

akTYwni

Forum RZS

nr 3 [12]/2016
Cena 5 zł w tym 23% VAT
ISSN 1234-123X
www.roche.pl



Na okładce:

Małgorzata Brachmańska

JA, CHORA?

NIEMOŻLIWE!



REMISJA

MIEDZY ZDROWIEM
A CHOROBA



IDZIE ZIMA

Wzmocnij się
dieta



BYĆ W FORMIE

Aktywność
w ciąży



TERAPIA

Interakcje
lekowe

RZS* POD KONTROLĄ

*reumatoidalne zapalenie stawów



**Sprawdź aktywność swojej choroby
za pomocą wskaźnika DAS28 na stronie**

www.das28.pl



Wskaźnik DAS28 jest zalecany przez Europejską Ligę ds. Zwalczenia Reumatyzmu (EULAR) do oceny aktywności RZS. Specjalny kalkulator znajdujący się na stronie umożliwia samodzielne obliczanie wskaźnika DAS28. Jeśli obliczony wynik wskaże, że aktywność choroby jest wysoka powinieneś jak najszybciej porozmawiać o tym z lekarzem.

Partnerem strony jest





Drodzy Czytelnicy,

jeszcze ciepło, ale już ją czuć... wielkimi krokami zbliża się jesień, a z nią niestety tzw. sezon grypowo-przeziębieniowy. Czy wiecie, że sposobem zapobiegania tym infekcjom może być odpowiednio zbilansowana dieta? Dr n. med. Aneta Kościółek, dietetyk, pokazuje w tym numerze magazynu, co jeść, aby przetrwać jesień i zimę w dobrej kondycji, z dala od typowych w tym okresie przeziębień. Jeśli chcecie się dowiedzieć, jak wygląda „menu antygrypowe”, sięgnijcie do tekstu *Wzmocnij się dietą* (str. 9).

W jesiennym numerze „Aktywnych. Forum RZS” postanowiliśmy zmierzyć się z tematem remisji w RZS. Niestety, wciąż są pacjenci, którzy myślą, że skoro nie można się całkowicie wyleczyć, to nie warto w ogóle podejmować trudu specjalistycznego leczenia. Fakt, że w przypadku RZS na dzień dzisiejszy można osiągnąć remisję a nie wyleczenie, może momentami zniechęcać, dlatego w tym numerze przybliżamy Wam, czym jest ten stan „uśpienia” choroby i zachęcamy, by do niego dążyć. Jest o co walczyć!

Droga do remisji wiedzie przez terapię lekową, prowadzoną zawsze pod kontrolą lekarza reumatologa. Czasem – np. ze względu na choroby współwystępujące – przyjmujemy więcej niż jeden lek i tu pojawia się kwestia interakcji lekowych. Jak przekonacie się czytając tekst Małgorzaty Stasiak, specjalisty chorób wewnętrznych i reumatologa, *Interakcje lekowe* (str. 11), leczenie za każdym razem musi być indywidualnie dobrane do danego pacjenta. Zdecydowanie nie wskazana jest modyfikacja leczenia na własną rękę. Zaufajcie specjalistom.

I na koniec bohaterka tego numeru, pani Małgorzata. Jej postawa wobec RZS oraz ogólne nastawienie do życia zrobiło na nas ogromne wrażenie. Jeśli więc czujecie, że ogarnia Was jesienna melancholia, koniecznie zacznijcie lekturę tego numeru od tekstu prezentującego sylwetkę naszego Gościa. Ten optymizm zaraża i działa prozdrowotnie!

Paweł Wakor

Wydawca niniejszej publikacji, spółka Roche Polska Sp. z o.o., nie ponosi odpowiedzialności za opinie i osobiste poglądy wyrażane przez autorów publikowanych artykułów oraz specjalistów udzielających komentarzy i wywiadów na łamach publikacji.



WYDAWCA

Roche Polska Sp. z o.o.
ul. Domaniewska 39 B
02-672 Warszawa
tel. (48) 22 345 18 88
fax (48) 22 345 18 74

REDAKTOR NACZELNY

Paweł Wakor

REDAKCJA

Agencja Wydawnicza Musqo
ul. Piotrkowska 66/11
90-105 Łódź
tel. (48) 42 209 39 36
www.musqo.pl

REDAKTOR PROWADZĄCA

Małgorzata Chmiel

KIEROWNIK PROJEKTU

Marcin Biedrzycki

REDAKTOR MERYTORYCZNY

dr n. med. Agata Bednarek

SEKRETARZ REDAKCJI

Agnieszka Wiśniewska

KOREKTA

Beata Jagiełło

KOORDYNACJA WYDAWNICZA

Marcin Pachol

WSPÓŁPRACA

dr n. med. Maria Rell-Bakalarska, dr Jakub Urbański,
dr n. med. Robert Rupiński, dr n. med. Maciej Chałubiński,
dr n. med. Małgorzata Wieteska, dr n. med. Maciej Lewicki,
dr n. med. Elżbieta Skorupska, Agata Gregorowicz, Iza Farenholz,
Marta Sadkowska, Mariola Klocek, Joanna Jachmann,
Małgorzata Marszałek, Aleksandra Zalewska-Stankiewicz,
Magdalena Pietraszkiewicz, Ewa Dziekan, Anna Kaczorek-Juskiewicz, Zofia Zabrzaska (ilustracje), Agata Stanecka (ilustracje)

ZDJĘCIA

Przemysław Ludwiczak, Dominik Figiel, Paweł Grochocki,
Sebastian Ler (okładka), East News, MW Media, BEW,
Depositphotos

DRUK

Drukarnia Chroma

03 / Dzień dobry

FORUM RÓŻNOŚCI

06 / Pytania na dobry początek

08 / Z ostatniej chwili

09 / Co dziś w menu?

WZMOCNIJ SIĘ DIETĄ

U SPECJALISTY

11 / Co mówi lekarz?

INTERAKCJE LEKOWE

14 / Z doświadczeń pacjenta

REMISJA MIĘDZY ZDROWIEM A CHOROBA

17 / Ruszajmy!
AKTYWNOŚĆ
W CIĄŻY

A JAK FORMA?

19 / Carpe diem

20 / Bohaterowie
JA, CHORA?
NIEMOŻLIWE!

Małgorzata Brachmańska

23 / Mamy gościa
Magdalena
Chomka-Saja

STYLE ŻYCIA

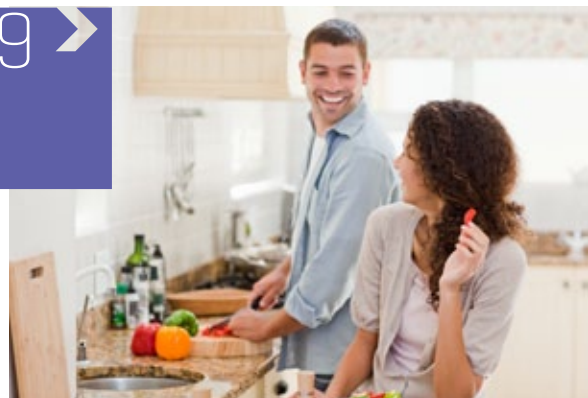
26 / Uroda
KONTROWERSJE
W SŁOICZKU

28 / Kompas

30 / Felieton

WZMOCNIJ
SIĘ
DIETĄ

09



11

INTERAKCJE
LEKOWE

14

REMISJA
MIĘDZY ZDROWIEM
A CHOROBA



23

POMOC
SPROFILOWANA
Magdalena Chomka-Saja

KONTROWERSJE
W SŁOICZKU

26



RZS POROZMAWIAMY

pacjent - lekarz rozmowa ma znaczenie



Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest chorobą przewlekłą, która nieleczona prowadzi do niepełnosprawności.

Tylko leczenie regularne i w pełnych dawkach, zgodnie z zaleceniami lekarza, może poprawić stan pacjenta, pozwalając mu w pełni cieszyć się życiem.

Kluczem do sukcesu terapeutycznego jest szczerą, otwartą relacją pomiędzy pacjentem a lekarzem.



więcej informacji na www.tacyjakja.pl

ORGANIZATOR KAMPANII



PATRONAT



KTO PYTA...

TEKST: *dr Jakub Urbański*

BIOLOG MOLEKULARNY, DZIENNIKARZ NAUKOWY, TŁUMACZ, PODRÓŻNIK

Kontynuujemy nasz cykl „Kto pyta...” i odpowiadamy na kolejne najczęstsze i najciekawsze pytania pojawiające się wśród pacjentów z RZS.

Co to jest młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów?

Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS) jest chorobą przewlekłą, objawiającą się zapaleniem stawów u osób młodych, poniżej 16. roku życia, często już u kilkuletnich. Podłoże choroby nie jest znane, występuje ona dosyć rzadko (dotyczy 0,1–0,2 proc. populacji) i najprawdopodobniej jest uwarunkowana genetycznie. MIZS może przyjmować wiele form, atakuje jeden lub kilka stawów, mogą towarzyszyć jej zróżnicowane objawy. Zapaleniu stawów często towarzyszą silny ból, gorączka, wysypki i zapalenia innych narządów. Najczęściej spotykaną formą MIZS jest zapalenie nielicznostawowe. Taka forma występuje u blisko połowy pacjentów – zapalenie atakuje kilka stawów (na ogół poniżej pięciu, dotyczy głównie dużych stawów, np. łokciowego lub kolanowego), niesymetrycznie. Dzieci dręczone bólem próbują ograniczyć go, utrzymując kończyny w pozycjach przygiętych, tzw. antalgicznych, czyli zmniejszających dolegliwości. Po kilku miesiącach pozycja taka prowadzi do trwałych deformacji wynikających ze skrócenia mięśni i ścięgien. W przypadku MIZS wielostawowego, obejmującego większą liczbę stawów, uznaje się, że choroba jest wczesną formą RZS – w takiej postaci MIZS objawia się u około 5 proc. pacjentów. Ze względu na liczne podobieństwa leczenie MIZS przypomina leczenie RZS. Stosowane są podobne leki i, jak w przypadku RZS, ważnym elementem terapii jest rehabilitacja.

Diagnostyka MIZS jest trudna, dzieci często nie przyznają się do bólu. Objawami mogącymi świadczyć o rozwoju choroby jest sztywność poranna, opuchnięcie stawów, niechęć do aktywności ruchowej i długotrwała gorączka.

<http://www.rheumatology.org/1-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Juvenile-Arthritis>

Co to jest sztywność poranna?

Sztywność poranna jest jedną z częstszych dolegliwości doskwierających pacjentom z chorobami stawów. To ból, często niezwykle trudny do zniesienia, i drętwienie stawów pojawiające się bądź bezpośrednio po przebudzeniu, bądź przy wstawaniu. Objawy na ogół ustępują po „rozruszaniu się”, około godziny po wstaniu z łóżka, ale u niektórych pacjentów potrafią utrzymywać się przez kilka godzin lub nawet cały dzień. Utrzymujące się dłużej objawy są typowe dla RZS, chociaż mogą mieć też inne podłoże, związane np. z osteoporozą. Dokładne przyczyny sztywności porannej nie są poznane. Uznaje się, że symptom ten rozwija się po kilkugodzinnym okresie bezczynności lub bezruchu, stąd pojawianie się objawów bezpośrednio po przebudzeniu. To efekt pewnego rodzaju reakcji łańcuchowej – zapalenie stawów powoduje ich obrzęk, który nasila się w okresie bezruchu, to ogranicza mobilność i usztywnia mięśnie wokół stawu, co z kolei zniechęca do ruchu. Warto pamiętać jednak, że to właśnie ruch jest najlepszym lekarstwem na sztywność. Lekarze sugerują rozruszanie bolących stawów przed wstaniem z łóżka poprzez delikatne naciąganie lub rozciąganie się powolnymi ruchami. Gimnastyka łagodząca objaw obejmuje zginanie palców, łokci i kolan oraz krążenie głową, nadgarstkiem i ramionami. Ulgę przynoszą także ciepłe okłady oraz ciepła kąpiel lub prysznic po wstaniu z łóżka.

