni Egyetem ÁOK, Reumatológiai Tanszék

A spondyloarthritisek (SpA) a krónikus gyulladásos reumatológiai kórképek egyik heterogén csoportját jelentik. Az ide tartozó betegségek közös jellemzője a spondylitis és/vagy alsó végtagi aszimmetrikus oligoarthritis, enthesitis és dactylitis. A betegségek progressziója, a diagnosztikus és terápiás késlekedés a mozgásszervek strukturális és funkcionális károsodásához, mozgáskorlátozottsághoz, rokkantsághoz vezethet. Ezért kiemelten fontos a korai felismerés és a korai, aktív kezelés. Az egyre hatékonyabb gyógyszeres kezelés, így a célzott terápiák mellett, a betegség előrehaladásának meggátlása, a funkció és az életminőség javítása érdekében a nem gyógyszeres kezelési eljárások is fontosak. Ebben az összefoglalóban tehát áttekintjük a bizonyítékokon alapuló eljárásokra vonatkozó legfrissebb adatokat.

Kulcsszavak:

spondylarthritis, célzott terápia, nem gyógyszeres kezelés,
rehabilitáció, gyógytorna, balneoterápia

OTHER TOPIC

Non-pharmacological management in spondyloarthritides

NARRATIVE REVIEW

Spondyloarthritis (SpA) is a heterogeneous group of chronic inflammatory rheumatic diseases. The common features of these diseases are spondylitis and/or asymmetric oligoarthritis of the lower extremities, enthesitis, and dactylitis. The progression of the disease, together with diagnostic and therapeutic delays, can lead to structural and functional damage to the musculoskeletal system, resulting in limited mobility and disability. Therefore, early recognition and prompt, active treatment are of paramount importance. In addition to increasingly effective pharmacological treatment, such as targeted therapies, non-pharmacological treatment modalities are also crucial to prevent disease

LEVELEZŐ SZERZŐ | CORRESPONDING: DR. SZEKANECZ ZOLTÁN

Debreceni Egyetem ÁOK, Reumatológiai Tanszék – 4028 Debrecen, Móricz Zs. út 22.

E-mail: szekanecz.zoltan@med.unideb.hu



Ez a mű a Creative Commons Nevezd meg! – Ne add el! – Ne változtasd!
4.0 Nemzetközi Licenc feltételeinek megfelelően felhasználható.
This work is licensed under a Creative Commons
Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0 International License.

progression and improve function and quality of life. In this summary, we review the latest evidence on non-pharmacological, evidence-based interventions.

Keywords:

spondylarthritis, targeted therapy, non-pharmacological treatment, rehabilitation, physiotherapy, balneotherapy

Aspondyloarthritis (SpA) a krónikus gyulladásos reumatológiai kórképek heterogén csoportja, melyek jellegzetes klinikai jellemzőkkel, radiológiai eltérésekkel és genetikai háttérrel rendelkeznek, HLA-B27-asszociációt mutatnak. Közös jellemzőjük a spondylitis és/vagy alsó végtagi aszimmetrikus oligoarthritis, enthesitis és dactylitis. Ebben a betegségrcsoportban extraartikuláris manifesztációk is előfordulhatnak, mint az akut anterior uveitis, gyulladásos bélbetegség, psoriasis.¹ Ebben a betegségrcsoportba tartozik a spondylitis ankylopoetica (SPA), régi nevén Bechterew-kór, amely az SpA-csoport prototípusa. Az idetartozó további kórképek az arthritis psoriatica (PsA), a reaktív arthritisek, a gyulladásos bélbetegséggel asszociált arthritisek és a nem differenciált SpA (1. ábra).¹ Ezen klasszikus felosztás mellett az utóbbi időben egyre inkább elterjedt az ASAS (Assessment of SpondyloArthritis International Society) új klasszifikációs kritériumrendszere.² Ez, függetlenül a definitív diagnózistól, az SpA-t a döntően gerincízületeket és szalagokat érintő

