

NEUROLOGIA

LICZY SIĘ CZAS



Malina Wieczorek
„Od 6 lat celem naszej kampanii jest odczarowanie społecznego postrzegania SM-u. Dodanie siły i wiary, że da się z tym żyć. W tym roku dodatkowo zajęliśmy się zagadnieniem komunikacji na poziomie pacjent-lekarz, pracodawca, partner. Stąd pomysł Szkoły Motywacji SM-walcz o siebie.”

Udar mózgu
- rola i znaczenie profilaktyki

Choroba afektywna dwubiegunowa
- kompleksowa terapia w procesie dochodzenia do zdrowia

Nowe horyzonty leczenia
- mapa terapeutyczna stwardnienia rozsianego

for. Bart Kozłowski

Niezależny dodatek tematyczny Medical Media Solutions dystrybuowany wraz z dziennikiem Rzeczpospolita

PARTNERZY STRATEGICZNI

PARTNERZY MERYTORYCZNI

PARTNERZY MEDIALNI



neuroedu.pl
SERWIS EDUKACYJNY
Polskiego
Towarzystwa
Neurologicznego



POLITYKA
ZDROWOTNA

medme.pl

zdrowie.com.pl

Oh!me

MEDICAL
EXPERTS

VIA MEDICA | 25

SM

WYGRAJMY ZDROWIE

ForumNeurologiczne.pl

medonet
Zdrowie w twoich rękach

MedyczneGRONO

Oblicza i wyzwania neurologii

Neurologia to dziedzina wielodyscyplinarna, która wymaga szczególnej uwagi. Przyczyny wielu chorób neurologicznych pozostają wciąż nierozpoznane, dlatego zajmuje się ona leczeniem samych objawów. Wyzwaniem pozostaje więc rozwój w zakresie wiedzy na temat etiologii, skuteczniejszej profilaktyki i leczenia, dzięki czemu udałooby się przynajmniej opóźnić rozwój chorób układu nerwowego.



Prof. dr hab. n.med. Przemysław Nowacki
Klinika Neurologii SPSK nr 1 w Szczecinie,
Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego

Dlaczego neurologia to dziedzina, która wymaga szczególnej uwagi?

Pod lupę należy wziąć przede wszystkim udar mózgu. Niestety świadomość ryzyka utraty nie tylko sprawności ruchowej, werbalnej czy intelektualnej (poznawczej), ale nawet utraty życia jest w tej dziedzinie naprawdę niesatysfakcjonująca. My lekarze dostrzegamy jej brak i od wielu lat, pomimo edukacji w tym zakresie, nadal daje ona małe efekty. Przyczyn możemy upatrywać w kilku czynnikach. Po pierwsze, porównując np. historię ryzyka związanego z utratą życia z powodu zawałów serca, z taką samą historią ryzyka udaru mózgu, ta pierwsza wypada w tym porównaniu znacznie lepiej. Po drugie, pierwsze objawy udaru mózgu nie boją, a co za tym idzie są bagatelizowane. Kolejną rzeczą są pewne symptomy niepokoju, które pojawiają się np. w chorobach kardiologicznych, a nie są tak symptomatyczne w przypadku udaru mózgu. Dlatego podczas wywiadu z chorym i rodziną okazuje się, że mimo iż coś się działo, to byli oni przekonani (zakładali), że objawy ustąpią.

Szybkość reakcji w przypadku chorób neurologicznych jest ważna. To duże wyzwanie, jeśli przyjrzymy się ponownie udarowi mózgu, którego symptomatologia jest bardzo prosta: niedowład albo porażenie na ogół jednostronne, u 1/4 chorych bywają kłopoty z mówieniem (czyli afazja), u pewnej części chorych zaniedbanie, dwojenie przed oczami.

Na szczęście o dużej współpracy z chorymi możemy mówić w przypadku stwardnienia rozsianego. Pacjenci potrafią być na-

prawdę zaangażowani w proces swojego leczenia, wyłapują niuanse, które się dokonują w postępie choroby, kiedy podejrzewają, że mają rzut, zgłaszają się do specjalisty. Oczywiście niestety żyją w ciągłym napięciu i niepewności, ale reagują dzięki czemu my lekarze mamy większe szanse monitorowania ich choroby.

W jakich dziedzinach neurologii klinicznej widzimy największy postęp?

W przypadku immunoterapii, w tym stwardnienia rozsianego ten postęp jest szczególnie widoczny. Dziś możemy już mówić o szerokim wachlarzu terapii dostępnych dla pacjentów. Oczywiście nadal bardzo ważna pozostaje tzw. mapa terapeutyczna i współpraca lekarza z pacjentem. Różne oblicza neurologicznych chorób autoimmunologicznych, wysokie spektrum ich agresywności, skłaniają nas do uważnego monitorowania dobieranej terapii. Przy SM dużą rolę odgrywa terapia personalizowana, czyli szyta na miarę pacjenta. Dodatkowo chorzy mają świadomość nowych możliwości leczenia, ale powinni też pamiętać, że musi być ono dopasowane do ich choroby, a nie szeroko rozumianej terapii SM. Dokonywanie wyborów to słowo klucz w SM, i bardzo się cieszymy, że mamy co raz większe możliwości.

Autoimmunologiczne zapalenia mózgu i niektóre neuropatie obwodowe, w tym zespół Guillaina-Barrégo to również grupa chorób, która obecnie objęta jest możliwościami leczenia immunologicznego, dającego szanse powstrzymania postępu, a nawet daleko zaawansowanej remisji lub powrotu do zdrowia. Należy przy tym zaznaczyć, że wcześniej bez dostępu do takich terapii pacjenci przechodzili prawdziwe dramaty, często zmuszeni do przebywania na oddziałach intensywnej terapii. Program terapeutyczny oparty na zastosowaniu immunoglobulin odmienił zdecydowanie rokowanie u tych pacjentów.

Miastenia, to kolejna choroba autoimmunologiczna atakująca mięśnie, w przypadku której, jeśli nie pomaga leczenie rutynowe, współcześnie mamy możliwości dodatkowych terapii immunoglobulinowych, co daje pacjentom o dotychczas niepewnym rokowaniu duże szanse i nadzieje.

Nie możemy zapominać również o padaczkach. Sukcesem jest szereg dostępnych leków, dzięki którym przypadków padaczki lekoopornej jest coraz mniej. Zadaniem neurologów jest uzyskać pełną kontrolę nad napadami padaczkowymi i dziś jest to już naprawdę możliwe.

Jakie są największe wyzwania, przed którymi stoi obecnie polska neurologia?

Oczywiście to zależy od wagi społecznej (cywilizacyjnej) problemu. Do tematyki, która obecnie wymaga naszej specjalnej uwagi należy udar mózgu. Jeśli nie uda się zmienić postawy pacjentów wobec profilaktyki pierwotnej i wtórnej, to ich liczba będzie stale wzrastała. Profilaktyka pierwotna, a nawet wtórna pozostawia wiele do życzenia. Młody pacjent, który nie miał udaru, bardzo rzadko przestrzega zaleceń lekarskich dotyczących tej problematyki, gdyż uważa, że to go nie dotyczy. W przypadku osoby, która przeżyła już udar wydawałoby się, że możemy liczyć na jej większą świadomość, ale niestety statystyki znacznie temu przeczą. Immanentnie udar związany jest z wiekiem, a nasze społeczeństwo się starzeje – mimo iż żyjemy coraz dłużej, to wydaje nam się, że pozostajemy stale w dobrej kondycji, a to nieprawda.

Wyzwaniem są wspomniane wcześniej choroby autoimmunologiczne. Systemowe wsparcie programami terapeutycznymi pozostaje wyzwaniem najwyższej wagi. Innowacyjna medycyna jest szczególnie ważna dla pacjentów, ale powinna uczulić nas neurologów na problematykę neuroimmunologii. Szybko staramy się rozpoznawać i kwalifikować pacjenta do danej terapii. Rozwój diagnostyki i świadomość lekarska w tym kierunku, to bez wątpienia główne wyzwania tej dziedziny.

Pozostaje jeszcze problem neurodegeneracji chorób zwyrodnieniowych układu nerwowego, gdzie poza możliwościami substytucji w chorobie Parkinsona, niewiele się zmieniło. Próby terapii genowych nadal są w powijakach i wiele jeszcze przed nami do zmian takiego stanu rzeczy.