<http://www.arthritis.org/>

Czy RZS może prowadzić do chorób płuc i nerek?

Postęp RZS obciąża wiele narządów, prowadząc do przewlekłych powikłań. Jednymi z najczęstszych mogą być schorzenia płuc oraz uszkodzenia nerek. Szacuje się, że te pierwsze występują u co dziesiątego pacjenta z RZS, te drugie są jeszcze częstsze. Uszkodzenia płuc są efektem przewlekłego stanu zapalnego. W ramach reakcji autoimmunologicznej organizm atakuje tkankę płucną, uszkadzając ją w nieodwracalny sposób, co prowadzi do problemów z funkcjami oddechowymi, a w skrajnych przypadkach do konieczności transplantacji płuc. Czynnikiem znacznie podnoszącym ryzyko chorób płuc u pacjentów z RZS jest palenie. Choroby płuc na tle RZS występują też zdecydowanie częściej u mężczyzn.

W przypadku nerek przyczyną uszkodzenia może być stan zapalny, choć często jest to efekt uboczny przyjmowania leków, takich jak kortykosteroidy, metotreksat czy niesteroidowe leki przeciwzapalne. Objawy nieprawidłowego funkcjonowania nerek to między innymi zmęczenie, swędzenie skóry, skurcze, opuchlizna wokół oczu i obrzęki stawów oraz problemy ze snem i koncentracją. Część objawów pokrywa się z symptomami samego RZS, dlatego niezwykle ważne jest ściśle przestrzeganie zaleceń lekarskich, monitorowanie funkcji nerek oraz ogólnego stanu zdrowia, w tym regularne testy poziomu cholesterolu oraz ciśnienia krwi.

W ramach profilaktyki należy pamiętać też o przyjmowaniu dużej ilości płynów i ograniczeniu spożycia soli oraz potraw zawierających duże ilości szczawianów.

<http://www.arthritis.org/about-arthritis/types/rheumatoid-arthritis/articles/lung-disease-rheumatoid-arthritis.php>

<http://www.arthritis.org/living-with-arthritis/comorbidities/kidney-disease/rheumatoid-arthritis-and-your-kidneys.php>

Na czym polegają RTG i USG stawów?

Jedną z metod diagnostyki reumatoidalnego zapalenia stawów są badania obrazowe.

Dzięki zastosowaniu technik, takich jak fotografia rentgenowska (RTG), ultrasonografia (USG) i rezonans magnetyczny (MR) w nieinwazyjny sposób można zaobserwować zmiany w tkance kostnej i tkankach miękkich typowe dla zapalenia stawów. Pozwala to określić stopień zaawansowania choroby. Badanie ultrasonograficzne polega na wykorzystaniu ultradźwięków do uzyskania obrazu tkanek w głębi ciała. USG umożliwia wykazanie zmian w maziówce, takich jak typowe dla RZS zgrubienia, obrzęki i przerost, a w przypadku badania dopplerowskiego również ocenić przepływ przez maziówkę (typowy dla RZS i stanu zapalnego jest wzmożony przepływ). Ze względu na rozdzielczość na poziomie 0,1 mm możliwe jest też uwidocznienie nadżerek stawowych w początkowym stadium, zanim będą widoczne na obrazie RTG. Podstawowym badaniem w diagnostyce RZS ze względu na funkcjonalność, ogólną dostępność i niewielki koszt pozostaje badanie rentgenowskie, które pozwala na zobrazowanie zmian w tkance kostnej. W przypadku RZS na obrazie rentgenowskim ujawniają się nadżerki stawowe, geody (ubytki w tkance kostnej), daje się także zaobserwować zwężenie szpary stawowej oraz stopień zwapnienia kości (RZS towarzyszy często tzw. osteoporoza przystawowa). Rezonans magnetyczny jest techniką uniwersalną, pozwalającą ocenić zarówno stan tkanek miękkich, jak i tkanki kostnej – ze względu na wysoki koszt i ograniczoną dostępność jest to badanie stosowane dosyć rzadko. Regularnie wykonywane badania obrazowe pozwalają monitorować rozwój choroby i skuteczność terapii – w zależności od stopnia zaawansowania choroby należy je wykonywać co 6–12 miesięcy.

<http://www.arthritis.org/>

TV dźwignią otyłości

Zdaniem amerykańskich badaczy, im więcej czasu młodzi ludzie spędzają przed telewizorem, bardziej pozytywnie postrzegają jedzenie typu fast food.

Programy telewizyjne i reklamy prezentujące konsumpcję tzw. śmieciowego jedzenia kierowane są głównie do nastolatków. Nigdy nie wspomina się w nich o negatywnych skutkach takiej diety, co wypacza opinię dzieci i młodzieży na temat tych produktów i prowadzi do rozwoju negatywnych wzorców zachowań. Wyniki badania



przeprowadzonego w gronie 1000 nastolatków, którzy przed telewizorem spędzali po kilka godzin dziennie, potwierdziły, że pod wpływem przekazu telewizyjnego zaczęli wierzyć, że jedzenie fast foodów jest korzystne – wbrew temu, co mówią rodzice. W związku z tym w grupie badanych młodzież chętnie po nie sięgała. Zdaniem naukowców potrzebne są programy przedstawiające konsumpcję fast foodów w prawdziwym świetle i pokazujące zagrożenia, jakie niosą one dla zdrowia.

Źródło: PAP Nauka w Polsce

<http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,407054,ogladanie-telewizji-zwieksza-zamilonowanie-nastolatkow-do-fast-foodow.html>

W sezonie grypowym uwaga na zabawki

Niektóre wirusy – w tym wirus grypy – mogą przetrwać na dziecięcych zabawkach przez wiele godzin i spowodować zakażenie – informuje „The Pediatric Infectious Disease Journal”.

Dotychczasowe badania wykazały obecność wirusów na zabawkach, którymi bawi się więcej niż jedno dziecko – w przedszkolach, gabinetach lekarskich i domach. Zwłaszcza zabawki, z których korzystają dzieci w placówkach medycznych, uważane są za nośnik wirusowych zakażeń. Nie było jednak jasne, jak długo przebywające na powierzchni przedmiotów wirusy otoczkowe pozostają



zdolne do spowodowania choroby. Z doświadczeń naukowców z Georgia State University wynika, że w temperaturze 22 st. C i przy wilgotności powietrza wynoszącej 60 proc. zdolne do zakażenia cząsteczki wirusa wykryto na powierzchni zabawek jeszcze po 24 godzinach (choć ich liczba spadła w tym czasie stokrotnie). Przy mniejszej, częściej spotykanej w pomieszczeniach, wilgotności (40 proc.) wirusy były w stanie przetrwać do 10 godzin, jednak w zdecydowanie mniejszej liczbie. Wyniki te wskazują, że wirusy otoczkowe – takie jak wirus grypy – mogą przetrwać na powierzchni zabawek na tyle długo, by spowodować zakażenie.

Źródło: PAP Nauka w Polsce

<http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,410300,wirus-grypy-lubi-zabawki.html>

Szałwia i rozmaryn na stan zapalny

Substancje będące naturalnymi składnikami ziół, takich jak rozmaryn i szalwia, obniżają stan zapalny i zmniejszają ból – potwierdzają naukowcy na łamach „British Journal of Pharmacology”.

Diterpenoidy, a dokładnie karnozol i kwas karnozolowy, hamują aktywność dwóch enzymów ogrywiających istotną rolę w powstawaniu stanu zapalnego, bólu i gorączki – odkryli naukowcy z Włoch oraz Niemiec podczas badania na myszach i ludzkich komórkach.



Związki te można znaleźć w popularnych ziołach, takich jak szalwia i rozmaryn. „Wykazaliśmy, że karnozol i kwas karnozolowy – bioaktywne składniki ziół wykorzystywanych w kuchni i tradycyjnej medycynie – oddziałują na dwa podstawowe enzymy zapalne” – komentuje dr Giuseppe Bifulco, współautor badania. Zdaniem naukowców diterpenoidy mogą w przyszłości zastąpić obecnie stosowane leki i pomóc w terapii chorób zapalnych i nowotworów.

Źródło: PAP Nauka w Polsce

<http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,410670,szalwia-i-rozmaryn-dzialaja-przeciwbolowo-i-przeciwzapalnie.html>

WZMOCNIJ SIĘ DIETĄ

TEKST: *dr n. med. Aneta Kościółek*

DIETETYK, BIOTECHNOLOG

Jesienią i zimą często doskwierają nam przeziębienie i grypa. Sprzyja im nie tylko aura za oknem, ale i nieodpowiednio zbilansowana dieta, uboga w składniki o działaniu immunomodulującym, takie jak witaminy, sole mineralne i kwasy tłuszczowe omega-3.

Zarówno niedobór, jak i nadmiar składników odżywczych może wpływać niekorzystnie na nasz układ immunologiczny, zmniejszając jego odporność na inwazję wirusów, bakterii i grzybów. Ważne związki o udowodnionym działaniu przeciwzapalnym i immunomodulującym to wielonienasycone kwasy tłuszczowe omega-3 oraz witamina D, o których czytaliśmy w poprzednich numerach magazynu „Aktywni”. W niniejszym tekście skupimy się na równie ważnych witaminach, mikroelementach i probiotykach.

Witamina A

Ta witamina warunkuje prawidłowe funkcjonowanie układu odpornościowego. Jej głównym źródłem są produkty pochodzenia zwierzęcego, takie jak: masło, jaja, twaróg tłusty, podroby, tłuste ryby (śledzie, sardynki, tuńczyk). Prowitamina A występuje w produktach pochodzenia roślinnego o barwie żółtej, pomarańczowej lub zielonej – w marchwi, pomidorach, szpinaku, kapuście, suszonych morelach, pomarańczach, natce pietruszki. Witamina A jest niezbędna do utrzymania ciągłości błon śluzowych

przewodu pokarmowego, oddechowego i moczowo-płciowego, dlatego chroni organizm przed inwazją drobnoustrojów. Już niewielki jej niedobór powoduje złuszczenie nabłonek, co sprzyja przyleganiu bakterii, ich kolonizacji i ułatwia rozwój zakażenia.

Witamina C

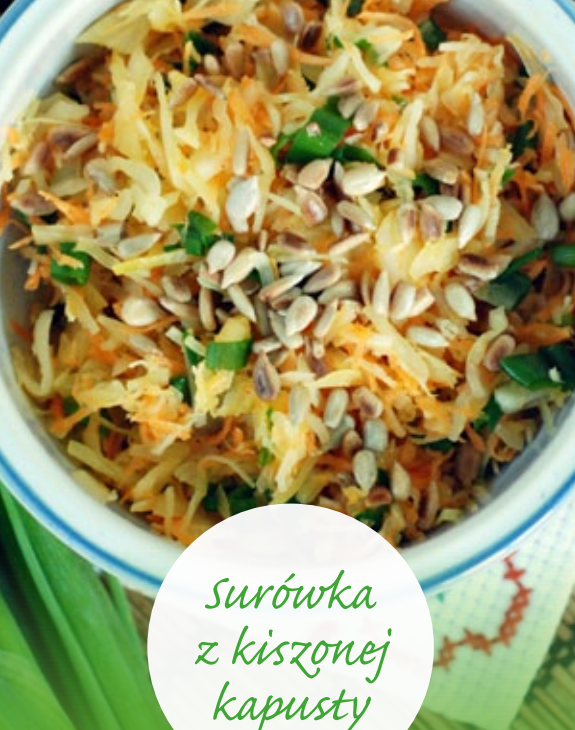
Warunkuje sprawne działanie układu immunologicznego. W największych ilościach występuje ona w świeżych owocach i warzywach: czarnej porzeczce, papryce czerwonej, natce pietruszki, chrzanie i owocach cytrusowych. Kwas askorbinowy warunkuje prawidłową pracę leukocytów, polegającą m.in. na zwalczaniu patogenów. Wykazuje zdolność neutralizowania wolnych rodników tlenowych powstających w czasie zapalnego, a także działa immunostymulująco⁽¹⁾. W ostatnim czasie panuje moda na spożywanie wysokich dawek witaminy C, nawet do 5 g. Jednak witamina C przyjmowana w zbyt dużych ilościach może mieć niekorzystny wpływ na zdrowie. Syntetyczna witamina C w dawce powyżej 1 g zwiększa ryzyko tworzenia kamieni nerkowych oraz biegunki u osób z zespołem jelita drażliwego⁽²⁾.