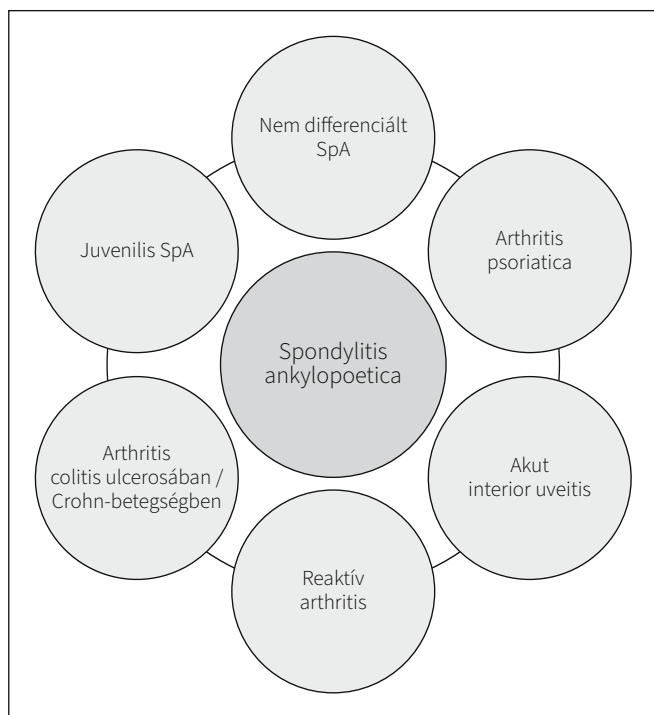
axiális SpA (axSpA) típusra, valamint a döntően a perifériás ízületek arthritisével járó perifériás SpA csoportra osztja.²

Mint minden gyulladásos reumatológiai kórképben, a betegség előrehaladása, a diagnosztikus és terápiás késlekedés a mozgásszervek strukturális és funkcionális károsodásához, mozgáskorlátozottsághoz, rokkantsághoz vezethet. Ezért kiemelten fontos a korai felismerés és a korai, aktív kezelés.^{1,2} Előbbi a klinikai tüneteken, a HLA-B27 antigén meghatározásán és a hagyományos röntgenvizsgálaton túl az érzékenyebb képalkotók, elsősorban az MRI alkalmazásán nyugszik. A terápia lehet gyógyszeres és nem gyógyszeres. Korábban a gyógyszeres terápia alapját a nem szteroid gyulladás-gátlók (NSAID), fájdalomcsillapítók, később a szulfaszalazin alkalmazása jelentette. Ezek a gyógyszerek azonban a betegek többségében nem képesek meggátolni a progressziót és a mozgásszervek tönkremenetelét. Az újabb célzott terápiák (tumornekrózisfaktor- α vagy interleukin-17-gátló biológiai szerek, vagy Janus-kináz-gátlók) már képesek a patológias folyamat lelassítására, a funkció, sőt az életminőség javítására is.^{1,2,3}

Régóta ismert az is, hogy a betegség előrehaladásának meggátolása, a funkció és az életminőség javítása, egyáltalán a rehabilitáció során a nem gyógyszeres kezelési eljárások is kiemelten fontosak.^{1,2,4,5,6} Ebben az összefoglalóban áttekintjük a gyógyszeres kezelés mellett alkalmazandó egyéb, bizonyítékokon alapuló eljárásokra vonatkozó legfrissebb adatokat.

A fizikai funkció, aktivitás és teljesítmény felmérése SpA-kban

SpA-kban felállítottak egy biopszichoszociális modellt, mely különböző domének alapján értékeli a fizikai funkciót.⁷ Ebben a modellben a három fő domén a testi struktúra és funkció, az aktivitás és a részvétel. Ezen belül, az ICF domén-beosztás szerinti elemek sorrendben az energia, alvás, fájdalom, járási mintázat, medencetáj és extraartikuláris szalagok; a napi rutin, testhelyzetváltoztatás, sétálás és öltözködés; valamint egy munkahely megszerzése és megtartása, önfenntartási képesség, rekreáció és szabadidő.⁷ A gyakorlatban érdemes mindezen elemeket követni és a legtökéletesebben fenntartani, illetve helyreállítani.⁷ Ez lényegében a nem gyógyszeres eljárásokra vonatkozó egyfajta célirányos („treat-to-target”;