W Gdańsku odbędzie się XXIII Zjazd PTN, jakie najważniejsze tematy zostaną objęte Państwa patronatem merytorycznym?

Zjazd dedykowany jest wszystkim dziedzinom neurologii. Jego tematyka jest bardzo obszerna. Podczas trzech dni odbędzie się wiele sesji, kilkadziesiąt prezentacji ustnych. Wypowiedzą się eksperci. Podczas wykładów będziemy odnosić się do najnowszych zaleceń, będziemy mieli okazję zapoznać się z wieloma stanowiskami, pracami i istotnymi informacjami, które pojawiają się w piśmiennictwie światowym i krajowym.

Zjazd jest statutowym wymogiem naszego towarzystwa i jest to jedno z najważniejszych wydarzeń w kadencji, dlatego jego poziom zawsze jest bardzo wysoki. Wszystkich uczestników łączy troska o los pacjentów neurologicznych. Zapraszamy więc serdecznie do Gdańska! ■



Skład: Vladislav Radzivilovič
Fotografie: zasoby własne, Bart Kozłowski
Kontakt: kontakt@medicallms.pl

Medical Media Solutions Sp. z o.o.
ul. Mokotowska 1
00-640 Warszawa

Medical Media Solutions ponosi odpowiedzialność za treści redakcyjne. Reklamodawca ponosi odpowiedzialność za treści reklamowe. Wydawca ani redakcja gazety Rzeczpospolita nie ponoszą odpowiedzialności za żadne treści zawarte w dodatku.

Niezależny sponsorowany dodatek tematyczny Medical Media Solutions dystrybuowany wraz z dziennikiem Rzeczpospolita.



XXIII ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA NEUROLOGICZNEGO

Gdańsk, 11–14 października 2017 roku

Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego:
prof. dr hab. n. med. Przemysław Nowacki

Przewodniczący Komitetu Naukowego i Organizacyjnego:
prof. dr hab. n. med. Jarosław Sławek



Więcej informacji na stronie:
www.zjazdptn.viamedica.pl

ORGANIZATOR



GŁÓWNI PATRONI MEDIALNI



PARTNER



Zadbaj o profilaktykę

Udar mózgu jest najczęściej konsekwencją wieloletniej choroby naczyń. Poza czynnikami ryzyka, na które nie mamy wpływu, tzw. niemodyfikowalnymi, są też czynniki ryzyka, w tym również choroby, które można potencjalnie leczyć lub eliminować, dzięki czemu ryzyko to będzie u nas mniejsze.



Dr hab. med. Adam Kobayashi
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Niemodyfikowalne czynniki występowania udaru mózgu to: wiek (im jesteśmy starsi, tym większe ryzyko wystąpienia udaru; jest ono największe po 55 roku życia), płeć (udar występuje częściej u mężczyzn), rasa (częściej występuje u osób rasy czarnej), czynniki genetyczne.

NAJWAŻNIEJSZE MODYFIKOWALNE CZYNNIKI:

Nadciśnienie tętnicze

Nadciśnienie tętnicze jest najpoważniejszym czynnikiem udaru zarówno niedokrwiennego jak i krwotocznego. W Polsce choruje ok. 36% populacji dorosłej. Ryzyko wystąpienia udaru u chorych, w porównaniu z osobami z prawidłowym ciśnieniem tętniczym jest większe o ponad połowę. Za prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego, generalnie przyjmuje się niższe niż 140 mmHg, dla ciśnienia skurczowego i 90 dla rozkurczowego. Optymalne natomiast jest to ciśnienie niższe odpowiednio niż 120 mmHg i 80 mmHg. Prawidłowe leczenie nadciśnienia zdecydowanie zmniejsza ryzyko udaru.

Choroby serca

Migotanie przedsionków jest to arytmia serca związana z nieprawidłowym przewodnictwem w sercu. W związku z zaburzonym przepływem krwi w sercu dochodzi do tworzenia się skrzepin, które następnie mogą popłynąć do tętnic mózgowych i spowodować zatkanie naczynia.

nia powodując udar niedokrwienny. Migotanie przedsionków aż pięciokrotnie zwiększa ryzyko udaru niedokrwiennego, a dodatkowo te udary są cięższe niż spowodowane przez inne przyczyny. W Polsce ok. 1% populacji ma migotanie przedsionków. Ponieważ jego ryzyko rośnie wraz z wiekiem, spodziewamy się, że w sytuacji, kiedy populacja się starzeje, to odsetek ten wzrośnie. W migotaniu przedsionków można skutecznie zmniejszać ryzyko udaru poprzez stosowanie leków przeciwkrzepliwych, takich jak warfaryna, acenokumaryl i nowszych: dabigatranu, rywaroksabanu i apiksabanu.

Cukrzyca

Cukrzyca jest czynnikiem ryzyka udaru niedokrwiennego i zwiększa szansę na jego wystąpienie o 8%. W Polsce 8% populacji choruje na cukrzycę. Odpowiednio wcześniej ją rozpoznając również jesteśmy w stanie ją skutecznie leczyć i dzięki temu zmniejszyć ryzyko udaru. Za prawidłową wartość glikemii uznaje się z grubsza stężenie glukozy w surowicy krwi mniejsze niż 100mg%. Kryteria diagnostyczne dla cukrzycy się zmieniają. Trzeba pamiętać, że również może istnieć, tak zwany stan przedcukrzycowy, kiedy również często konieczne jest leczenie.

Palenie tytoniu

Prawie 1/3 populacji pali papierosy. Palenie zwiększa ryzyko udaru o ponad 20%. Najlepiej jest nigdy nie zaczynać palić, ale również po zaprzestaniu palenia ryzyko udaru maleje.

Alkohol

Nadużywanie alkoholu zwiększa ryzyko wystąpienia udaru krwotocznego o 15%. Wiedząc jak poważny jest to problem społeczny w Polsce można się domyślać, jak poważnie zwiększa ryzyko wystąpienia tej choroby.

Otyłość i brak aktywności fizycznej

Otyłość również dotyczy 1/3 populacji i zwiększa ryzyko udaru o 25%. Na ogół wiąże się z nią nieprawidłowa dieta zwiększająca ryzyko udaru o ok. 18% i brak aktywności fizycznej, która z kolei zwiększa ryzyko o 28%. Wszystkim tym czynnikom można zapobiec lub je leczyć

stosując odpowiednią niskotłuszczową i niskowęglowodanową dietę oraz będąc regularnie aktywnym fizycznie. Wiąże się z nimi często również wysokie stężenie cholesterolu, które można regulować za pomocą diety i aktywności fizycznej, a w przypadku ich nieskuteczności przyjmować leki, które obniżą jego stężenie i jednocześnie ryzyko wystąpienia udaru.

Przewlekły stres i depresja

W ostatnim czasie dużo się mówi o wpływie przewlekłego stresu i depresji na ryzyko udaru. Obydwa te czynniki, którym również można zaradzić poprzez odpowiednie leczenie, zwiększają ryzyko udaru o 5% każdy. ■

OBJAWY UDARU MÓZGU



ASYMETRIA TWARZY



OSŁABIEŃ KOŃCZYN



ZABURZENIA WIDZENIA



ZABURZENIA MOWY



ZABURZENIA RÓWNOWAGI



NAGŁY, SILNY BÓL GŁOWY



Prof. dr hab. med. Piotr Pruszczyk
Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus

Jak osoba z migotaniem przedsionków może zabezpieczyć się przed ryzykiem udaru mózgu? Jak wygląda profilaktyka udaru w przebiegu migotania przedsionków?