Witamina E

Ona również odgrywa istotną rolę w prawidłowym funkcjonowaniu układu odpornościowego. Występuje przede wszystkim w spożywanych na surowo olejach słonecznikowym i rzepakowym, oliwie, orzechach laskowych i włoskich, pestkach dyni i słonecznika. Jest najsilniejszym przeciwutleniaczem obecnym w organizmie człowieka. Chroni limfocyty przed stresem oksydacyjnym, dezaktywując wolne rodniki tlenowe. Ponadto witamina E poprawia odporność komórkową⁽³⁾.

Selen, żelazo i cynk

Selen to mikroelement warunkujący prawidłowe funkcjonowanie całego organizmu. Niestety, u większości osób występują znaczne jego niedobory. Dobrym źródłem selenu są orzechy brazylijskie, kukurydza i ryby, które niestety są u nas rzadko spożywane. Żelazo to pierwiastek uczestniczący w transporcie tlenu (składnik hemoglobiny). Głównym źródłem żelaza hemowego jest mięso i jego przetwory, a niehemowego – produkty zbożowe, rośliny strączkowe oraz ciemnozielone warzywa



Surówka z kiszonej kapusty

GOTUJE: *Agata Gregorowicz*

DIETETYK, AUTORKA BLOGA DIETETYCZNE FANABERIE

- x garść kiszonej kapusty
- x 1 mała marchew
- x kawałek selera
- x garść posiekanej cebulki dymki
- x 1 łyżka słonecznika
- x 1 łyżeczka oliwy
- x 1 łyżeczka miodu
- x świeżo zmielony pieprz

Kiszoną kapustę siekamy, marchew i seler ucieramy na małych oczkach tarki. Zieloną część cebulki dymki również siekamy, łączymy z pozostałymi warzywami. Miód, oliwę i pieprz mieszamy dokładnie, uzyskując jednolitą konsystencję, sos wlewamy do warzyw i jeszcze mieszamy. Nasiona słonecznika podprażamy minutę na suchej patelni, a następnie posypujemy nimi przygotowaną surówkę.

Wartość energetyczna całej porcji surówki (200 g): 135 kalorii

Białko: 4 g Tłuszcz: 7,5 g Węglowodany: 17 g

Wartość energetyczna 100 g surówki: 67 kalorii
Białko: 2 g Tłuszcz: 3,7 g Węglowodany: 8,5 g

Wymienniki węglowodanowe w całej porcji surówki – 1,5

Wymienniki białkowo-tłuszczowe w całej porcji surówki – 0,8

(jarmuż, szpinak). Głównym objawem niedoboru żelaza jest niedokrwistość, która wiąże się również z upośledzoną odpornością. Żelazo wpływa na aktywację i proliferację limfocytów, które uruchamiają kaskadę odpowiedzi immunologicznej. Cynk jest kofaktorem ponad 300 enzymów, wpływa na funkcjonowanie narządów i tkanek, w tym układu immunologicznego. Głównym źródłem cynku w pożywieniu są produkty zbożowe, mięso, wędliny oraz ryby. Niedobór cynku zmniejsza aktywność białych krwinek, upośledza fagocytozę (pożeranie patogenów przez makrofagi). W ostatnim czasie zwraca się uwagę na zastosowanie cynku w chorobach autoimmunologicznych, w tym RZS, bowiem wykazuje on działanie immunosupresyjne^(4, 5).

Probiotyki

W okresie grypowym warto wprowadzić do diety produkty zawierające bakterie kwasu mlekowego (probiotyki), takie jak jogurty i kefiry naturalne oraz kiszone warzywa (np.: kapusta, ogórki, pomidory, cebula). Bakterie probiotyczne (*Lactobacillus spp.*, *Bifidobacterium spp.*) wpływają stymulująco na układ odpornościowy między innymi poprzez pobudzanie właściwości fagocytarnych makrofagów oraz indukcję syntezy cytokin. Ponadto chronią przed kolonizacją jelit i nabłonków przez bakterie patogenne, zmniejszają ryzyko infekcji przez rotawirusy, a także regulują pracę jelit i poprawiają samopoczucie⁽⁶⁾.

Poprawa nastroju w zimie

W zimie warto zwrócić uwagę także na odpowiednie spożycie kwasu foliowego. Witamina ta występuje głównie w zielonych warzywach liściastych (natka pietruszki, jarmuż, koperek, sałata, kapusta, brokuły) spożywanych na surowo, bowiem

obróbka termiczna powoduje aż 75 proc. straty. Niedobór folianów powoduje zaburzenia neurologiczne, takie jak demencja, zaburzenia nastroju, psychozy. Niedobory kwasu foliowego często występują u osób z RZS przyjmujących sulfasalazynę i metotreksat, ponieważ leki te wpływają na metabolizm kwasu foliowego⁽⁷⁾. Odpowiednio zbilansowana dieta, bogata w naturalne witaminy oraz makro- i mikroelementy, wpływa korzystnie na układ immunologiczny, zwiększając odporność organizmu. Dowiedziono, że sposób odżywiania się może być jednym ze sposobów walki z wirusem grypy, bowiem selen i witamina E osłabiają jego patogenność. Jednocześnie warto zaznaczyć, że stymulowanie odporności organizmu poprzez pożywienie jest znacznie bardziej skuteczne niż przyjmowanie suplementów diety. W produktach spożywczych występuje bowiem wiele związków o działaniu bioaktywnym, np. polifenole, które również korzystnie wpływają na odporność organizmu, wykazując działanie przeciwdziałające oraz przeciwnowotworowe.

1. Bozonet S.M., Carr A.C., Pullar J.M., Vissers M.C., Enhanced human neutrophil vitamin C status, chemotaxis and oxidant generation following dietary supplementation with vitamin C-rich SunGold kiwifruit. *Nutrients*. 2015; 7(4):2574–88.
2. Duława J., Czynniki rozwoju kamicy nerkowej. *Forum Nefrologiczne*. 2009; 2 (3):184–188.
3. Lee Ch-YJ, Wan F., Vitamin E supplementation improves cell – mediated immunity and oxidative stress of Asian men and women. *J Nutr*. 2000; 130:2932–2937.
4. Rink L., Gabriel P., Zinc and immune system. *Proc Nutr Soc* 2000, 59, 541–552.
5. Mierzecki A., Strecker D., Radomska K., A pilot study on zinc levels in patients with rheumatoid arthritis. *Biol Trace Elem Res*. 2014; 143(2):854–62.
6. Nowak A., Śliżewska K., Libudzisz Z., Probiotyki – historia i mechanizmy działania. *Żywność Nauka Technologia Jakość*, 2010; 4 (71):5–19.
7. Jansen G., van der Heijden J., Oerlemans R., Lems W.F., Ifergan I., Scheper R.J., Assaraf Y.G., Dijkmans B.A., Sulfasalazine is a potent inhibitor of the reduced folate carrier: implications for combination therapies with methotrexate in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2004 Jul; 50(7):2130–9.

INTERAKCJE LEKOWE

TEKST: *Małgorzata Stasiak*

SPECJALISTA CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH, REUMATOLOG

ILUSTRACJE: *Zofia Zabrzaska*

Im wcześniej rozpozna się RZS i wdroży właściwe leczenie, tym większa szansa na wyhamowanie procesu zapalnego i destrukcji stawowej. Cel leczenia w postaci remisji choroby osiąga się poprzez indywidualnie dobraną terapię, uwzględniającą różne schematy przyjmowania leków z różnych grup stosowanych w tej chorobie.

Podstawą terapii RZS są leki modyfikujące przebieg choroby (w skrócie LMPCH), które należy zastosować od razu po postawieniu diagnozy. Wynika to z faktu, że proces niszczenia stawów postępuje najszybciej na początku choroby. Leki te nie eliminują wszystkich objawów, ale zatrzymują postęp choroby w zakresie uszkodzeń strukturalnych, które zagrażają nieodwracalnym zniszczeniem stawów i kości, a więc kalectwem. Do tej pory nie opracowano w pełni skutecznej terapii pozwalającej na wyliczenie, dlatego dążymy do stanu małej aktywności zapalnej choroby, idealnie remisji. Stąd wypływa zalecenie jak najszybszego wdrażania właściwego leczenia farmakologicznego oraz jego stosowania celem utrzymania stanu remisji.

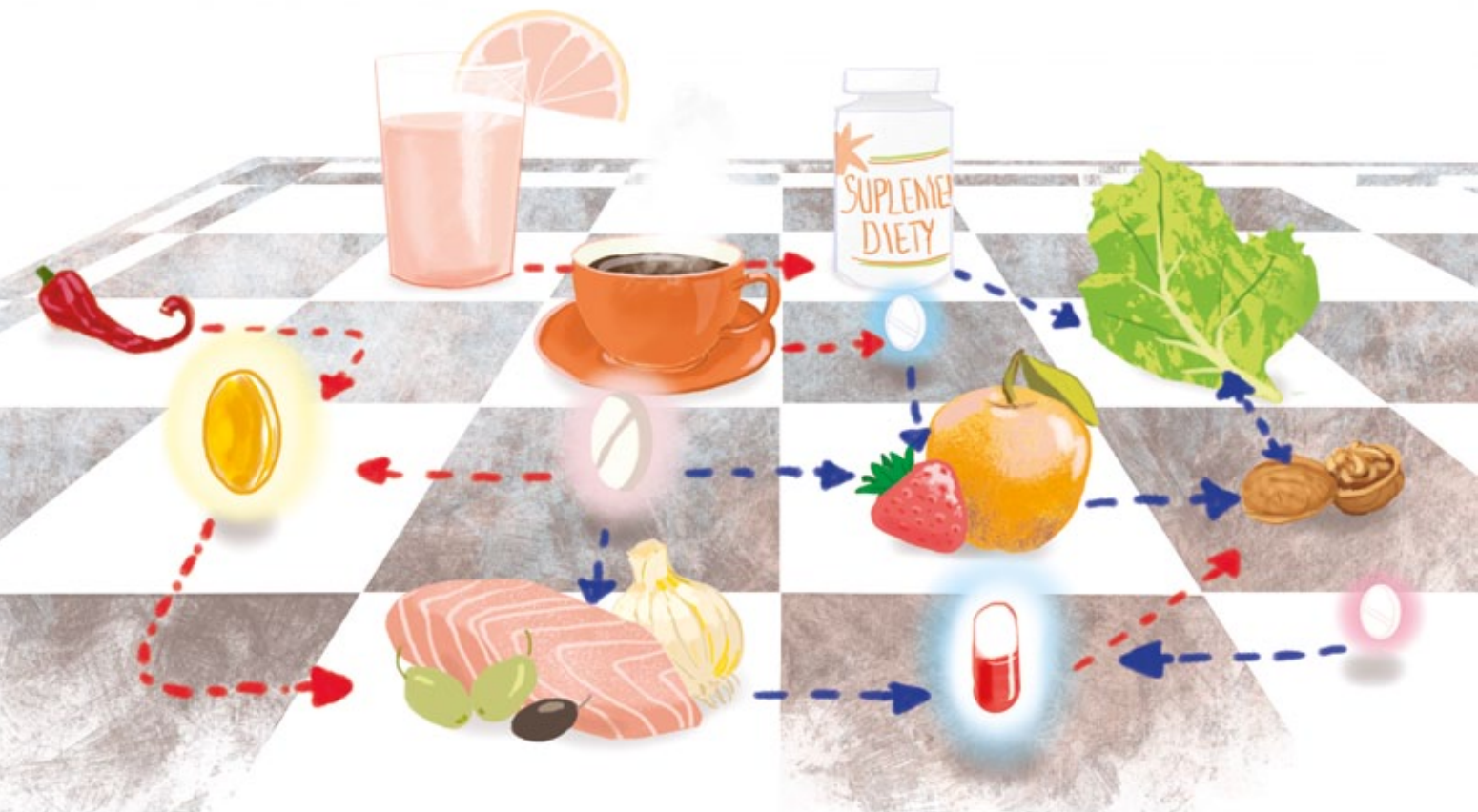
OBECNIE DOSTĘPNE SĄ CZTERY KLASY LEKÓW, Z KTÓRYCH KORZYSTAJĄ PACJENCI Z RZS:

- ❶ środki przeciwbólowe, niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ),
- ❷ glikokortykosteroidy,
- ❸ konwencjonalne leki modyfikujące przebieg choroby (kLMPCH, tj. metotreksat, sulfasalazyna, leflunomid),
- ❹ leki biologiczne (bLMPCH):
 - leki z grupy anty-TNF: etanercept, infliksymab, adalimumab, certolizumab, golimumab),
 - inhibitory IL-6: tocilizumab,
 - anty-CD 20: rytuksymab.

Najnowsze badania wykazały, że połączenia lekowe są bardziej skuteczne niż zastosowanie jednego leku modyfikującego przebieg choroby. To uzasadnia strategię łączenia leków, niestety naraża pacjenta na interakcje lekowe. Pamiętać również trzeba, że

poza lekami stosowanymi w terapii RZS, pacjenci przyjmują dodatkowo leki związane z chorobami współistniejącymi takimi jak osteoporoza, cukrzyca, dyslipidemia, nadciśnienie i otyłość, czy wreszcie leki związane z nagłym zachorowaniem. Zdarza się zatem, że pacjenci z RZS stosują przewlekłe nawet do siedmiu leków na dobę. Liczba ta rośnie z wiekiem. W takiej sytuacji nietrudno o wystąpienie niepożądanych interakcji lekowych. Interakcje to wzajemne oddziaływania dwóch lub większej ilości leków, czego efektem jest ich odmienne działanie na organizm. Oddziaływanie to może polegać na zmniejszeniu, a nawet zahamowaniu działania leku, wzroście jego toksyczności oraz wystąpieniu działań niepożądanych.

Z każdym kolejnym lekiem wprowadzonym to terapii RZS wzrasta prawdopodobieństwo niepożądanych reakcji farmakologicznych. Z tego ►



► względu pacjent powinien stosować się ściśle do zaleceń lekarza i zgłaszać mu wszystkie leki i suplementy, które przyjmuje.

W leczeniu chorych z RZS wykorzystuje się najczęściej efekt synergii, czy addycji między stosowanymi lekami (efekt pożądany), ale bywają także działania niepożądane będące wynikiem interakcji farmakologicznej. By zminimalizować ich ryzyko, leczenie powinno być dobierane przez lekarza indywidualnie z uwzględnieniem chorób współistniejących, alergii i pozostałych stosowanych leków. Leczenie zasadnicze przy użyciu leków z grupy kLMPPCH zaczyna się od minimalnych dawek leków, które stopniowo są zwiększane. Odbywa się to przy jednoczesnej kontroli tolerancji chorego oraz systematycznie wykonywanych badaniach tj. morfologii, oceny aktywności aminotransferaz oraz stężenia kreatyniny w surowicy. Dzięki tak ostrożnemu postępowaniu większość działań niepożądanych jest wykrywalna w fazie wczesnej i poprzez odpowiednie modyfikacje odwracalna.

Najważniejsze połączenia lekowe w terapii RZS i możliwe interakcje:

1

Leki z grupy kLMPPCH (metotrexat, sulfasalazyna, leflunomid) w skojarzeniu z glikokortykosteroidami

Metotrexat jest najczęściej stosowanym lekiem z grupy klasycznych leków modyfikujących przebieg choroby z uwagi na dobrą skuteczność oraz tolerancję. Wszystkie kLMPPCH, włącznie z metotrexatem, wykazują swój początek działania po około 2 miesiącach, stąd w sytuacji dużej aktywności zapalnej choroby dołącza się od początku leczenia glikokortykosteroidy (najlepiej na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy). Skojarzenie

LMPCH z glikokortykosteroidami jest stosunkowo bezpieczne, z uwagi na czasokres stosowania glikokortykosteroidów. Tym niemniej połączenie to może nasilać zaburzenia metaboliczne, tj. hiperlipidemię, cukrzycę – przez co powodować zwiększenie aktywności aminotransferaz oraz konieczność redukcji dawek leków. Może też nasilać objawy dyspeptyczne i pogarszać kontrolę ciśnienia tętniczego, szczególnie w przypadku skojarzenia z leflunomidem.

2

Lek z grupy LMPCH w skojarzeniu z lekami z grupy NLPZ (np. ibuprofenem, naproksenem, diklofenakiem, meloksikamem)

To najczęstsze połączenie lekowe u chorych z RZS. Jednoczesne podawanie może spowodować poważne powikłania, tj. powikłania hematologiczne (leukopenia, małopłytkowość, niedokrwistość), gastrologiczne (za-

palenie błony śluzowej przewodu pokarmowego z powstawaniem nadżerek czy owrzodzeń), uszkodzenie wątroby (hipertransaminazemia) czy funkcji nerek (niewydolność nerek), pogorszenie kontroli ciśnienia tętniczego, zaostrzenie objawów niewydolności serca. Mimo to uważa się, że jak najmniejsze dawki tych leków kontrolujące dolegliwości, stosowane jak najkrócej, są dość dobrze tolerowane. W miarę możliwości należy wykonywać najbezpieczniejszą, przeskórną drogę podania leku z grupy NLPZ, tj. maści, żele, spraye, plastry. W sytuacjach szczególnych zaleca się stosowanie leków z grupy inhibitorów pompy protonowej. by zmniejszyć ryzyko podrażnienia błony śluzowej przewodu pokarmowego (szczególnie jeżeli chory stosuje jednocześnie dawki kwasu acetylosalicylowego i/lub leki przeciwkrzepliwe, tj. acenokumarol czy warfaryna).

3

Leki kLMPCH między sobą. Najczęściej metotreksat w skojarzeniu z innymi lekami kLMPCH (sulfasalazyną, leflunomidem), a także arechiną

Badania potwierdzają skuteczność i bezpieczeństwo takiej terapii w sytuacji braku skuteczności jednego leku z grupy LMPCH. Najbardziej znanym połączeniem jest połączenie metotreksatu z/lub sulfasalazyną z/lub arechiną. Znacznie rzadziej wykorzystuje się połączenie metotreksatu z leflunomidem. Należy podkreślić, że przy co najmniej 2-lekowej terapii mniejsze ryzyko działań niepożądanych jest w przypadku zastosowania leków w dawkach mniejszych niż maksymalne. Ponadto każde z tych połączeń wymaga bezwarunkowo systematycznej kontroli badań podstawowych, tj. morfologii, aktywności aminotransferaz, stężenia kreatyniny (znacznie częściej niż przy innych terapiach skojarzonych).

4

Leki biologiczne z metotreksatem

Niektóre leki biologiczne, tj. infliksymab czy rytuksymab, muszą być skojarzone z metotreksatem, a w przypadku pozostałych leków biologicznych wykazano wyższą skuteczność terapii skojarzonej nad zastosowaniem leków biologicznych bez metotreksatu w leczeniu RZS. Dawka leku biologicznego jest stała, natomiast dawka kLMPCH zależy od konkretnej sytuacji klinicznej, choć najczęściej mniejsza od dawki maksymalnej. Terapia lekiem biologicznym w monoterapii, a tym bardziej w skojarzeniu z lekiem kLMPCH, wymaga ścisłego monitorowania pacjenta.

5

Leki przeciwbólowe (paracetamol, metamizol, opioidy) w terapii chorych z RZS

W leczeniu przeciwbólowym obowiązuje zastosowanie leków zgodnie z drabiną analgetyczną, która wykorzystuje addytywny efekt działania leków o różnych mechanizmach działania, w dawkach mniejszych niż maksymalne. Dzięki temu zwiększa się skuteczność leczenia, a zmniejsza ryzyko działań niepożądanych (np. skojarzenie paracetamolu z kodeiną lub tramadolem).

Poza powyższymi interakcjami farmakologicznymi, istnieje ryzyko interakcji lekowych między preparatami stosowanymi w leczeniu RZS a tymi stosowanymi z powodu chorób współistniejących. Ten stan komplikuje dodatkowo fakt przyjmowania przez chorych leków bez recepty, suplementów diety, posiadania złych nawyków żywieniowych oraz stosowania używek, szczególnie alkoholu. Tematyka jest bardzo obszerna i wymaga osobnego opracowania. Należy jednak wspomnieć o możliwych niebezpiecznych interakcjach

przy zastosowaniu popularnych leków tj. antybiotyków z grupy penicylin, sulfonamidów czy tetracyklin przy leczeniu metotreksatem, gdyż zwiększają stężenie leku, a przez to objawy toksyczności. Podobnie inhibitory pompy protonowej opóźniają wydalanie metotreksatu, przez co zwiększają jego toksyczność.

Aby zapobiec lub chociaż zminimalizować potencjalne ryzyko działań niepożądanych i interakcji lekowych, zaleca się ścisłą współpracę pacjenta z lekarzem. Zalecana jest też edukacja chorych w tym zakresie, czemu służą m.in. internetowe aplikacje, dzięki którym można sprawdzić, czy między konkretnymi lekami występują potencjalne interakcje farmakologiczne.

Źródła:

1. Bagatinii F., Blattl C.R., Maliskall G., Trespa-shIII G.V., PereiraI I.A., ZimmermannV A.F., StorbVI B.H., FariasVII M.R., Potential drug interactions in patients with rheumatoid arthritis. Rev. Bras. Reumatol. vol. 51 no. 1 São Paulo Jan./Feb. 2011.
2. Bushardt R.L., Massey E.B., Simpson T.W., Ariail J.C., Simpson K.N., Polypharmacy: misleading, but manageable. Clin Interv Aging 2008; 3(2):383-9.
3. Lee S.S., Park Y.W., Park J.J., Kang Y.M., Nam E.J., Kim SI et al. Combination treatment with leflunomide and methotrexate for patients with active rheumatoid arthritis. Scand J Rheumatol 2009; 38(1):11-14.
4. Donahue K.E., Jonas E., Hansen R.A., Roubey R., Jonas B., Lux L.J., Gartlehner G., Harden E., Wilkins T., Peravali V., Drug therapy for rheumatoid arthritis in adults: An update, et al. 2012 Apr.
5. <http://www.uptodate.com/contents/rheumatoid-arthritis-treatment-beyond-the-basics>

REMISJA MIĘDZY ZDROWIEM A CHOROBA

TEKST: *dr n. med. Robert Rupiński*
REUMATOLOG

Przy obecnych możliwościach leczenia RZS za cel terapii przyjmuje się osiągnięcie i utrzymanie stanu remisji. Warto zatem zastanowić się, czym jest remisja w przebiegu RZS? Jak należy ją definiować oraz w jaki sposób trzeba do niej dążyć? Na te podstawowe pytania musi znaleźć odpowiedź reumatolog w przypadku każdego pacjenta.