1. ÁBRA. A spondylarthritisek közé tartozó kórképek

1. TÁBLÁZAT. A fizikai funkció, az aktivitás és a teljesítmény mérésére alkalmas eszközök SpA-ban⁷

Domén	Eszköz	Tételek száma	Applikáció
Fizikai funkció (önbevallás)	BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index)	10	betegségspecifikus
Életminőség	ASAS-HI (Assessment of SpondyloArthritis international Society Health Index)	17	betegségspecifikus
	ASQoL (Ankylosing Spondylitis Quality of Life Scale)	18	betegségspecifikus
	SF-36 (Short-Form 36 Health Survey)	36	generikus
Fizikai aktivitás (önbevallás)	IPAQ (International Physical Activity Questionnaire)	27 hosszú és 7 rövid	generikus
	SQUASH (Short QuesTionnaire to ASsess Health-enhancing physical activity)	változó számú	generikus
Objektív mérőskála	BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index), metrikus	5	betegségspecifikus
	SPPB (Short Physical Performance Battery), egyensúly	3	generikus
	ASPI (Ankylosing Spondylitis Performance Index), teljesítmény	3	betegségspecifikus

T2T) megközelítés, amelyet a gyógyszeres kezelés vonatkozásában már ismerünk.^{7,8} A T2T-elv lényege, hogy a javulást nem relatív formában értékeljük, hanem célokat tűzünk ki, hasonlóan a magas vérnyomáshoz vagy a cukorbetegséghez, amely célt el kívánunk érni.^{7,8} Ezt az elvet a nem gyógyszeres eljárások alkalmazásakor is szem előtt kell tartani, és a sikert célokban, pl. a már említett doménekben mérni.⁷ Emellett számos kvantitatív mérőskála áll rendelkezésünkre, amelyekkel értékelhetjük a funkciót, aktivitást, teljesítményt, sőt az életminőséget is SpA-ban (1. táblázat).⁷

Nem gyógyszeres kezelési eljárások

Természetesen SpA-kban is a gyógytorna az első. Korábban több közleményt jelentettünk meg az SPA-s betegek torna gyakorlatairól, beleértve a célzott gyógyszeres terápiában szenvedők kiegészítő gyógytornáját.^{4,5} *Hilberdink* és munkatársai e tekintetben a felügyelt és nem felügyelt csoportos torna hatékonyságát elemezték axSpA-s betegekben. A felügyelt gyógytorna a laterális gerinchajlítás és a nyaki gerinc rotációja tekintetében szignifikánsan hatékonyabb volt. Amikor az elrendelt gyakorlatok compliance-ét elemezték, a felügyelt gyógytorna esetében a páciensek jobban betartották az utasításokat. Annak hátterében, hogy a betegek betartják-e a tornára vonatkozó útmutatást, számos tényező, így az életkor, a nem és az ASAS szerint meghatározott károsodás mértéke állt.⁹ *Hosseini* és munkatársai szintén a felügyelt torna előnyeit vizsgálták. Megállapították, hogy a mellkaskiterés, valamint a BASDAI és a BASMI indexek legjobban akkor javulnak, ha a páciensek felügyelt gyógytornát és információs brosúrát kapnak azzal szemben, ha csak tornát, vagy csak prospektust.¹⁰ Az axSpA-val/SPA-val szemben PsA-ban jóval kevesebb bizonyítékkal rendelkezünk. *Diaz* és munkatársai vizsgálata alapján a rendszeres gyógytorna mérsékli

a fáradtságot (FACIT-F) és javítja a fizikai funkciót (HAQ-DI) ebben a körképben.¹¹

A balneoterápia számos korábbi vizsgálatban is hatékonynak bizonyult az SpA-k kezelésében és rehabilitációjában.⁶ *Yeo* és munkatársai három gyógytornával kombinált vagy anélkül alkalmazott balneoterápiás vizsgálat adatait elemezték. A 30–120 betegen végzett 2-3 hetes kezelések során a balneoterápia hatékonyan csökkentette a betegségaktivitást (BASDAI) és javította a fizikai funkciót (BASFI, BASMI). A szokásos ellátással (standard of care), illetve a gyógytornával kombináltan a balneoterápia további szignifikáns javulást eredményezett.¹² Psoriasisban és PsA-ban természetesen a holt-tengeri kúrákkal kapcsolatban vannak adatok. A legnagyobb izraeli munkacsoport vizsgálatai alapján PsA-ban a holt-tengeri víz, iszap és kénes fürdő szignifikánsan jobban csökkenti a duzzadt ízületek számát, a reggeli ízületi merevséget és a nyaki fájdalmat, mint a víz önmagában.¹³ A holt-tengeri balneoterápia ugyancsak hatékony PsA és fibromyalgia együttes fennállása esetén.¹⁴