Przede wszystkim warto powiedzieć, że migotanie przedsionków jest najczęstszą arytmia i może dotyczyć nawet co 10 osobę po 80 r.ż. Polega między innymi na tym, że przedsionki serca gorzej się kurczą, co może powodować obniżenie wydolności fizycznej np. trudności we wchodzeniu po schodach. Istotny jest fakt, że w zakamarkach gorzej pracującego przedsionka mogą powstawać skrzepiny, które odrywając się i płynąc z prądem krwi, mogą powodować zatory, w tym zatory tętnic prowadzących krew do mózgu i w konsekwencji udar niedokrwienny mózgu. W celu zabezpieczenia się przed ryzykiem udaru mózgu przede wszystkim należy zwrócić uwagę na zapobieganie występowania tego

zaburzenia oraz na jego rozpoznanie. Znamy cały szereg czynników ryzyka rozwoju migotania, jednak znaczną część można modyfikować. Do nich należy zaliczyć źle leczone nadciśnienie tętnicze, małą aktywność fizyczną, palenie papierosów czy otyłość. Tym samym im bardziej dbamy o siebie i swoich bliskich, i prowadzimy zdrowy styl życia, tym mniejsze ryzyko wystąpienia migotania. Jeżeli migotanie przedsionków zostanie rozpoznane, to należy ocenić ryzyko powikłań zatorowych u konkretnego chorego. A ryzyko udaru może wahać się od ok. 1 do ponad 15% rocznie przy braku odpowiedniego leczenia. U większości chorych z migotaniem przedsionków, to ryzyko jest na tyle wysokie, że uzasadnia a wręcz nakazuje, przewlekłe stosowanie doustnych leków przeciwkrzepliwych, czyli tzw. ankykoagulantów.

Jakie są korzyści ze stosowania nowoczesnych leków przeciwkrzepliwych w profilaktyce udaru mózgu?

W praktyce klinicznej, w prewencji udaru mózgu u chorych z migotaniem przedsionków, od kilkudziesięciu lat stosujemy antagonistów witaminy K, a od kilku lat stosujemy tzw. nowoczesne leki przeciwkrzepliwe. Warto wspomnieć, że dawkowanie antagonistów witaminy K jest bardzo indywidualne i zmienne u konkretnego chorego. Skuteczność terapii bardzo zależy od diety. Pożywienie zawierające wit K czyli np. zielone warzywa mogą znacznie osłabiać ich działanie. Ponadto występują liczne interakcje lekowe np. z antybiotykami zmniejszają efekt przeciwkrzepliwy. Wszystko to sprawia, że regularnie należy pobierać krew, oceniać parametry krzepnięcia, modyfikować dawkowanie.

Obecnie w Polsce dostępne są cztery różne nowoczesne leki przeciwkrzepliwe. Jako grupa cechują się znacznie lepszym profilem bezpieczeństwa. Ale nie ma róży bez kolców. Leki przeciwkrzepliwe

obniżając krzepliwość krwi mogą nasilać powikłania krwotoczne. Nowoczesne leki przeciwkrzepliwe, w porównaniu do antagonistów witaminy K, powodują dwukrotnie mniej najgroźniejszych powikłań krwotocznych, czyli krwawień wewnątrzczaszkowych. Tym samym możemy powiedzieć, że są znacznie bezpieczniejsze w porównaniu do antagonistów witaminy K. Dlatego też ubiegłoroczne wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego zdecydowanie zalecają stosowanie nowoczesnych leków przeciwkrzepliwych u chorych z niezastawkowym migotaniem przedsionków.

Na czym polega bezpieczeństwo stosowania leków antykoagulacyjnych?

Leki te powodują mniej krwawień wewnątrzczaszkowych, które są najgroźniejszymi powikłaniami krwotocznymi. Co ważne, w stosunku do jednego z tych leków, dysponujemy swoistym czynnikiem odwracającym natychmiast i całkowicie jego przeciwkrzepliwe działanie. Ma to szczególne zastosowanie u chorych, którzy wymagają pilnej, rozległej operacji np. z powodu urazu, a są leczeni przeciwkrzepliwe. W takich sytuacjach leczenie przeciwkrzepliwe może znaczenie utrudniać wykonanie operacji. Ponadto wszystkie te leki charakteryzują się mniejszą liczbą interakcji lekowych, zmiana diety mniej wpływa na ich działanie. Należy jednak wspomnieć, że są nieliczne grupy chorych z migotaniem przedsionków, u których nadal wybieramy antagonistów witaminy K np. chorzy z mechanicznymi protezami zastawkowymi. Podsumowując należy podkreślić, że obecnie nowoczesne leki są preferowane nad antagonistami witaminy K, i są lekami pierwszego wyboru w prewencji udaru mózgu u chorych z niezastawkowym migotaniem przedsionków. ■

Nowe horyzonty leczenia SM

Stwardnienie rozsiane to choroba postępująca, dlatego ważne jest przede wszystkim zmniejszenie intensywności jej postępu. Możliwości te zapewnia właściwa strategia leczenia oraz pełne szanse zmiany terapii (jeżeli pacjent tego wymaga), i dostosowanie ich do odpowiedzi i obrazu klinicznego.



Dr n. med. Alicja Kalinowska-Łyszczarz

Zakład Neurochemii i Neuropatologii
Katedry i Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Dlaczego stwardnienie rozsiane to choroba, w przypadku której indywidualizacja terapii odgrywa tak kluczową rolę?

Stwardnienie rozsiane jest chorobą, w której bardzo istotne jest wczesne rozpoczęcie leczenia, gdyż efekt terapii jest największy w początkowym stadium choroby, kiedy pacjenci nie mają jeszcze utrwalonej niepełnosprawności. Jeśli pacjent na leczenie nie odpowiada (a możemy to określić dysponując znanymi kliniczno-radiologicznymi kryteriami skuteczności terapii), konieczna jest szybka tegoż leczenia modyfikacja, aby nie tracić czasu z tzw. „okna terapeutycznego”. W stwardnieniu rozsianym aktualnie nie dysponujemy jedną-skuteczną terapią, a dostępne leki jedynie modyfikują przebieg choroby, który jest niezwykle zróżnicowany. Kluczowa jest więc indywidualna obserwacja stanu klinicznego i badań neuroobrazowych poszczególnych pacjentów, aby w razie nieskuteczności zaproponowanej terapii szybko podejmować decyzję o zmianie na inne leczenie, które może okazać się dla danego pacjenta bardziej odpowiednie.

Sytuacja możliwości leczenia SM na przełomie ostatnich lat bardzo się zmieniła, gdzie teraz terapeutycznie znajduje się SM?

W czasie ostatnich 20 lat nastąpił ogromny postęp w zakresie terapii stwardnienia rozsianego. Z roku na rok rejestruje się kolejne cząsteczki, które modyfikują przebieg choroby, zmniejszając częstość rzutów (pacjenci rzadziej doznają objawów neurologicznych) oraz ograniczając aktywność radiologiczną choroby (powstaje mniej zmian zapalnych w mózgu obserwowanych w badaniach tomografii rezonansu magnetycznego). Nadal nie potrafimy „wyleczyć” stwardnienia rozsianego, a więc nie dysponujemy lekiem, który indukowałby tolerancję wobec antygenów własnych mieliny, która niszczona jest przez autoreaktywne limfocyty, ale mamy coraz więcej możliwości kontroli przebiegu choroby.

Podkreśla się również, że wraz z odkrywaniem nowych punktów uchwytu terapii coraz lepiej poznajemy patofizjologię samej choroby, co to oznacza?

Wciąż nie znamy precyzyjnego mechanizmu, w jakim dochodzi do rozwoju stwardnienia rozsianego. Znamy pewne czynniki środowiskowe (np. niedobór witaminy D) i uwarunkowania immunologiczne wpływające na rozwój choroby; potrafimy

opisać komórki, które biorą udział w jej rozwoju, a także rozpoznać stwardnienie rozsiane na podstawie wywiadu, badania neurologicznego, badań neuroobrazowych i laboratoryjnych, ale nie potrafimy jednoznacznie opisać i przewidzieć ciągu zdarzeń prowadzących do rozwoju choroby u indywidualnych pacjentów. Poznając, często nieoczekiwanie, nowe punkty uchwytu terapii (np. konkretne antygeny czy populacje komórek), dowiadujemy się, że są one istotne w przebiegu choroby - i to otwiera nowe ścieżki w badaniach naukowych nad patofizjologią SM.

Pacjenci wypatrują nadziei w nowej terapii, która została zarejestrowana w lipcu 2016 r., na czym opierają się jej założenia i jakie niesie za sobą korzyści?

Aktualnie w programie terapeutycznym dysponujemy znaczną liczbą leków zarejestrowanych w SM i stosowanych na całym świecie. Niedawno do programu dołączył długo oczekiwany alemtuzumab i teriflunomid. Nadal nie jest jednak refundowany daklizumab. Tego typu lek mógłby znaleźć potencjalne zastosowanie u pacjentów na różnych etapach leczenia (w Europie zarejestrowany jest dla postaci SM przebiegającej z rzutami).