Remisją określa się stan, w którym nie stwierdza się objawów (aktywności) choroby przewlekłej, która przy obecnym stanie wiedzy nie może zostać w sposób trwały wyleczona⁽¹⁾. Należy zwrócić uwagę, że chociaż w przytoczonej definicji mowa jest o „stanie”, to właściwie chodzi nam o okres czasu wolny od klinicznych objawów choroby. Ponadto trzeba podkreślić, że o remisji mówimy w przypadku chorób przewlekłych przebiegających nawrotowo (także w hematologii, onkologii, psychiatrii czy dermatologii), dla których nie można zdefiniować „całkowitego wyleczenia”. Jest to niestety związane z naszą niedostateczną wiedzą na temat przyczyn i mechanizmów rozwoju tych chorób.

RE Misja

Używając terminu „remisja” w kontekście RZS mamy zazwyczaj na myśli remisję kliniczną, tj. dotyczącą objawów zapalenia stawów (ból, obrzęk, sztywność poranna). Trzeba jednak pamiętać, że możemy również mówić o remisji radiologicznej (brak aktywności i postępu choroby w badaniach obrazowych – radiologicznych oraz ultrasonograficznych) czy immunologicznej (całkowite wyciszenie mechanizmów zapalnych na poziomie molekularnym).

Pierwszą definicję remisji klinicznej podało już w 1981 r. Amerykańskie Towarzystwo Reumatologiczne⁽²⁾. Opierała się ona na stwierdzeniu pięciu z sześciu poniższych kryteriów w ciągu przynajmniej 2 miesięcy obserwacji:

- 1 Sztywność poranna poniżej 15 minut;
- 2 Brak uczucia uogólnionego zmęczenia;
- 3 Liczba stawów bolesnych – 0 (LSB);
- 4 Bez bólów stawów podczas wykonywania ruchów;
- 5 Liczba stawów obrzękniętych – 0 (LSO);
- 6 Prawidłowe wartości OB (poniżej 30 mm/godzinę dla kobiet i poniżej 20 mm/godzinę dla mężczyzn);

Tak określone kryteria remisji okazały się jednak zbyt restrykcyjne w codziennej praktyce reumatologicznej, gdyż tylko bardzo niewielki odsetek pacjentów był w stanie je spełnić.

Obecnie przyjmuje się powszechnie, że remisja w przebiegu RZS jest to stan, w którym dochodzi do jednoczesnego spełnienia czterech warunków⁽³⁾:

- 1 Liczba stawów bolesnych (LSB) nie przekracza jednego (stawy kończyn górnych i dolnych);
- 2 Liczba stawów obrzękniętych (LSO) nie przekracza jednego (stawy kończyn górnych i dolnych);
- 3 Stężenie CRP (białko C-reaktywne) w surowicy nie przekracza 1 mg/dl (górna granica normy);
- 4 Ocena choroby przez pacjenta nie przekracza jednego w skali od 0 do 10 (VAS – ang. Visual Analogue Scale).



Praktyka

Określony powyżej stan remisji jest aktualnie głównym celem leczenia RZS. W praktyce dążymy zatem do zupełnego braku objawów zapalenia stawów przy jednoczesnych prawidłowych wynikach badań laboratoryjnych i bardzo dobrej subiektywnej ocenie terapii przez pacjenta. Trzeba również spojrzeć na zagadnienie remisji od strony samego pacjenta. Dla chorego na RZS obecność więcej niż jednego stawu z aktywnym stanem zapalnym, niezależnie od wyników badań laboratoryjnych, powinna być sygnałem do odbycia konsultacji reumatologicznej oraz potencjalnej modyfikacji leczenia. Praktyka życia codziennego pokazuje jednak, że osiągnięcie całkowitej remisji może w wielu wypadkach być trudne bądź wręcz niemożliwe (bardzo aktywna postać choroby, nietolerancja wyższych dawek leków, okresowe zaostrzenia, opóź-

nione rozpoznanie bądź podjęcie terapii). Przyjęto zatem, że stan pomiędzy remisją a umiarkowaną aktywnością zapalenia stawów w przebiegu RZS określa się mianem „niskiej aktywności choroby” (ang. low disease activity – LDA). Uważa się obecnie, że LDA może być alternatywnym celem terapeutycznym w RZS, w przypadku braku możliwości osiągnięcia stanu remisji.

Podejście matematyczne

Konieczność kwalifikacji chorych na RZS do odpowiedniego rodzaju terapii, przede wszystkim leczenia biologicznego oraz monitorowania leczenia, spowodowała konieczność wprowadzenia matematycznych wzorów określających aktywność zapalenia stawów. Najbardziej rozpowszechnionym narzędziem pomiaru aktywności RZS jest DAS28 (DAS – ang. Disease Activity Score)⁽⁴⁾. ►

- ▶ Wskaźnik ten służy m.in. do kwalifikacji do leczenia biologicznego w ramach programów lekowych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Składowe DAS28 stanowią wspomniane już – liczba stawów bolesnych (LSB) i obrzękniętych (LSO), wartość OB lub CRP, ogólna ocena choroby przez pacjenta (VAS). Obliczając liczbę stawów bolesnych i obrzękniętych bierzemy pod uwagę tylko 28 stawów, tj. stawy barkowe (2), łokciowe (2), nadgarstkowe (2), śródrečno-paliczkowe (10), międzypaliczkowe bliższe (10) oraz kolanowe (2). W przypadku DAS28 o remisji mówimy, gdy jego wartość jest niższa od 2,6. Niska aktywność choroby (LDA) to stan, dla którego wyliczony DAS28 mieści się w zakresie od 2,6 do poniżej 3,2.

Remisja za wszelką cenę

Terapia RZS opiera się na dążeniu do uzyskania i utrzymania remisji bądź niskiej aktywności choroby. Stan ten należy osiągnąć w ciągu 6 miesięcy od początku leczenia, a istotna klinicznie poprawa powinna być już widoczna po 3 miesiącach. Sukces terapeutyczny może być zatem osiągnięty dzięki systematycznemu monitorowaniu aktywności zapalenia stawów oraz odpowiedniej modyfikacji leczenia (strategia T2T – ang. „treat to target”).

Co oznacza dążenie do remisji z punktu widzenia pacjenta? Brak objawów zapalenia stawów daje możliwość normalnego życia bez ograniczeń nakładanych przez chorobę. Chodzi przede wszystkim o podstawowe czynności życia codziennego, zobowiązania społeczne i zawodowe. Remisja ma jednak jeszcze przynajmniej dwa bardzo istotne aspekty.

Wykazano, że utrzymanie chorego w stanie wolnym od objawów choroby, z towarzyszącymi prawidłowymi wynikami badań laboratoryjnych (OB, CRP) w istotny sposób spowalnia bądź wręcz zatrzymuje postęp nieodwracalnych zmian radiologicznych w zajętych stawach. W ten sposób możemy zatem hamować typową dla RZS destrukcję stawów.

W ostatnich latach coraz większą wagę przywiązuje się do czasu, jaki upłynie pomiędzy początkiem choroby a osiągnięciem stanu remisji. Wydaje się, że optymalnym okresem na włączenie leczenia jest pierwszych 16 tygodni od wystąpienia objawów RZS (tzw. okno terapeutyczne – ang. „window of opportunity”). Szybkie rozpoczęcie leczenia może skrócić czas do osiągnięcia całkowitej remisji oraz spowodować, że jej utrzymanie będzie możliwe nawet bez konieczności kontynuacji leczenia farmakologicznego. W konsekwencji możemy zaryzykować twierdzenie, że szybciej osiągnięta remisja oznacza łagodniejszy dalszy przebieg choroby.

Czynniki prognostyczne

Przyjmuje się, że przebieg RZS jest indywidualnie zróżnicowany – może być łagodny i samoograniczający się oraz ciężki, przebiegający z zajęciem wielu stawów. Zasadniczy problem polega na próbie rozróżnienia już na początku choroby, do której z grup można zaliczyć chorego. Obserwacje kliniczne prowadzone w ostatnich latach, przede wszystkim związane z terapią lekami biologicznymi, przyniosły wiedzę na temat czynników prognostycznych osiągnięcia remisji w RZS⁽⁵⁾. Późniejszy wiek w chwili zachorowania, dłuższy czas trwania choroby oraz większe zaawansowanie zmian radiologicznych w stawach wiązały się z mniejszym prawdopodobieństwem uzyskania remisji. Podobne zależności wykazano dla wyższej aktywności zapalenia stawów oraz wyższego poziomu niepełnosprawności – obie oznaczają istotnie większą trudność w uzyskaniu remisji RZS. Szczególną uwagę zwrócić należy na palenie tytoniu, które stanowi istotny i niezależny czynnik ryzyka ciężkości choroby oraz oporności na stosowane leczenie. Należy zatem zawsze zachęcać pacjentów do rezygnacji z palenia tytoniu, w tym także przy użyciu „argumentu reumatologicznego”.

Remisja stanowi główny cel leczenia RZS.

Dla pacjenta powinna ona oznaczać brak objawów zapalenia stawów oraz możliwość powrotu do normalnego życia, w tym także pracy zawodowej. Pozostawanie w remisji jest również szansą na brak postępu zmian radiologicznych. Z „matematycznego” punktu widzenia o remisji mówimy, gdy DAS28 pozostaje mniejszy od 2,6 a SDAI nie przekracza 3,3. Klinicznie remisja stanowi stan, w którym zajęty przez zapalenie jest nie więcej niż jeden staw. Ta praktyczna definicja oznacza dla pacjenta również to, że przy większej liczbie zajętych stawów wskazana jest konsultacja reumatologiczna i prawdopodobnie modyfikacja leczenia farmakologicznego. W ostatnich latach podkreśla się nie tylko konieczność uzyskania remisji choroby, ale wskazuje się, że należy to zrobić jak najszybciej – optymalnie w ciągu pierwszych 6 miesięcy od wystąpienia objawów.

Stan pomiędzy remisją a umiarkowaną aktywnością zapalenia stawów w przebiegu RZS określa się mianem „niskiej aktywności choroby” (ang. low disease activity – LDA)

1. <https://en.wikipedia.org/wiki/Cure#Remission>
2. Pinals R.S., Masi A.T., Larsen R.A. Preliminary criteria for clinical remission in rheumatoid arthritis. *Arthritis heum* 1981; 24:1308-1315.
3. Felson D.T., Smolen J.S., Wells G., et al. American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism provisional definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 404-413.
4. <http://www.das-score.nl/das28/en/>
5. Wiland P., Madej M. Remisja w reumatoidalnym zapaleniu stawów. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2010.

AKTYWNOŚĆ W CIĄŻY

TEKST: *Izabela Dembińska*

POŁOŻNA

ILUSTRACJE: *Agata Stanecka*

Naturalne jest to, że przygotowując się do macierzyństwa, szukasz odpowiedzi na wiele pytań dotyczących związków RZS i terapii z ciążą. Wśród tych wątpliwości pojawiają się też pytania o poród naturalny oraz przygotowującą do niego aktywność fizyczną w czasie ciąży.

Leczenie RZS wymaga zintegrowanej opieki nad osobą chorą. Ważna jest współpraca reumatologa, ortopedy i fizjoterapeuty. W przypadku kobiet planujących czy będących w ciąży do tego trio powinien dołączyć ginekolog położnik, a jeśli planowany jest poród siłami natury, także odpowiednio wykwalifikowana położna. Warto mieć na uwadze, że fizjoterapia, czyli leczenie ruchem, jest nieodłączną składową terapii pacjentów z RZS. Jej celem jest dbałość o zachowanie naturalnej ruchomości stawów, zapobieganie deformacjom, korekcja powstałych zmian oraz kontrola masy ciała. Ciąża nie powinna być od tego wyjątkiem.