A hipoterápia kedvező hatásait *Salbas* és munkatársai a lovaglást modellező Dragon™ robotikus szimulátorral vizsgálták. Összesen 48 SPA-s beteg vagy modellezett hipoterápiát, vagy otthoni gyógytornát kapott heti 4 alkalommal, 12 héten át. A BASDAI, BASFI, BASMI indexek, az izomerő és az életminőség mindkét kezelési módszer mellett javult. A hipoterápia azonban a BASDAI, BASFI és BASMI tekintetében szignifikánsan hatékonyabbnak bizonyult a gyógytornához képest.¹⁵

Wang és munkatársai többféle mind-body technika hatékonyságát vizsgálta axSpA-s páciensekben. A több tanulmány alapján végzett szisztémás áttekintés és metaanalízis azt mutatta, hogy a tajcsi, a csikung, a jóga és a pilates szignifikáns hatékonyságot mutat a hagyományos ellátással szemben axSpA-ban.¹⁶

2. TÁBLÁZAT. Egy lehetséges algoritmus a spondylarthritisek nem gyógyszeres kezelésére²²

		1–4. hét	5–8. hét	9–12. hét
Heti kezelések száma		2	3	3
Gyakorlatok	bemelegítés ízületi mobilizációs gyakorlatokkal	5 perc	5 perc	5 perc
	aerob gyakorlatok (séta a pulzusmaximum 50–70%-án)	10 perc	10 perc	15 perc
	két ellenállásos gyakorlat (egy a felső és egy az alsó végtagon)		gyakorlatonként 10 ismétlés, 2 sorozat, a gyakorlatsorok között 45 mp szünet	gyakorlatonként 15 ismétlés, 3 sorozat, a gyakorlatsorok között 45 mp szünet
	két izomerősítő gyakorlat (egy a felső és egy az alsó végtagon)		gyakorlatonként 10 ismétlés, 2 sorozat, a gyakorlatsorok között 45 mp szünet	gyakorlatonként 15 ismétlés, 3 sorozat, a gyakorlatsorok között 45 mp szünet
	lazítás, stretching vagy relaxációs technikák	5 perc	5 perc	5 perc
A teljes foglalkozás hossza		20 perc	25 perc	30 perc

Már szó volt a felügyelet, a monitorozás fontosságáról a különböző nem gyógyszeres kezelési eljárások során. A technikai fejlődéssel azonban lehetőség van az otthoni gyógytorna monitorozására is megfelelő mobilapplikációk (app) segítségével. *Strunz* és munkatársai az Axia™ app példáján mutatták be az otthon végzett, felügyelt gyógytorna előnyeit. Összesen 37 axSpA-s beteg próbálhatta ki az appot, mely okostelefonra telepíthető. A gyakorlatokat rögzített videók mutatják be. Ezeket a páciens elvégzi, majd kérdőíves felméréssel értékelték a hatékonyságot és az elégedettséget. Az app használata mellett a heti egyszeri alkalom helyett a betegek heti 6 alkalommal végezték el az előírt gyakorlatokat. Egy ötfokozatú skálán a betegek az appot 5-ösre értékelték. A betegek kétharmada észlelte a mozgásterjedelem javulását, 43% a fájdalom csökkenését és 94% jelezte, hogy javultak a betegségre és a tornára vonatkozó ismeretei. Mindegyik beteg ajánlaná az appot más pácienseknek.¹⁷

Az EULAR vizsgálatait és ajánlásait

Az Európai Reumatológiai Társaságok Szövetsége (EULAR) is több vizsgálatot végzett a témában, és ezek alapján ajánlásokat fogalmaztak meg.