Mechanizm działania leku opiera się na immunomodulacji, poprzez regulację procesu zapalnego, bez jednoczesnego działania hamującego na układ odpornościowy. Lek prowadzi do wzrostu populacji komórek immunologicznych, typu naturalni zabójcy. Z kolei pobudzenie tych komórek powoduje korzystne efekty regulacji odpowiedzi immunologicznej, gdyż zmniejsza liczbę aktywowanych limfocytów T, biorących udział w uszkodzaniu nerwów w przebiegu SM. Taka sekwencja działań wpływa na zmniejszenie nie tylko częstotliwości rzutów, ale i aktywność radiologiczną SM. W szerszym kontekście warto wspomnieć, że dostęp do kolejnej terapii może być ważny z punktu widzenia indywidualizacji leczenia. Z tej terapii mogliby skorzystać pacjenci po niepowodzeniu leczenia w tzw. pierwszej linii oraz w podgrupie z szybko rozwijającą się ciężką postacią SM. Istnieją również przesłanki do tego, że byłaby to też korzystna opcja dla pacjentów z szybko rozwijającą się ciężką postacią SM, którzy są nosicielami wirusa JC lub dla pacjentów z SM dotychczas leczonych natalizumabem (lek II linii), u których wzrosło ryzyko powikłań terapii ze względu na serokonwersję w zakresie wirusa JC.

Warto wspomnieć, że daklizumab jest podawany samodzielnie przez pacjentów, podskórnie i raz w miesiącu, co może wpływać korzystnie na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów. Kolejny nowy lek na horyzoncie to zarejestrowany już przez FDA okrelizumab, przeciwciało monoklonalne, które niszczy limfocyty B na różnych etapach rozwoju. Ta opcja jest szczególną nadzieją dla pacjentów z postacią pierwotnie postępującą SM, gdyż w tym podtypie choroby dotychczas nie dysponowaliśmy żadnym leczeniem. Okrelizumab jest pierwszą cząsteczką, która wykazała korzystne działanie w tej postaci choroby.

Daklizumab wpływa na pobudzenie komórek, co powoduje korzystne efekty regulacji odpowiedzi immunologicznej – co to oznacza?

Daklizumab pobudza frakcję komórek regulatorowych (wspomniane komórki NK), a hamuje nadmierne pobudzenie ko-

mórek autoreaktywnych - tym samym przywraca zaburzoną przez chorobę równowagę w układzie immunologicznym.

Czy to prawda, że lek jest tak dobrze przebadany klinicznie, że możemy mówić, iż istotnie hamuje aktywność rzutową SM?

Rzeczywiście, ekspozycja pacjentów na daklizumab w badaniach klinicznych była wysoka i wyniosła 2236 pacjentów. W badaniach rejestracyjnych wykazano, że lek znacząco hamuje aktywność rzutową choroby. Warto podkreślić, że skuteczność w zakresie redukcji rocznego wskaźnika rzutów względem osób nieleczonych wyniosła 54% (badanie SELECT), a względem osób leczonych innym lekiem o potwierdzonej w SM skuteczności (Interferon beta-1a, domięśniowo jeden raz w tygodniu) wyniosła 45% (badanie DECIDE). Szczególnie ważna jest ta druga liczba, bo potwierdza wysoką skuteczność nowego leku względem tzw. aktywnego komparatora, czyli substancji, o której wiemy, że działa.

Jakie przełożenie na efekty leczenia ma podejście strategiczne do poszerzenia mapy terapeutycznej SM i ciągła aktualizacja kryteriów kwalifikujących chorych do danej terapii?

Dysponując coraz większą liczbą terapii, często wysoce selektywnych immunologicznie, mamy szansę, aby dostosować leczenie do indywidualnego pacjenta. Indywidualizacja leczenia obejmuje jednak nie tylko aspekt skuteczności, ale i sposobu podawania leków oraz możliwych działań niepożądanych. Wobec z roku na rok zmieniającego się krajobrazu terapeutycznego oraz coraz dłuższych obserwacji leków w okresie porejestracyjnym (ang. real life), czyli poza planowanymi (a więc w pewnym sensie sztucznymi) warunkami farmakoklinicznych badań rejestracyjnych, konieczne są częste aktualizacje kryteriów kwalifikacji chorych do leczenia. Pozwoli to na szybką reakcję na brak skuteczności terapii oraz modyfikację leczenia, dopóki ma ono największą szansę na powodzenie. ■

ZASADY LECZENIA SM:

- ✓ Szybkie włączenie do terapii
- ✓ Szeroki wachlarz dostępnego leczenia
- ✓ Personalizacja terapii pacjenta
- ✓ Częste aktualizacje kryteriów kwalifikacji chorych
- ✓ Uwzględnianie komfortu procesu leczenia pacjenta

FORUM LEKARZA PRAKTYKA - PEDIATRIA 2017
Alergologia, pneumonologia dziecięca, cykl wydarzeń w 16 miastach Polski

FORUM LEKARZA PRAKTYKA - MEDYCYNĄ RODZINNA 2017
Indywidualizacja Leczenia Pacjenta w POZ, cykl konferencji w 16 miastach Polski
www.medical-experts.pl; www.forumlekarzapraktyka.pl

**MEDICAL
EXPERTS**

Warto rozmawiać i słuchać

Stwardnienie rozsiane to autoimmunologiczna choroba, jaka dotyczy osób, które wcześniej robiły bardzo różne rzeczy, dotyka ludzi ze wszystkich środowisk, z różnym wykształceniem. Wydawać by się mogło, że nieprzewidywalność, rzuty choroby, rehabilitacja, kwalifikacja do właściwego leczenia to jedyna rzeczywistość pacjentów, tymczasem wielu z nich chce i potrafi z nią żyć, wymagają tylko zrozumienia i wsparcia.



Tomasz Połec

Przewodniczący Rady Głównej Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego

Jak projekty i akcje przygotowywane od lat przez PTSR zmieniły postrzeganie chorych na stwardnienie rozsiane?

Naszym głównym osiągnięciem, wypracowanym w ciągu tych wielu lat funkcjonowania PTSR jest to, że stwardnienie rozsiane przestało być postrzegane jako nieuleczalna choroba, w którą nie warto inwestować, a samym chorym nie trzeba się zajmować. Dziś oczywiście rozumie się, że na chorobę nie ma lekarstwa, które ją uleczy, ale dysponujemy szerokim wachlarzem terapii jakie dają nadzieję, na powstrzymanie jej skutków i na dłuższe utrzymanie człowieka w sprawności. Pamiętajmy przy tym, że „sprawność” to słowo klucz dla chorego na SM, sprowadza się przede wszystkim do podstawowych zasad

godności, kiedy człowiek ma szansę być aktywny w życiu prywatnym i zawodowym.

SM nie musi skazywać chorych na siedzenie w domu. Samodzielność to słowo klucz, na czym polega godne życie z SM?

Choroba jest nieuleczalna, ale bardzo ważny jest dostęp do skutecznego dla danego pacjenta leczenia, rehabilitacji, o której rzadko się mówi, a jest jednym z tych elementów, który pozwala na dłuższe utrzymanie sprawności. Tutaj należy wspomnieć potrzebę dostępu do ośrodków rehabilitacyjnych, ośrodków pomocniczych.

Stwardnienie rozsiane jest chorobą niezwykle zindywidualizowaną, dlatego jeśli pacjent chce i ma możliwości uczestniczenia w życiu społecznym, to szanse na to nie powinny być mu odbierane. Dostęp do terapii, środków pomocniczych, rehabilitacji to podstawy podtrzymujące godne życie pacjenta. W momencie, kiedy chory musi zabiegać o wszystko sam, narażony jest na obniżenie komfortu życia i do zaniechania kontaktów społecznych.

Jakie szanse dla chorych na SM daje dostęp do szerokiego wachlarza terapii?

Międzynarodowa organizacja zrzeszająca inne instytucje działające w różnych krajach na rzecz osób z SM, nazwała stwardnienie rozsiane jako chorobę

o tysiącu twarzach. To prawdziwe hasło, przekłada się dokładnie na odpowiedź na to zagadnienie. SM niemal w każdym przypadku przebiega inaczej, dlatego im większy dostęp do wielu terapii, tym lekarz ma większe możliwości dopasowania do choroby odpowiedniego leku, a pacjent ma dzięki temu szansę na skuteczne leczenie.