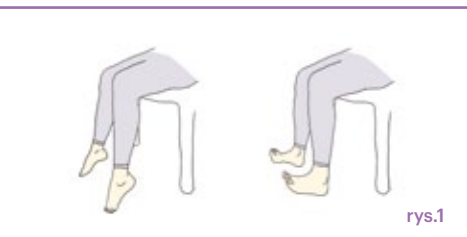
Naturalny? Naturalnie!

RZS nie jest przeciwwskazaniem do porodu naturalnego. Wyjątkiem od tej reguły jest rzadko występująca sytuacja, kiedy dochodzi do ostrego stanu zapalnego, obejmującego stawy biodrowe. Prowadzi on do ograniczenia ruchomości w tej partii ciała, która jednocześnie odgrywa fundamentalną rolę podczas porodu. Tak naprawdę nawet taki przypadek nie wyklucza porodu siłami natury, choć wymaga dobrze przygotowanej położnej, która do-

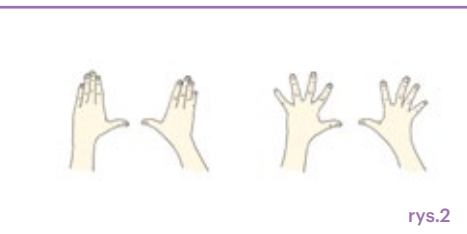
bierze taką pozycję w drugiej fazie porodu, aby zadbać o bezpieczne ustawienie w panewkach stawu biodrowego. Liczne obserwacje pokazują, że u większości pacjentek z RZS będących w ciąży choroba ulega wyciszeniu już w I trymestrze. Co więcej, w kolejnych ciążach występuje ten sam efekt zmniejszenia się czynnika zapalnego RZS. Niestety, w okresie połogu, ok. trzech miesięcy po porodzie, zwykle następuje znaczące nasilenie choroby. Warto mieć to na uwadze, bo wiele kobiet planuje aktywność fizyczną zaraz po porodzie, by szybko wrócić do formy sprzed ciąży. Choroba stawów niestety może te plany pokrzyżować. Co najważniejsze, RZS nie wpływa na przedwczesne wystąpienie porodu, rozwój wewnątrzmaciczny dziecka, a także jego stan po porodzie.

Aktywność fizyczna w ciąży

W zdecydowanej większości przypadków przebieg ciąży u kobiet z RZS jest prawidłowy, a aktywność fizyczna jak najbardziej wskazana. Jeśli jednak z jakiegoś powodu choroba stawów nie uległa wyciszeniu, a wręcz jest w stanie zaostrzenia, wówczas jest to przeciwwskazaniem do jakiegokolwiek wysiłku fizycznego. Ćwiczenia ►



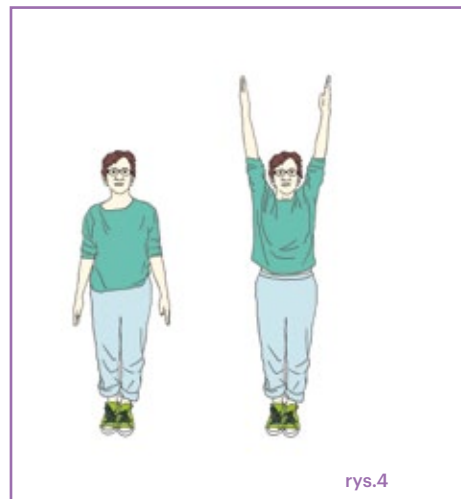
rys.1



rys.2



rys.3



rys.4

- ▶ można podjąć od początku ciąży pod warunkiem ich regularnego praktykowania przed ciążą. Jeżeli to ciąża staje się motywatorem do podjęcia aktywności fizycznej, to daną aktywność należy rozpocząć dopiero po skończonym I trymestrze ciąży.

Ciało w ruch

Podczas ćwiczeń nie wolno dopuszczać do przegrzewania organizmu i zadyszki, gdyż wpływa to niekorzystnie na stan dziecka. Wyznacznikiem intensywności ćwiczeń w ciąży jest możliwość utrzymywania spokojnej rozmowy z osobą towarzyszącą, czyli jedynie lekko przyspieszony oddech.

- Należy być uważnym w pozycjach długostojących, leżeniu na plecach i prawym boku ze względu na występowanie zespołu żyły głównej dolnej (jeżeli pojawia się uczucie duszności, zawroty głowy lub wrażenie, że dziecko „szarpie się w brzuchu”, należy natychmiast zmienić pozycję i ułożyć się na lewym boku).
- Należy unikać podskoków, ryzyka zbyt długiego wstrzymywania oddechu, nagłych, gwałtownych zmian pozycji np. podczas intensywnych obrotów.
- W trakcie ćwiczeń warto popijać wodę i mieć w pobliżu lekką przekąskę.
- Należy zapewnić sobie antypoślizgowe stabilizujące obuwie i ubiór niekrępujący ruchów.
- Wskazane jest wykonywanie ćwiczeń o niskiej intensywności trzy razy w tygodniu lub nawet codziennie; optymalny czas na aktywność to 30–60 minut.
- Jeżeli samopoczucie, przebieg ciąży na to pozwala, to aktywną można być nawet do terminu porodu.

Na co przede wszystkim należy zwracać uwagę podczas dziewięciu miesięcy aktywności fizycznej pacjentki z RZS?

- Zestaw ćwiczeń powinien zawierać ćwiczenia obejmujące pracę ręki, wzmacnianie stawów barkowych,

obróczy szyjnej oraz naukę prawidłowej postawy – ustawienie odcinka szyjnego i lędźwiowego, w odniesieniu do których ciąża powoduje zmniejszenie lordozy szyjnej i kifozy piersiowej oraz zwiększenie lordozy lędźwiowej.

- Ćwiczenia mięśni zginaczy i prostowników ramienia oraz przedramienia.
- Trening powinien zawierać ćwiczenia w odciążeniu z naciskiem na odciążanie powierzchni stawowych, ćwiczenia izometryczne, ogólnowzmacniające i rozluźniające, oddechowe oraz ćwiczenia w wodzie.
- Unikanie wczesnoporannych treningów ze względu na poranną sztywność mięśni i stawów.

Ze względu na swoiste zmiany podczas RZS przed rozpoczęciem jakiegokolwiek aktywności fizycznej wskazana jest konsultacja z reumatologiem, ortopedą i fizjoterapeutą oraz ginekologiem prowadzącym ciążę.

mgr Sabina Andrzejewska

FIZJOTERAPEUTKA, GABINET MEDISA

– *Każdy specjalista zaangażowany w opiekę nad ciężarną z chorobą reumatyczną musi być świadomy tego, na jakim etapie jest choroba, oraz jej potencjalnego wpływu na matkę i dziecko. Ze względu na dotychczasowy przebieg oraz aktualny stan choroby wdrożenie fizjoterapii ma zawsze charakter indywidualny i wielokierunkowy. Stosowane metody mają na celu stabilizację w funkcjonowaniu wielu układów: krążeniowego, oddechowego, kostno-stawowego, więzadłowo-mięśniowego – w trakcie ciąży, ale przede wszystkim po porodzie.*

CYFROWA STRONA KSIĄŻKI

TEKST: *Marcin Pacho*

Korzystanie z e-booków to bez wątpienia wygoda, zwłaszcza jeśli czytamy dużo, sięgamy po tomy obszerne i ciężkie. Dzięki nim zabranie w podróż nawet całej naszej biblioteczki nie jest problemem, bo przecież wszystko zmieści się w pamięci... komputera? Czytnika? A może telefonu? No właśnie, z jakiego urządzenia korzystać i jak, by swoboda czytania na ekranie, zwłaszcza w długie jesienne wieczory, nie odbiła się na naszym wzroku i kieszeni?



Jeśli nie czytnik, to co?

Jeśli zależy nam na oszczędności gotówki, warto wypróbować własny smartfon. Komfort takiego czytania zależy od kilku zasad. Po pierwsze, smartfon w roli czytnika musi mieć ekran o przekątnej powyżej 5 cali. Po drugie, trzeba zadbać o ściągnięcie odpowiedniej aplikacji, która będzie otwierać jak najwięcej formatów e-booków, pozwoli na łatwe i szybkie gromadzenie zbiorów, a także będzie pomagała w lekturze poprzez dostosowywanie różnych przycisków telefonu do ułatwienia czytania np. przewracania stron przyciskami głośności lub aparatu. Po trzecie, nie zapominaj o ergonomii codziennej lektury – w czasie czytania zmniejszaj jasność ekranu najlepiej do minimum, rób przerwy w czytaniu, nie czytaj przed snem i w ciemnym pomieszczeniu.

Dlaczego czytnik?

O ile dostosowanie smartfona do funkcji czytnika jest dobrym sposobem na lekturę, o tyle zakup czytnika zawsze będzie rozwiązaniem lepszym, ale też znacznie droższym. Czytnika nie otrzymamy w promocji przy zakupie kolejnego abonamentu telefonicznego, a na jego zakup musimy przeznaczyć od ok. 180 do nawet 1200 zł. Biorąc pod uwagę zaawansowanie technologiczne dostępnych dziś modeli – warto jednak rozważyć ten wydatek. Dlaczego? Po pierwsze, standardowa wielkość ekranu dzisiejszych czytników to 6 cali, co wprost przekłada się na jakość czytania, po drugiej najważniejszej – dziś liczą się tylko czytniki z tzw. e-papierem, dzięki któremu ekran nie odbija światła i wygląda jak strona papierowej książki. Co więcej, coraz częściej do wszelkich funkcji czytnika (takich jak powiększanie tekstu, odsyłanie do słownika), które w 100 proc. służą przyjemności i wygodzie czytania, mamy dostęp z poziomu dotykowego ekranu, zawsze pod ręką, a właściwie palcem.

Zalety e-papieru

1. Ekran z e-papieru nie świeci, nie męczy tym samym wzroku tak jak ekran LCD. E-papier wymaga zatem oświetlenia zewnętrznego, jednak coraz częściej już same czytniki są wyposażone w specjalne lampki.
2. Tekst na e-papierze jest czytelny pod każdym kątem.
3. E-papier, podobnie jak tradycyjna strona książki, nie błyszczy i nie odbija światła.
4. Biorąc pod uwagę podobieństwo e-papieru do tradycyjnych stron, czytnik pozwala oszczędzić energię, która zużywana jest nie do podświetlania ekranu, ale głównie do przełączania stron.

JA, CHORA? NIEMOŻLIWE!

WYSLUCHAŁA: *Aleksandra Zalewska-Stankiewicz*

*Kobieta – petarda – można stwierdzić na pierwszy rzut oka. 41-letnia **Małgorzata Brachmańska** z Rybnika wygląda na konkretną i silną. Silna jest, zwłaszcza odkąd musi zmagać się z chorobą. Lecz wewnątrz, pod twardym pancerzem, kryje się wrażliwa dusza, którą wzrusza dziecięcy uśmiech i cierpienie zwierząt.*

5.00 rano – pobudka. Śniadanie najważniejsze, potem Gośka bierze szybki prysznic i, jak to mówi: „trzeba zrobić się na człowieka”. Makijaż, fryzura, wysokie szpilki i biegiem do samochodu. Do pracy ma ponad 30 kilometrów. Dziś stawy wyjątkowo dokuczają. Kilka minut przed godz. 7 stawia się w sądzie w Gliwicach. Pracuje tu od 11 lat.