Santos és munkatársai több reumatológiai kórképben vették össze egyes nem gyógyszeres intervenciók hatékonyságának bizonyítékait. SpA-kban 8 vizsgálat alapján a fizikai aktivitás és a gyógytorna előnyeit bizonyítottak tekintették.¹⁸ Egy másik elemzésben *Gwinnutt* és munkatársai négy evidenciaszinten (magas-közepes-alacsony-nagyon alacsony) elhelyezve az egyes beavatkozásokat, axSpA-ban az aerob

torna és az izomerősítő gyakorlatok együttesen magas, az izomerősítés önmagában közepes, az aerob és vízitorna önmagában alacsony evidenciaszinten van.¹⁹

Az EULAR 2022-ben fogalmazta meg a mozgásszervi betegek életmódi változtatásaira vonatkozó ajánlásait.²⁰ Ebben, az általános elvek mellett, kitérnek a fizikai aktivitás, gyógytorna, diéta és testsúlykontroll kérdésére. Ami a gyógytornát illeti, az EULAR minden betegnek javasolja, hogy kerüljék a fizikai inaktivitást, és javasolják a gyógytornát. Ezen belül, a bizonyítékokra alapozva, az aerob tornát és az izomerősítést részesítik előnyben. A csoportos és felügyelt gyógytornát előnyösebbnek tartják az egyéni, otthon végzett gyakorlatoknál. Végül külön kiemelik az axSpA-t mint olyan mozgásszervi betegséget, amelyben ezek az intervenciók kifejezetten előnyösek.²⁰

Végül, a nem gyógyszeres kezelési eljárások megjelennek az axSpA kezelésére vonatkozó legújabb ASAS-EULAR-ajánlásban is.²¹ Az általános irányelvek kiemelik, hogy az axSpA optimális kezelésének mind a gyógyszeres, mind a nem gyógyszeres eljárásokat magában kell foglalnia. A specifikus ajánlások között szerepel, hogy a kezelés összetételét egyénileg kell meghatározni, az alapbetegség státusza és a társbetegségek alapján. A páciensek oktatása, felvilágosítása kiemelten fontos az alapbetegség megértése szempontjából. Javasolni kell a rendszeres tornát, emellett a fizioterápia egyéb formái is megfontolandók.²¹

A 2. táblázat egy a gyakorlatban jól alkalmazható, bizonyítékokon alapuló 12 hetes kezelési algoritmust mutat be, mely axSpA-s vagy PsA-s betegekben is jól alkalmazható.²²