Pamiętajmy, że takie spektrum leczenia sprawia, że pacjent w Polsce ma równe szanse w leczeniu z chorymi na całym świecie. Dziś na szczęście możemy mówić o dużych zmianach, które pozytywnie wpływają na komfort życia pacjentów i ich codzienne życie. To rzeczywiście napawa optymizmem, ale nie zapominajmy, że jest jeszcze wiele do zrobienia.

Jakie kolejne wyzwania przed neurologią w dziedzinie pomocy osobom chorym na SM?

Najważniejszym wyzwaniem medycznym byłoby wynalezienie leku, który całkowicie zahamowałby postęp SM, ale i cofnął też jego skutki. Oczywiście już dziś niektórzy chorzy bardzo dobrze reagują na dobrane pod nich terapie i możemy mówić o wielkich osiągnięciach w zatrzymywaniu postępu ich choroby, ale nadal wielu z nich upatruje szans w nowoczesnej medycynie.

Jeśli chodzi o polski system, to wymaga on zmian przede wszystkim w kontekście spojrzenia na zagadnienie kosztów leczenia. Obecnie są

one oceniane resortowo, czyli każde ministerstwo dysponuje oddzielnym budżetem, a taki podział dodatkowo generuje ograniczenia w kierowaniu bezpośrednich środków na leczenie.

By to obrazowo przedstawić, spójrzmy na to ze strony pacjenta: brakuje środków na leczenie, a więc część osób może być włączona do programów refundacyjnych, a część nie i przez to narażona jest na niepełnosprawność. W ciągu roku, dwóch lat stwardnienie rozsiane szybko u nich postępuje i osoby te przechodzą na renty. Dochodzimy więc do sytuacji, w której te same pieniądze z budżetu państwa trzeba wydawać przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na pomoc temu choremu, który nie jest w stanie pracować i samodzielnie się utrzymywać. Dodatkowo, najczęściej kolejna osoba z rodziny również musi poświęcić swoje życie zawodowe i prywatne by przejąć opiekę nad najbliższym, a to generuje kolejne koszty związane z utratą jej aktywności zawodowej.

Tymczasem inwestycja w leczenie chorego przekłada się na jego aktywność zawodową, możliwość partycypowania w systemie podatkowym, co sprawia, że pacjent nie staje się „ciężarem” dla budżetu, ale jest w stanie sam de facto partycypować w tym procesie leczenia. Spełnia się zawodowo, zakłada rodzinę, realizuje swoje marzenia i ma szansę na normalne życie. ■



Malina Wieczorek

Prezes Fundacji SM-WALCZ O SIEBIE

Tegoroczne motto kampanii „Wiem, że dam sobie radę!” odnosi się do całego procesu, od diagnozy, zmian w życiu, pomocy rodziny, wyboru ścieżki leczenia, do możliwości profesjonalnego wsparcia mającego na celu pomoc w nauczaniu się zarządzania życiem z chorobą przewlekłą. Najważniejszym jednak elementem jest szybka diagnoza i włączenie pacjenta w program lekowy. Na dzień dzisiejszy nareszcie mamy szeroki wybór leków, jesienią ubiegłego roku do refundacji wszedł pierwszy doustny lek w tzw. 1 linii leczenia, teraz w maju dwa kolejne leki, w tym jeden dla szybko postępującej, agresywnej postaci SM. To poszerzyło wachlarz terapeutyczny do poziomu europejskiego,

a w perspektywie roku i kolejnych lat będą następne leki, które powinny znaleźć się na liście refundowanej. Zaczynamy mówić o personalizacji leczenia, co jest sprawą priorytetową w przypadku stwardnienia rozsianego.

Wiele zależy od samych pacjentów. Niestety osoby żyjące z SM, w dużej mierze, nie potrafią zarządzać swoją chorobą, w tym nawiązać partnerskiej relacji z lekarzem, z pracodawcą czy partnerem. Z badań społecznych przeprowadzonych jesienią 2016 r. dla Fundacji SM-walcz o siebie (badanie zrealizowane metodą CAWI na grupie n=372 osób) przez Maison&Partners wynika, iż mimo dobrej oceny (57% respondentów) opieki lekarskiej, tylko nieco ponad

połowa deklaruje, że rozmawiała z lekarzem o nowych, refundowanych formach leczenia. 1/3 respondentów deklaruje, że lekarz podczas wyboru terapii nie zapytał ich o styl życia. Aż połowa ankietowanych kobiet nie była pytana o to, czy chciałaby urodzić dziecko. Wynika to zapewne ze zbyt krótkiego czasu podczas wizyty. Brak wiedzy i partnerskiej relacji z lekarzem pogłębia stres i może doprowadzić do postępu choroby. Ten stan rzeczy stał się inspiracją do założenia Szkoły Motywacji, (www.szkola-motywacji.pl) jako nieopłatnej, dostępnej dla wszystkich potrzebujących wsparcia i fachowej wiedzy, platformy e-learningowej realizowanej w ramach 6 edycji kampanii SM-WALCZ O SIEBIE. ■



The banner features a large, stylized 'SM' in the center, with the words 'WALCZ O SIEBIE' below it. To the right, there is a logo for 'Szkoła Motywacji' and the text 'DIAGNOZA TO POCZĄTEK DŁUGIEGO PROCESU. ALE WIEM, ŻE DAM SOBIE RADĘ.' The background is dark blue with orange and white abstract shapes. At the bottom, there are two website addresses: www.szkola-motywacji.pl and www.sm-walczosiebie.pl.



Prof. dr hab. n. med. Jarosław Sławek

Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego,
Gdański Uniwersytet Medyczny, Ordynator Oddziału Neurologii,
Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha w Gdańsku

Jaką rolę odgrywa czas w przypadku chorób neurologicznych?

Czas jest bardzo ważny w większości chorób neurologicznych, niekiedy wręcz decyduje o życiu. Przykładem tego ostatniego jest udar mózgu. Nadal w naszym społeczeństwie dominują postawy, że osłabienie ręki czy nogi, bełkotliwa mowa czy nagłe zaburzenia widzenia, „same przejdą” i nie ma co wzywać karetki. Kiedy pytam chorych jak postąpiliby w przypadku bólu w klatce piersiowej, to niemal zgodnie rozpoznają, że to przecież może być zawał serca i trzeba działać szybko. A przecież mamy możliwości terapii w ostrej fazie udaru w postaci trombolizy dożylniej (podania leku rozpuszczającego skrzepinę w naczyniu mózgowym), ale trzeba trafić do szpitala najszybciej jak to jest możliwe, bo tzw. „okno czasowe” dla tej terapii to 4,5 godziny od pierwszych objawów. W niedługim czasie dostaniemy (dostępne już w wielu krajach) narzędzie jakim jest mechaniczne usuwanie skrzepiny z naczyń, czyli tzw. trombektomię i problem czasu dotarcia do szpitala stanie się jeszcze bardziej istotny. Wszyscy mamy tu do odrobienia lekcję. Ta lekcja to popularyzacja wiedzy o udarze mózgu. Zapobieganie - poprzez leczenie nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, promowanie zdrowego stylu życia. Spoty telewizyjne, radiowe, prasowe na temat udaru powinny pojawiać się w powtarzalny sposób. Powinny być przeznaczane na to pieniądze w ramach profilaktyki pierwotnej.

Czas jest też ważny w chorobach przewlekłych - dziś wiemy, że leczenie stwardnienia rozsianego powinno być wdrożone po prawidłowym rozpoznaniu, nawet w chorobie Parkinsona dominuje dziś taki pogląd.

SM to choroba autoimmunologiczna układu nerwowego, jakie zmiany i osiągnięcia poczyniono na tej płaszczyźnie w ostatnich latach w Polsce?