Obecnie w wydziale penitencjarnym, gdzie poznaje historie skazanych, którzy starają się o przerwy w odbyciu kary, warunkowe zwolnienie czy odbywanie kary w systemie dozoru elektronicznego. Wśród nich jest wielu takich, którym drobne przewinienie odebrało wolność. Ale są i osoby odbywające karę za poważniejsze przestępstwa.

– Każdego trzeba traktować jak człowieka, bo tak naprawdę nigdy nie wiemy, co nas w życiu spotka. Ono potrafi pisać różne scenariusze. Wiadomo, że są i tacy skazani, którzy według niej nie zasługują na wolność. Gośka odwiedza zakłady karne, wie, jak wygląda życie za kratami. Dziś stara się mieć dystans do pracy, ale na początku przeżywała niemal każdą historię. To przecież nie tylko tragedia samego skazanego, ale też i jego rodziny. Chrzest bojowy przeszła w wydziale karnym. Przestępstwa wielkiej wagi były tam codziennością. Nieraz płynęły jej łzy, gdy protokołowała na

rozprawach. Pewnie, że można przywyknąć, ale za każdą sprawą kryło się cierpienie i tragedia zwykłych ludzi.

Gośka, rodzina i zwierzaki

Swojego psa labradora o imieniu Tola wzięła ze schroniska siedem lat temu. Dzieci prosiły, nie potrafiła odmówić. Dowiedziała się, że najlepszy czas na adopcję zwierzaka to wakacje, bo wtedy wiele osób porzuca psy i koty. – Jak tak można? Bierzesz za kogoś odpowiedzialność i porzucasz? – denerwuje się Małgorzata. – Tola jest przekochanym i wdzięcznym psem. W zeszłym roku do narzeczonego córki przyplątał się kotek. I co miałam zrobić? Wyrzucić to maleństwo za drzwi, na pewną śmierć? Przygarnęli do siebie. Gosia nigdy nie chciała mieć kota. Wierzyła w stereotypy, że koty są fałszywe i złośliwe, wszystko niszczą. Ale skoro już się pojawił, zaczęła interesować się ich sposobem bycia. Przekonała się, że koty to cudowne stworzenia. Dziś w jej domu są już dwa. Koty najlepiej funkcjonują w parach, więc przygarnęła Borysowi przyjaciela. – Jeden kot to mnóstwo radości i śmiechu każdego dnia, a dwa koty to już megaradość i mnóstwo przytulania – mówi Małgorzata.

Kiedyś była wolontariuszką w rybnickiej fundacji „Jestem głosem tych, co nie mówią”. Ktoś przecież musi zadbać



o tych najstarszych. Brakowało jej czasu, więc zrezygnowała. Stara się jednak wspomagać fundacją w miarę swoich możliwości. Czasem przeleje przysłowiowy grosik na jej konto.

Rodzina miała dylemat, jak to będzie z tymi kotami, gdy jej córka zaszła w ciążę. Koty, pies i małe dziecko? Dla Gosi to żaden problem. Wszystko można pogodzić, jeśli się tylko tego chce. Właśnie, Gośka jako mama. W tej roli spełnia się od 19 lat. Tyle ma córka Monika. Syn Marcin jest młodszy o trzy lata.

– Ja miałam w domu rygor. Mama była bardzo wymagająca. Sama z kolei jestem mamą łagodną, tolerancyjną – mówi. Dzieci zwierają się jej ze wszystkiego. Nawet, jeśli są to sprawy delikatne i trudne. Często leżą wszyscy razem w sypialni i rozmawiają, żartują. Bo rodzina musi się wspierać. Dlatego, gdy Monika zaszła w ciążę w wieku 18 lat, przyszła z tym do mamy. Teraz Gośka czeka na wnuka. – Nie powiem, że nie byłam zaskoczona. Nieczęsto w dzisiejszych czasach zostaje się babcią w wieku 41 lat. Ale teraz jestem szczęśliwa i z niecierpliwością oczekuję na malenistwo – mówi.

Mieszkają wszyscy razem na 140 metrach kw. Gośka lubi mieć wszystkich obok siebie.

Bliscy wspierają ją w walce z chorobą. A ta pojawiła się ponad dwa lata temu. Na początku niepokoił ból palca wska-

zującego, który nagle spuchł. To pewnie od pisania na komputerze, myślała Gosia. Wiosną zawsze zapisywała się na fitness. W marcu wykupiła karnet, zaczęła chodzić na zajęcia. Ale wszystko ją bolało. – To niemożliwe, abyś przez kilka tygodni miała zakwasy – mówił kolega z pracy. Dokuczają jej barki, plecy. Kolana odmawiały posłuszeństwa. Trudno było jej się podnieść z pozycji siedzącej. Mąż pomagał zapinać jej biustonosz i zakładać rajstopy. W nocy nie potrafiła nakryć się kołdrą. Zwykle, codzienne czynności stawały się nie lada problemem. Rano nie mogła wstać z łóżka. Nastawiała budzik pół godziny wcześniej niż zwykle, aby się pozbierać i nie pozwolić zwyciężyć dokuczającemu bólowi.

Na tropie diagnozy

W Google wpisała hasło: „ból rąk”. Klikła w każdą stronę i szukała jakiegokolwiek informacji na temat tego, co działo się z jej ciałem. Dzięki „doktorowi Google” powoli wszystko zaczęło układać się w całość. Znalazła informacje o RZS. Więc zaczęła zgłębiać wiedzę na temat tej choroby. To niemożliwe! Skąd ja bym to miała? – nie dowierzała. Internet wskazywał na związek RZS z łuszczycą. A Małgorzata jako mała dziewczynka chorowała na łuszczycę, chociaż po chorobie pozostały jedynie zmiany na łokciu. Zaczęła ►

- ▶ brać na własną rękę leki przeciwbólowe. Pomogły, ale na krótko. Nie mogła swobodnie trzymać kierownicy, otworzyć drzwi, butelki z wodą, czy nalać jej sobie do szklanki. Każda prosta czynność sprawiała jej ból. Coraz częściej była zależna od innych. Także psychicznie był to dla Gosi bardzo trudny czas, ponieważ właśnie wtedy jej koleżanka zmagająca się z nowotworem. To ona przekonała Goską, aby poszła do lekarza: „bo nie wiadomo, co w niej siedzi”. W końcu trafiła do internisty. Ten nie od razu postawił właściwą diagnozę. Na początku podejrzewał boreliozę. Gosia jednak upierała się, że to może być RZS. Skierował ją na badania i wtedy diagnoza się potwierdziła. Ze skierowaniem „na cito” trafiła do reumatologa. Pani doktor od razu wdrożyła leczenie.

Gośka nie mogła uwierzyć, że jest chora. – Skąd ja to mam? Zawsze myślała, że to choroba starszych ludzi. Może się pomylili? – miała nadzieję. Obdzwoniła całą rodzinę. Nikt nie słyszał o RZS. Wyczytała, że choroby autoimmunologiczne lubią występować parami. A ona przecież miała łuszczycę.

Szukała wsparcia w sieci. Trafiła na blog o reumatoidalnym zapaleniu stawów rezasta.net. – Autor bloga bardzo mi pomógł. Wtedy jego słowa wsparcia były dla mnie bezcenne. Po miesiącu od diagnozy odstawiła leki przeciwbólowe. – Któregoś dnia obudziłam się z palcami nabrzmiałymi jak parówki. Pierścionki wbijały mi się w skórę. Lekarz przepisał sterydy i skierowanie do szpitala reumatologicznego w Ustroniu. Pojechała. Tam zmieniono jej leki.

Nigdy taka nie byłam...

Aktualnie choroba jest w tzw. remisji farmakologicznej, czyli została wyciszona dzięki terapii. Gosia marzy o zupełnym odstawieniu leku, ale to raczej niemożliwe. Chociaż, kto wie?

Kiedy jest najtrudniej? Okres zimowo-wiosenny to największe wyzwanie. Stawy sztywnieją i bolą, dokuczają stopy. Zimno zdecydowanie nie sprzyja jej zdrowiu. – Nie jest już tak jak było na początku, ale jednak sprawna do końca nie jestem – mówi. Ale daje radę. Czasem prosi o pomoc w zwykłych czynnościach, jak na przykład odkręcenie butelki wody. Na zwolnieniu była tylko raz. Wtedy, gdy jej kręgosłup odmówił posłuszeństwa i nie mogła się wyprostować. Gosia choruje na dyskopatię kręgosłupa, zwyrodnienia i skoliozę. Z wysokich szpilek póki co nie potrafi jednak zrezygnować. – Dopóki stan zdrowia mi na to pozwoli, to ich nie ściągnę, a już bywa czasem ciężko, ale czego nie robi się dla lepszego wyglądu? – uśmiecha się. Małgorzata pracuje 7 godzin dziennie. Dzięki temu, że ma umiarkowaną grupę niepełnosprawności. – Niezręcznie czułam się, idąc na komisję, ale przekonała mnie do tego moja lekarka. I nie żałuję. Dzięki temu pracuję krócej i należy mi się 10 dodatkowych dni urlopu. Chociaż tyle korzyści z tego, że jestem chora.

Jest jeszcze jedna pozytywna strona tego, że zachorowała. Przez portal społecznościowy poznała osoby, głównie



kobiety, które chorują na RZS. Dzięki temu nie jest z tym sama. Bo nikt lepiej nie zrozumie chorego jak inny chory. To ludzie z całej Polski i pomimo dzielącej ich odległości regularnie się spotykają. – To bardzo bliskie mi osoby. Jesteśmy w stałym kontakcie i cieszę się, że los postawił ich na mojej drodze – mówi Gosia.

– Najgorsze jest to, że straciłam energię. Nigdy taka nie byłam. Kiedyś potrafiłam pobiegać w lesie, poćwiczyć na siłowni. W jeden dzień umyć wszystkie okna, w sobotę wysprzątać cały dom, a dziś muszę robić wszystko na raty. A po wysiłku zawsze muszę dłużej odpocząć, ale czy to jest powód do zmartwienia? – pyta Małgorzata Brachmańska. – Żyję tak, jak żyłam przed chorobą, nie zmieniłam nawyków żywieniowych czy tego, że lubię się spotkać z przyjaciółkami na winku. Nie przyjmuję do wiadomości, że jestem chora. Nie żyję tym. Owszem, czasem myślę, jak to będzie za parę lat, ale jestem optymistką i wierzę, że wszystko będzie dobrze.

Nie stosuje specjalnej diety. Mimo że jej stawy szaleją po cytrusach, nie potrafi ich sobie odmówić w sezonie zimowym. Wtedy przecież są najsmaczniejsze. Uwielbia słodycze. Jej ulubionym przysmakiem jest chałwa i wszystko, co ocieka czekoladą. Bez słodkości nie wyobraża sobie życia. Gośka nie traktuje siebie w specjalny sposób. – Wiem, że choroba może być wyciszona, ale może być znacznie gorzej. Wciąż trudno mi uwierzyć, że jestem chora.

POMOC SPROFILOWANA

ROZMAWIAŁA: *Małgorzata Marszałek*

*W jednym z poprzednich numerów naszego magazynu rozmawialiśmy z **Magdaleną Chomką-Sają**, psychologiem i psychoterapeutą, na temat zalet dbania nie tylko o zdrowie fizyczne, ale i o naszą kondycję psychiczną („Terapia to nie luksus”, „Aktywni” 1/2016). Kontynuując ten temat, zgłębiany tajniki różnych form współpracy terapeutycznej, bo jak się okazuje – wybór metody może mieć wpływ na sukces psychoterapii.*

Czy decydując się na wsparcie psychologiczne lub psychoterapię warto być wybrednym w wyborze osoby, z którą chcemy pracować, czy nie ma to większego znaczenia?