IRODALOMJEGYZÉK

1. Szántó S: Spondyloarthritisek. In: Szekanecz Z, Nagy Gy (szerk.): Reumatológia. Medicina, Budapest, 2019. pp. 525-534.
2. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, et al.: The Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis* 2011; 70(1): 25-31. doi:10.1136/ard.2010.133645
3. Hodinka L, Bálint P, Bender T, et al.: Az arthritisek kezelése szintetikus és biológiai betegségmódosító gyógyszerekkel. *Magy Reumatol* 2015; 56(1): 4-24.
4. Gyurcsik Z, Bodnár N, Szekanecz Z, et al.: Treatment of ankylosing spondylitis with biologics and targeted physical therapy. Positive effect on chest pain, diminished chest mobility, and respiratory function. *Z Rheumatol* 2013; 72(10): 997-1004. doi:10.1007/s00393-013-1240-8
5. Gyurcsik ZN, András A, Bodnár N, et al.: Improvement in pain intensity, spine stiffness, and mobility during a controlled individualized physiotherapy program in ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int* 2012; 32(12): 3931-3936. doi:10.1007/s00296-011-2325-9
6. Varjú C, Szekanecz Z: Rehabilitáció reumatológiai és szisztémás autoimmun betegségekben. In: Vekerdy-Nagy Zs (szerk.): Bizonyítékokon alapuló rehabilitációs medicina. Medicina, Budapest, 2017. pp. 167-184.
7. Braun J, Baraliakos X, Kiltz U: Treat-to-target in axial spondyloarthritis – what about physical function and activity? *Nat Rev Rheumatol* 2021; 17(9): 565-576. doi:10.1038/s41584-021-00656-5
8. Schoels MM, Braun J, Dougados M, et al.: Treating axial and peripheral spondyloarthritis, including psoriatic arthritis, to target: results of a systematic literature search to support an international treat-to-target recommendation in spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2014; 73(1): 238-242. doi:10.1136/annrheumdis-2013-203860
9. Hilberdink B, Carbo M, Paap D, et al.: Differences in characteristics, health status and fulfillment of exercise recommendations between axial spondyloarthritis patients with and without supervised group exercise. *Semin Arthritis Rheum* 2022; 55: 152035. doi:10.1016/j.semarthrit.2022.152035
10. Hosseini M, Rahimibarghani S, Ghorbanpour S, et al.: The effects of supervision on the outcomes of exercise training in patients with ankylosing spondylitis: A single-blind randomized controlled trial. *Int J Rheum Dis* 2023; 26(6): 1120-1128. doi:10.1111/1756-185X.14711
11. Diaz AJ, Rosety MA, Armario JC, et al.: Regular Exercise Improved Fatigue and Musculoskeletal Pain in Young Adult Psoriatic Patients without Psoriatic Arthritis. *Nutrients* 2023; 15(21): 4563. doi:10.3390/nu15214563
12. Yeo J, Seo MR, Park JW, et al.: Literature review of non-pharmacological treatment for patients with axial spondyloarthritis. *Korean J Intern Med* 2025; 40(1): 40-48. doi:10.3904/kjim.2023.485
13. Elkayam O, Ophir J, Brenner S, et al.: Immediate and delayed effects of treatment at the Dead Sea in patients with psoriatic arthritis. *Rheumatol Int* 2000; 19(3): 77-82. doi:10.1007/s002960050107
14. Sukenik S, Baradin R, Codish S, et al.: Balneotherapy at the Dead Sea area for patients with psoriatic arthritis and concomitant fibromyalgia. *Isr Med Assoc J* 2001; 3(2): 147-150.
15. Salbaş E, Karahan AY: The effectiveness of hippotherapy simulation exercises for muscle strength, disease activity and quality of life in sedentary adults with ankylosing spondylitis. *Ann Med* 2023; 55(2): 2249822. doi:10.1080/07853890.2023.2249822
16. Wang J, Li X, Yang F, et al.: Efficacy and safety of mind-body exercise for patients with axial spondyloarthritis: a systematic review and meta-analysis. *J Orthop Surg Res* 2024; 19: 586. doi:10.1186/s13018-024-05072-5
17. Strunz PP, Le Maire M, Heusinger T, et al.: The exercise-app Axia for axial spondyloarthritis enhances the home-based exercise frequency in axial spondyloarthritis patients – A cross-sectional survey. *Rheumatol Int* 2024; 44(6): 1143-1154. doi:10.1007/s00296-024-05600-w
18. Santos EJP, Farisogullari B, Dures E, et al.: Efficacy of non-pharmacological interventions: a systematic review informing the 2023 EULAR recommendations for the management of fatigue in people with inflammatory rheumatic and musculoskeletal diseases. *RMD Open* 2023; 9(3): e003350. doi:10.1136/rmdopen-2023-003350
19. Gwinnutt JM, Wiecek M, Cavalli G, et al.: Effects of physical exercise and body weight on disease-specific outcomes of people with rheumatic and musculoskeletal diseases (RMDs): systematic reviews and meta-analyses informing the 2021 EULAR recommendations for lifestyle improvements in people with RMDs. *RMD Open* 2022; 8(1): e002168. doi:10.1136/rmdopen-2021-002168
20. Gwinnutt JM, Wiecek M, Balanescu A, et al.: 2021 EULAR recommendations regarding lifestyle behaviours and work participation to prevent progression of rheumatic and musculoskeletal diseases. *Ann Rheum Dis* 2023; 82(1): 48-56. doi:10.1136/annrheumdis-2021-222020
21. Ramiro S, Nikiphorou E, Sepriano A, et al.: ASAS-EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis: 2022 update. *Ann Rheum Dis* 2023; 82(1): 19-34. doi:10.1136/ard-2022-223296
22. Talotta R, Aiello MR, Restuccia R, et al.: Non-pharmacological interventions for treating psoriatic arthritis. *Altern Ther Health Med* 2024; 30(3): 36-43.