W Polsce zmiany są odbiciem tego, co dzieje się na świecie. Na polu SM obserwujemy ogromny postęp w terapii, przybywają coraz to nowsze leki. Nowoczesne terapie to kolejne szanse dla chorych, ale i pobudzenie zainteresowania samą jednostką chorobową i wysyp nowych badań, które zapewne poskutkują w przyszłości kolejnymi terapiami. To co jeszcze różni Polskę od innych krajów - to nierówny i ciągle ograniczony dostęp do leków. Programy lekowe i sposób dystrybuowania na nie środków w naszym kraju są patologiczne, niezwiązane z epidemiologią SM w poszczególnych województwach. Środki rozdzielane są nie według potrzeb, a według rozdzielnika za którym stoją urzędnicy, dysponujący pieniędzmi na wszystkie programy w jednym worku (nowotworowe, neurologiczne, reumatologiczne etc.).

Jakie znaczenie ma dostęp do szerokiego wachlarza leczenia SM dla chorych, ale i lekarzy?

Szeroki dostęp to większe możliwości terapii dla pacjentów, ale i specjalistów. Dla lekarzy wiąże się to dodatkowo z koniecznością ciągłych szkoleń, ponieważ do właściwej terapii powinni zostać sklasyfikowani potrzebujący chorzy z SM. Może to dziwić, ale niestety odsetek źle zdiagnozowanych chorych jest wysoki i nie dotyczy to tylko Polski.

Jak żyć po diagnozie SM (czy często słyszy Pan to pytanie), na jakie ograniczenia natrafiają wciąż pacjenci?

Po diagnozie SM nie dzieje się nic szczególnego, ponieważ większość chorych nie ma żadnych objawów lub objawy szybko się wycofują. Ale wystarczy, że przeczytają co ich czeka w przyszłości, aby spojrzeć inaczej na swoje życie, które często w sensie zawodowym, rodzinnym dopiero się zaczyna (młodzi pacjenci). Ja staram się chorym wlać optymizm, bo przecież są nowe terapie, kolejne się pojawiają i to co możemy zaoferować im dzisiaj, jest nieporównywalne z tym co mogłem powiedzieć choremu jeszcze 30 lat temu, kiedy zaczynałem pracę na Oddziale Neurologii. Optymizm musi mieć pokrycie w szybkości działania - usuwaniu barier w leczeniu. Dziś chorzy wiedzą, że SM można leczyć, że można z nim żyć, ale nie powinno się przedłużać momentu rozpoczęcia terapii.

Jakie korzyści wynikają z szybkiego włączania pacjentów do odpowiedniego leczenia?

Chorzy z SM przeciętnie mieszczą się w przedziale wieku 20-30-40 lat, kiedy stawiane jest u nich rozpoznanie. Szybko wprowadzone leczenie to utrzymanie ich jak najdłużej na rynku pracy. Jak to przekłada się na ich życie, łatwo wytłumaczyć. To przede wszystkim względy ekonomiczne (aktywność zawodowa). Pozostanie w pracy, poczucie bycia przydatnym to także efekt psychologiczny, pomagający żyć, stawiać czoło codzienności. ■

SM 24.pl

Odwiedź nowy portal
dla pacjentów
ze stwardnieniem rozsianym (SM)

www.sm24.pl

Portal został przygotowany we współpracy z ekspertami i organizacjami pacjentów



1. RZETELNE
KOMPENDIUM
WIEDZY O SM

2. GRY POZNAWCZE

3. ĆWICZENIA
USPRAWNIAJĄCE MOWĘ

4. TECHNIKI RELAKSACYJNE

5. KURS E-LEARNINGOWY NA TEMAT
PRAWIDŁOWEGO ODŻYWIANIA SIĘ

6. INSTRUKTAŻOWE FILMY DOTYCZĄCE
SAMODZIELNEJ REHABILITACJI

7. INTERAKTYWNA SYMULACJA OBJAWÓW SM



BI-POL-0440

Choroba afektywna dwubiegunowa to nie wyrok

Wiele osób, które chorują na zaburzenia afektywne dwubiegunowe, kontynuują swój dotychczasowy tryb życia. Dobre funkcjonowanie i lepsze samopoczucie jest efektem kompleksowej terapii – leczenia farmakologicznego, psychoedukacji oraz psychoterapii. W procesie dochodzenia do pełni zdrowia, bardzo ważne jest również budujące wsparcie ze strony rodziny i bliskich – zrozumienie i odpowiednie nastawienie wobec choroby i osoby chorującej.



Prof. dr hab. med. Dominika Dudek

Kierownik Zakładu Zaburzeń Afektywnych Katedry Psychiatrii
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Na czym polega choroba afektywna dwubiegunowa?

Choroba afektywna dwubiegunowa należy do grupy zaburzeń nastroju. W jej przebiegu pojawiają się fazy chorobowe, w których dochodzi do patologicznego obniżenia nastroju wraz z innymi objawami, czyli do faz depresyjnych oraz do patologicznego podwyższenia nastroju z pobudzeniem, euforią niekiedy drażliwością, nadmierną aktywnością, czyli do faz maniackalnych. Pojawiają się też fazy hipomaniackalne, okresy subdepresyjne czy fazy mieszane, w których jednocześnie występują objawy depresyjne i maniackalne.

Kiedy mamy do czynienia z chorobą afektywną dwubiegunową?

Chorobę rozpoznajemy, jeśli co najmniej raz w życiu pojawiła się faza maniackalna bądź hipomaniackalna. Do chorób afektywnych należy też choroba afektywna jednobiegunowa, czyli nawracająca depresja, w której w ciągu życia pacjenta pojawiają się tylko i wyłącznie fazy depresyjne. Zdarza się, że pacjent doświadcza kilku faz depresyjnych i wówczas diagnozowany jest jako pacjent z nawracającą depresją, a następnie nagle pojawia się faza maniackalna czy hipomaniackalna i wtedy dochodzi do zmiany rozpoznania, a w konsekwencji do zmiany postępowania.

Chorobę afektywną dwubiegunową dzielimy na dwa zasadnicze podtypy. W podtypie pierwszym występują ciężkie fazy maniackalne, niekiedy z objawami psychotycznymi. Podtyp drugi to fazy podwyższonego nastroju i nastroju o mniejszym nailewieniu, które nazywamy hipomaniackalnymi. Globalnie trudno mówić, która choroba jest cięższa, dlatego że w podtypie drugim mogą wystąpić bardzo silne fazy depresyjne.

Jak często występuje?

Choroba afektywna dwubiegunowa występuje mniej więcej u 4% - 6% populacji.

Czy istnieją przyczyny występowania choroby?

Jak we wszystkich chorobach psychiatrycznych przyczyny są złożone. Przede wszystkim są to choroby wieloczynnikowe i na ryzyko ich wystąpienia wpływają zarówno czynniki predyspozycji genetycznych, jak i wpływy środowiskowe. W chorobie afektywnej dwubiegunowej czynniki genetyczne odgrywają dość istotną rolę, jednak nie udało się wyodrębnić jednego genu choroby. Są sytuacje, gdzie pojawiają się fazy maniackalne czy hipomaniackalne, na podłożu innych chorób somatycznych, czy pod wpływem leczenia chorób somatycznych, na podłożu organicznego procesu przebiegającego w centralnym systemie nerwowym. Jednak wtedy nie jest to choroba afektywna dwubiegunowa, lecz mamy do czynienia z zaburzeniami nastroju na podłożu organicznym.

Kiedy pacjent powinien zgłosić się do psychiatry?

Choroba afektywna dwubiegunowa rozpoznawana jest bardzo późno. Liczne badania pokazały, że taki okres latencji od początku chorowania do prawidłowego rozpoznania choroby dwubiegunowej wynosi co najmniej kilka lat.

Rozpoznanie jest bardzo istotne, ponieważ nieleczona choroba może prowadzić do deterioracji funkcjonalnej. Diagnoza najczęściej następuje, kiedy chory przebywa w fazie depresyjnej. Dzieje się tak z dwóch powodów. Po pierwsze, wiele przypadków choroby afektyw-

nej dwubiegunowej zaczyna się od depresji, a po drugie, to w depresji pacjent cierpi i potrzebuje pomocy. Natomiast okres hipomaniackalny może być dla pacjenta całkiem przyjemny, wówczas nie chce się on leczyć, gdyż nie zauważa u siebie choroby.

Należy podkreślić, że im dłużej chory będzie zwlekać z wizytą u specjalisty, tym większe ryzyko, że pojawi się oporność na leczenie. Istotny jest fakt, że oprócz farmakoterapii, która stanowi podstawę leczenia prowadzone są też zajęcia psychoedukacyjne, w których pacjent uczy się rozpoznawać wczesne symptomy nawrotu choroby.

Jakie są sposoby leczenia choroby?

Podstawę leczenia stanowi farmakoterapia. Główną grupą leków są tzw. leki normotymiczne (inaczej stabilizatory nastroju). Leki te działają leczniczo, zarówno w fazach maniackalnych jak i depresyjnych. Równocześnie leki te działają profilaktycznie zarówno w fazach depresyjnych, jak i maniackalnych. Do tej grupy leków zaliczamy lit, który jest lekiem starym, ale wciąż w klasycznej chorobie afektywnej dwubiegunowej niezastąpionym. Badania pokazują, że 1/3 pacjentów znakomicie odpowiada na lit, nie mając nawrotów choroby. Jako stabilizatory nastroju stosowane są również leki przeciwpadaczkowe. Zdarza się, że do leków normotymicznych dodaje się różne inne leki, w zależności od stanu pacjenta i jego fazy chorobowej.

Poza leczeniem farmakologicznym znaczenie ma też psychoterapia. Choroba afektywna dwubiegunowa jest chorobą z bardzo poważnymi konsekwencjami psychologiczno-społecznymi, dlatego psychoterapia jest niezbędna. Musi ona być indywidualna i dopasowana do potrzeb i stanu pacjenta. Istotną kwestię stanowi również psychoedukacja rodziny i pomoc psychologiczna dla rodziny.

Jak ważne jest wsparcie najbliższych w przebiegu choroby?

Jest bardzo ważne i jednocześnie trudne. Na pewno rodzina może pomóc w rozpoznawaniu wczesnych objawów choroby, może motywować do leczenia czy terapii. Jednak trudno jest zaakceptować pewne zachowania, nawet rozumiejąc, że jest to osoba chora. Trzeba mieć w sobie dużo siły i tolerancji, żeby zaakceptować ten rodzaj choroby. ■

Światowy Dzień Stwardnienia Rozsianego

W przypadku wielu chorób przewlekłych i neurodegeneracyjnych, w tym SM i chorób otępiennych, w Polsce nie istnieją plany ich leczenia. Pacjenci rzadko mają możliwość uzyskania szybkiej diagnozy, leczenia i rehabilitacji w jednym miejscu, a w szczególności ze środków publicznych - napisał Adam Bodnar do uczestników i organizatorów Światowego Dnia SM. Zdaniem RPO, te wszystkie elementy opieki (diagnoza, leczenie, rehabilitacja, pomoc dla opiekunów, pomoc psychologiczna dla pacjentów i ich rodzin) powinny być skoordynowane.



Adam Bodnar

Rzecznik Praw Obywatelskich

Jednym z zadań Rzecznika Praw Obywatelskich jest podejmowanie działań dotyczących zasady równego traktowania. Rzecznik wykonuje także zadania niezależnego organu monitorującego wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych. Oznacza to, że ochrona praw osób z niepełnosprawnościami stanowi jedno z moich najważniejszych zadań jako Rzecznika Praw Obywatelskich.

Problemy, z jakimi spotykają się osoby chorujące na stwardnienie rozsiane są mi znane, gdyż do mojego Biura kierowane są liczne skargi osób zmagających się z tą chorobą. W dużej mierze dotyczą one zasad refundacji leków oraz dostępności specjalistycznych terapii, a także dostępu do leczenia w zakładach karnych oraz aresztach śledczych.

Pragnę podkreślić, że Rzecznik Praw Obywatelskich wielokrotnie kierował do organów władzy publicznej wystąpienia o charakterze generalnym, w których upominał się o prawa osób chorujących na SM. W wystąpieniach do Ministra Zdrowia oraz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Rzecznik kompleksowo opisywane były problemy, napotymane przez chorujących. Rzecznik podnosił m.in. kwestie arbitralnego ograniczenia w dostępie dla pacjentów do nowoczesnych metod leczenia stwardnienia rozsianego. Wskazywał też na ograniczenie w postaci kryterium wieku w kwalifikowaniu osób chorych do udziału w programach lekowych. Rzecznik interweniował również w kwestii długiego czasu oczekiwania pacjentów na zakwalifikowanie do leczenia oraz nierównego dostępu do terapii chorych mieszkających w różnych częściach Polski.

Rzecznik Praw Obywatelskich z racji pozycji ustrojowej postrzega wiele problemów pacjentów w sposób systemowy. Bardzo często

są to bowiem zagadnienia wspólne dla wielu grup pacjentów. Niedostateczny dostęp do rehabilitacji leczniczej, m.in. w warunkach domowych, czy ambulatoryjnych, dotyka wielu pacjentów cierpiących na choroby neurodegeneracyjne, onkologiczne, rzadkie.

Jako Rzecznik zdaje sobie sprawę, że wiele z problemów osób chorujących na SM nie zostało rozwiązanych, w związku z czym sytuacja tej grupy chorych pozostaje w moim szczególnym zainteresowaniu. Jak w przypadku wielu chorób przewlekłych i neurodegeneracyjnych, w tym SM i chorób otępiennych, w Polsce nie istnieją plany dla leczenia tych chorób. Pacjenci rzadko mają możliwość uzyskania szybkiej diagnozy, leczenia i rehabilitacji w jednym miejscu, a w szczególności ze środków publicznych. Te wszystkie elementy opieki (diagnoza, leczenie, rehabilitacja, pomoc dla opiekunów, pomoc psychologiczna dla pacjentów i ich rodzin) powinny być skoordynowane. W polskim systemie są one wciąż usytuowane osobno. ■

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa
Tel. centr. (+48 22) 55 17 700, Infolinia obywatelska 800 676 676
biurorzecznika@brpo.gov.pl, www.rpo.gov.pl



Halina Pilonis

Dziennikarz Medonet.pl i Służby Zdrowia

Depresja może być efektem zmian w mózgu spowodowanych schorzeniem neurologicznym. Wywołać ją może diagnoza i przebieg choroby, która odbiera sprawność, wyłącza z życia i rujnuje relacje z najbliższymi. Niekiedy jest następstwem stosowania leków.

Depresja poudarowa

U większości pacjentów jej objawy rozwijają się od 3 do 6 miesięcy po udarze. Depresja ma ogromny wpływ na przebieg i skuteczność rehabilitacji poudarowej. Zwiększa trzykrotnie ryzyko zgonu w ciągu 10 lat od jego wystąpienia. Rozpoczęcie efektywnej rehabilitacji po udarze wymaga od chorego zaangażowania, samozaparcia i wytężonego wysiłku. Tymczasem depresja to wszystko właśnie odbiera. Zwłaszcza, że ta poudarowa cechuje się częstszym spowolnieniem psychoruchowym. Dlatego niezmiernie ważnym jest, aby depresję jak najszybciej zdiagnozować i zacząć leczyć. W tym celu stosuje się leki przeciwdepresyjne. Część pacjentów na pewnym etapie leczenia może uzyskać korzyść ze wsparcia psychologicznego i psychoterapii.

SM zagrożone depresją

Nie ustalono jednoznacznie przyczyn depresji u chorych na stwardnienie rozsiane. Podejrzewa się, że może być ona bezpośrednim na-

Depresja - choroba współtowarzysząca

Jedna choroba nie wyklucza innej. Schorzeniom neurologicznym często towarzyszy depresja. Jej leczenie w tym przypadku bywa trudniejsze.

stępstwem procesów chorobowych, efektem niewłaściwie prowadzonego leczenia lub psychologiczną reakcją związaną z diagnozą i pogarszającym się stanem zdrowia. Kiedy młody, w pełni sprawny człowiek nagle traci władzę w nogach lub ślepie, może zwyczajnie się załamać. Zaburzenia depresyjne u chorych na stwardnienie rozsiane występują dwukrotnie częściej niż w populacji ogólnej, a ryzyko samobójstwa jest 2 do 7 razy większe. Chorzy ze współwystępującymi zaburzeniami depresyjnymi mogą gorzej reagować na leczenie. Dlatego depresję trzeba leczyć farmakologicznie. Pomocna może okazać się też psychoterapia, zwłaszcza behawioralna.

Choroba Alzheimera

Do najczęstszych objawów depresji w chorobie Alzheimera należą płaczliwość, lękliwość, zaburzenia snu, drażliwość, niepokój, pobudzenie, zaburzenia funkcji poznawczych, zaniedbanie higieny osobistej, izolacja społeczna, poczucie winy, spadek apetytu, często kłótnie. Rzadziej są to smutek i przygnębienie, a także myśli samobójcze. Niektóre badania sugerują, że depresja może być nie tylko zwiastunem otępienia alzheimerowskiego, poprzedzającym jego wystąpienie o miesiące lub nawet lata, ale także stanowić jego przyczynę. Zdaniem innych badaczy, depresja stanowi odrębną chorobę. Poza leczeniem farmakologicznym dobre efekty przynosi psychoedukacja pacjenta i jego rodziny czy opiekunów oraz psychoterapia.

Choroba Parkinsona

Depresja może pojawić się w każdym stadium choroby. Niekiedy poprzedza objawy Parkinsona widoczne dla otoczenia,

a czasem jest reakcją na informację o diagnozie. Związane jest to z obawami o utratę samodzielności i niezależności życiowej. Również leki stosowane w schorzeniach neurologicznych mogą powodować depresję. Dlatego terapia jest trudnym wyzwaniem dla lekarza. Czasem musi leczyć depresję, która poniekąd sam wywołał. Jednak efektywne leczenie choroby neurologicznej jest jednocześnie profilaktyką depresji, bo zapobiega niepełnosprawności bądź ją ogranicza. A to one często indukują jej rozwój. Z drugiej jednak strony, leczenie pacjenta chorego neurologicznie, który dodatkowo cierpi na depresję jest niezwykle utrudnione. Chory nie uczestniczy aktywnie w tym procesie. Często nie bierze leków, nie stosuje się do zaleceń lekarza, gorzej reaguje na farmakoterapię, nie angażuje się w rehabilitację.

Padaczka

Współwystępowanie padaczki i zaburzeń depresyjnych szacuje się, według różnych badań na 20-75%. Chorzy żyją w ciągłym strachu przed napadami epilepsji, wstydzą się swoich ataków, dotkliwie odczuwają niemożność wykonywania pewnych zawodów, prowadzenia pojazdów czy uprawiania niektórych sportów. U niektórych podłoże depresji stanowią zmiany w mózgu, ale są i tacy, u których ważną rolę w jej rozwoju odgrywają czynniki psychospołeczne wynikające z utrudnionego funkcjonowania w środowisku. Rozpoznanie depresji i właściwe leczenie połączone ze skuteczną terapią padaczki, mogą w istotny sposób poprawić jakość życia pacjentów. ■

Choroba Alzheimera – powolna degeneracja umysłu

Choroba Alzheimera rozwija się przez lata, początkowo bezobjawowo. Dlatego tak ważna jest wczesna diagnoza i zastosowanie odpowiedniego leczenia, które daje szansę na opóźnienie rozwoju choroby.

Jak przebiega choroba Alzheimera?

Najbardziej typowym wczesnym objawem choroby Alzheimera są zaburzenia pamięci, zwłaszcza dotyczące spraw bieżących. Zwykle chorzy nie mają w tej fazie problemów z pamięcią zdarzeń dawnych, dotyczących własnej biografii. W tej wczesnej fazie choroby nierzadkie są też problemy natury językowej (trudności ze znajdowaniem właściwych słów), zapomnianie o terminach oraz problemy z bardziej złożonymi, wieloetapowymi czynnościami. Choroba przebiega w sposób powoli postępujący co oznacza, że w miarę upływu czasu obserwuje się coraz więcej problemów w codziennym życiu. Chorzy stopniowo stają się coraz mniej samodzielni i zdani na pomoc bliskich, początkowo w zakresie czynności złożonych, potem coraz to prostszych. Wraz z narastaniem objawów zaburzeń funkcji poznawczych często dołączają się inne objawy. W fazie łagodnej częste są rozdrażnienia, stany lękowe, depresja czy podejrzliwość, w bardziej zaawansowanych stadiach mogą pojawić się poważniejsze objawy psychiatryczne, takie jak pobudzenie, agresja, omamy czy urojenia. W końcowej, zaawansowanej fazie choroby pacjenci są całkowicie zależni od opieki innych osób, a śmierć następuje zwykle w następstwie powikłań somatycznych, takich jak zapalenie płuc lub inna poważna infekcja.

Jakie leki stosuje się w leczeniu tej choroby?

Nie istnieje dziś żadna metoda „wyleczenia” choroby Alzheimera. Stosowane leki mają za zadanie złagodzenie objawów oraz odroczenie konieczności sprawowania stałej opieki. Podstawową grupą leków stosowaną w leczeniu choroby Alzheimera są inhibitory cholinesterazy, których mechanizm działania polega na uzupełnianiu

niedoboru naturalnego przekaznika chemicznego działającego w mózgu, acetylocholinę. Po lekach z tej grupy można spodziewać się umiarkowanej poprawy objawowej, poprawy w zakresie funkcjonowania i samodzielności chorych oraz zmniejszenia nasilenia towarzyszących chorobie zaburzeń zachowania. Nie ma pewnych dowodów, aby stosowanie którejkolwiek z form leczenia farmakologicznego wpływało na naturalny przebieg choroby, niemniej jednak z badań klinicznych wiemy, że leczenie opóźnia wystąpienie takich kluczowych zdarzeń jak konieczność sprawowania opieki czy umieszczenie w placówce opiekuńczej. Poza stosowaniem leków bardzo ważne są metody niefarmakologicznego postępowania. W fazach wczesnych ważną rolę mogą odegrać techniki rehabilitacyjne oferowane w coraz częściej dostępnych ośrodkach dziennych lub stowarzyszeniach pomocowych. Istotną rolę odgrywa edukacja opiekunów i działalność towarzystw Alzheimerowskich, które udzielają opiekunom i chorym wszechstronnej pomocy, w tym prowadzą ośrodki dzienne i całodobowe, oferują pomoc psychologiczną (także dla opiekunów), udzielają porad prawnych oraz pomagają poruszać się w nieprzyjaznym środowisku pomocy społecznej.

Czy w chorobie Alzheimera obowiązuje specjalna dieta? Czy istnieje jakaś grupa składników odżywczych, która ma istotne znaczenie dla mózgu?

Nie ma przekonywujących dowodów na znaczenie szczególnej diety w leczeniu choroby Alzheimera. Jest za to wiele dobrych danych epidemiologicznych wskazujących na możliwe działanie zapobiegawcze oddziaływań dietetycznych. Wiadomo, że działanie zapobiegawcze

może mieć przestrzeganie zasad obowiązujących w diecie śródziemnomorskiej (dużo warzyw i owoców, orzechy, ziarniste pieczywo, produkty bogate w wielonienasycone kwasy tłuszczowe, krótka obróbka termiczna żywności, dużo ryb i owoców morza, niewiele, dobrej jakości czerwonego mięsa). Protekcyjne działanie przypisuje się także umiarkowanemu spożyciu alkoholu, zwłaszcza czerwonego wina. Nie ma natomiast danych na znaczenie ochronne podawanych doustnie aptecznych preparatów wielowitaminowych wręcz przeciwnie, ich stosowanie może przynosić szkody zdrowotne. W ostatnich latach pojawiły się specjalnie przygotowane preparaty (tzw. żywność medyczna specjalnego przeznaczenia) mogące uzupełniać ważne dla funkcjonowania mózgu składniki i zalecane w stadiach przedklinicznych choroby Alzheimera. Stosowanie tego typu preparatów powinno odbywać się pod nadzorem lekarskim. Poza modyfikacjami dotyczącymi diety udokumentowano prewencyjne działanie innych działań. Są to przede wszystkim regularna aktywność fizyczna, podejmowanie nowych wyzwań umysłowych (np. w ramach uniwersytetów III wieku) oraz nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów społecznych. Ogromne znaczenie ma też ogólna dbałość o stan zdrowia, w tym regularne badania kontrolne (u internisty), skuteczne leczenie nadciśnienia tętniczego i cukrzycy, chorób serca, nerek i tarczycy. Wszystkie te działania mają szansę nie tyle zapobiec chorobie, co odroczyć jej wystąpienie o wiele lat. ■



Prof. dr hab. n. med. Tomasz Sobów

Kierownik Oddziału Psychiatrii Wieku Podeszłego w Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Do nowych wartości poprzez innowacje



BIPL/23/02/2016