Ma to kolosalne znaczenie, ponieważ w psychoterapii nie każdy jest w stanie pomóc każdemu. Z jednej strony, aby praca w relacji psychoterapeuta – pacjent była skuteczna, to osoby te muszą znaleźć ze sobą jakąś nić porozumienia. Oczywiście nie chodzi tutaj o żadne nieformalne relacje, ale jedna i druga strona musi mieć poczucie, że się nawzajem rozumieją, szanują i po prostu chcą ze sobą spotykać. Psychoterapia, jak już wspominaliśmy, nie jest miłą rozmową przy kawie. Poruszane są na niej problemy trudne, nieraz takie życiowe ciernie wymagające przepracowania, więc żeby o nich rozmawiać, potrzebny jest do tego odpowiedni klimat. Czyli pierwsza sprawa to taka, nazwijmy to, zgodność osobowości. Drugą nie mniej ważną kwestią jest metoda terapii. A te są różne. Dzieli je nie tylko

sposób pracy z pacjentem, ale i czas trwania. Są nurty, które zakładają wielomiesięczną, a nawet wieloletnią współpracę, są takie, które przynajmniej w założeniu mają przynieść efekt znacznie szybciej. Wybór metody zależy po trosze od problemu, ale w większym stopniu od pacjenta. Te same rzeczy można przepracowywać w nurcie psychodynamicznym i behawioralnym. Do tego samego celu można dojść przecież różnymi drogami. Ważne, żeby pacjent pracował metodą, która będzie dla niego optymalna.

Skąd pacjent, który zwykle słabo orientuje się w psychologicznych niuansach, ma wiedzieć, jakiego terapeuty wybrać?

Faktycznie, nie każdy, kto szuka pomocy u psychoterapeuty, orientuje się w tym, mówiąc kolokwialnie, jak to działa. I pacjent nie ma takiego obowiązku. Zadaniem terapeuty na pierwszej wizycie jest dokładne przedstawienie metod jego pracy.

Przedstawienie w sposób zrozumiały dla pacjenta. Nie chodzi o straszenie terminologią, ale o zakreślenie czasu, który będzie potrzebny na terapię, opowiadanie, jak będą wyglądały spotkania, czy sesje będą wiązały się także z zadaniami domowymi itp. Ponadto uczciwy psychoterapeuta nie powinien zgadzać się na prowadzenie pacjenta, jeśli wie, że metoda, którą pracuje, nie do końca będzie odpowiadała danej osobie lub problemowi, z jakim ona przyszła. W takiej sytuacji najlepiej przekazać pacjenta komuś, kto pracuje w nurcie, o którym wiemy, że sprawdzi się lepiej. Warto wiedzieć, że tak się zdarza i nie świadczy o tym, że nasz przypadek jest skrajnie trudny. Powtarzam, nie każdy pomoże każdemu.

W jakim nurcie Pani pracuje?

Pracuję metodą terapii poznawczo-behawioralnej. U niektórych pacjentów wprowadzam terapię schematu. Ostatnio prowadzę także terapię zupełnie nową metodą MDR.





► **No i pojawiło się sporo skomplikowanych pojęć...**

Z przyjemnością je przybliżę. Na czym polega nurt poznawczo-behawioralny? Wychodzimy z założenia, że człowiek ma na swój temat wiele myśli tzw. automatycznych. Myśli automatyczne zwykle są negatywne. Te myśli wpływają na nasze samopoczucie. Bo przecież myśląc o sobie źle, nie sposób czuć się dobrze. Z kolei to samopoczucie wpływa na to, jak działamy. Założenie jest takie, że zmieniając pierwszy składnik tej triady – myśl z negatywnej na pozytywną, jesteśmy w stanie zmienić i to, jak się czujemy, a w konsekwencji to, jak się zachowujemy. Psychoterapia poznawczo-behawioralna zajmuje się problemami i trudnościami „tu i teraz”. Nie skupia się na przyczynach dręczących nas problemów ani na uprzednio pojawiających się objawach, lecz poszukuje sposobów poprawienia stanu świadomości pacjenta w chwili obecnej. Na większość sytuacji można zareagować pozytywnie lub negatywnie, w zależności od tego, co o danej sytuacji myślimy. Terapia ta pomaga przerwać błędne koło negatywnych myśli, odczuć i zachowań. Zrozumienie poszczegól-

nych elementów w łańcuchu reakcji pozwala je zmienić, co z kolei zmienia nasze odczucia. Celem terapii jest doprowadzenie pacjenta do momentu, gdy on sam jest w stanie „złapać się” na swoim negatywnym myśleniu i umiejętnie je przystopować, czyli wypracować własne metody radzenia sobie z danym problemem. Terapia poznawczo-behawioralna jest jedną z najskuteczniejszych metod w leczeniu zaburzeń, w których głównym problemem są lęki napadowe lub depresja. Jest to najskuteczniejsza kuracja psychologiczna w przypadkach depresji o łagodnym lub średnim natężeniu. Szacuje się, że w wielu przypadkach skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej jest taka sama, jak przy stosowaniu środków przeciwdepresyjnych.

Co natomiast warto wiedzieć o psychoterapii schematu?

Psychoterapia schematu jest to nowe podejście terapeutyczne wywodzące się z nurtu poznawczo-behawioralnego. Integruje psychoterapię poznawczo-behawioralną, psychodynamiczną i Gestalt. Celem psychoterapii schematu jest pomóc osobom, które nie rozwiązały swoich

problemów przez klasyczną psychoterapię poznawczo-behawioralną. Psychoterapia schematu sprawdza się szczególnie w przypadku osób doświadczających trudności w relacji z innymi i tych, które nie czują się szczęśliwe (doświadczają bolesnych stanów emocjonalnych), choć racjonalnie wiedzą, że ich życie jawi się pozytywnie. Z takiej formy współpracy korzysta wiele osób z diagnozą zaburzeń osobowości. Psychoterapia schematu zakłada, że niezaspokojenie emocjonalnych potrzeb dziecka wpływa negatywnie na jego rozwój i problemy w dorosłym życiu. Niezaspokojone potrzeby emocjonalne dziecka prowadzą do rozwoju nieadaptacyjnych schematów. Schemat jest ogólnym wzorcem wykształconym w dzieciństwie, młodości. Składa się ze wspomnień, emocji, przekonań i doznań z ciała. Dotyczy jednostki i jej relacji z innymi. Rozwijany jest przez całe życie. Wyróżniamy 18 nieadaptacyjnych schematów. W trakcie procesu terapeutycznego wspólnie z pacjentem następuje próba zrozumienia i uleczenia schematów. Terapeuta pomaga w spełnieniu podstawowych potrzeb pacjenta w sposób, który będzie dla niego korzystny.



Praca terapeutyczna polega na rozpoznaniu dysfunkcyjnych schematów i połączenia ich z obecnymi problemami. Ważnym elementem pracy terapeutycznej jest uświadomienie emocji, które wiążą się ze schematami. Jest to krok w celu zadbania o swoje potrzeby emocjonalne w codziennym życiu. Rozpoznanie emocji pozwala zaobserwować style radzenia sobie ze schematami. Zmiana następuje na poziomie emocjonalnym i poznawczym (zmiana myślenia). Dzięki relacji terapeutycznej pacjent doświadcza powtórnego rodzicielstwa i jest w stanie ukształtować nowe zachowania.

Z wymienionych przez Panią metod najmniej znana wdaje się metoda EMDR. Proszę przybliżyć jej założenia. EMDR, czyli z języka angielskiego Eye Movement Desensitization and Reprocessing, jest nowatorskim krótkoterminowym podejściem terapeutycznym leczącym traumę. Jest to metoda rekomendowana przez WHO. Wykazuje skuteczność również w szeroko pojętych zaburzeniach lękowych (np. fobie proste, lęk społeczny, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne) i zaburzeniach nastroju. Zgodnie z da-

nyimi Europejskiego Stowarzyszenia EMDR, terapia może trwać kilka sesji. Sesja terapeutyczna trwa 90 min. Bywa, że problem zostaje rozwiązany już w trakcie kilku spotkań, czasem jednak trwa to znacznie dłużej. Dotychczas terapia polegała najczęściej na rozmowie lub relaksacji. EMDR nie wymaga od osoby po traumatycznych przeżyciach bardzo dokładnej analizy zdarzeń czy wykonywania pracy domowej. EMDR uwzględnia i wpływa zarówno na część emocjonalną, jak i poznawczą umysłu. Każdy z nas doświadcza różnych sytuacji życiowych. Tworzą się wtedy przekonania o sobie, innych i świecie. Wpływają one na nasze funkcjonowanie w teraźniejszości i gotowość do stawiania czoła sytuacjom w przyszłości. Terapia EMDR pomaga zmieniać te treści poznawcze. Innowacyjnością terapii EMDR jest jej aspekt neurofizjologiczny. EMDR postrzega zaburzenia jako efekt nieadaptacyjnej formy przechowywania przez umysł informacji. Terapia ta wprowadza stymulację półkul mózgowych poprzez odbieranie szybkich naprzemiennych bodźców wzrokowych, słuchowych lub dotykowych. Poprzedzone jest to wywiadem i dodatkowym przygo-

towaniem pacjenta według protokołu. Stymulacja bilateralna poprawia komunikację między lewą i prawą półkulą mózgu. Kiedy doświadczamy stresującego wydarzenia, zostaje zaburzona emocjonalno-poznawcza równowaga niezbędna do przetworzenia docierających do nas informacji. Konsekwencją tego może być zatrzymanie takiej informacji w jej oryginalnej, lękotwórczej formie. Zostaje ona niejako „zamrożona” w sieciach neuronalnych w takiej samej formie, w jakiej jej doświadczyliśmy. Nie daje to szans na poznawcze przetworzenie informacji i prowadzi do problemów psychologicznych. Powtarzające się i rytmiczne ruchy gałek ocznych połączone z wyobrażeniową reprezentacją trudnego wspomnienia (obraz, myśli, emocje, odczucia z ciała) ułatwiają takie przetworzenie informacji, które zagwarantuje wyeliminowanie zaburzenia na poziomie emocjonalnym. Terapia EMDR pozwala całkowicie przetworzyć negatywne wspomnienia, które wywołują problem w teraźniejszości i obawy o przyszłe sytuacje. Wprowadzone zostaje nowe, bardziej przystosowane doświadczenie, które wpływa na przyszłe funkcjonowanie.

KONTROWERSJE W SŁOICZKU

TEKST: *Małgorzata Marszałek*

Problem bezpieczeństwa składników zawartych w kosmetykach rozpala wyobraźnię konsumentów, co można obserwować na różnego rodzaju internetowych portalach tematycznych i forach dyskusyjnych. Śledząc je, można odnieść wrażenie, że nasze życie jest wręcz zagrożone, jeśli nieroztropnie będziemy wybierać kosmetyki... Czy rzeczywiście jest się czego bać?

Lista zarzutów wobec substancji powszechnie wykorzystywanych w kosmetykach jest długa. Możemy spotkać się z informacjami, że mogą one wywoływać alergie i podrażnienia, zaburzać gospodarkę hormonalną, zapychać pory, uniemożliwiać skórze „oddychanie”, czy wręcz odkładać się w organizmie, co ma jakoby powodować różnego rodzaju choroby, z nowotworowymi na czele. Do substancji o wyjątkowo złej sławie wśród internautów zaliczyć możemy parabeny, oleje mineralne, SLS i SLES, glikol propylenowy oraz silikon. Czy faktycznie producenci kosmetyków świadomie narażają nasze zdrowie?

Są w sprzedaży = są bezpieczne

Bezpieczeństwo kosmetyków to wieloetapowa procedura, bardzo rygorystycznie regulowana przepisami prawa. Obejmuje analizę poszczególnych składników, a następnie analizę gotowego produktu. Zgodnie z prawem ocenę bezpieczeństwa musi przejść każdy kosmetyk wpro-

wadzany za rynek i jest to warunek konieczny, aby firma w ogóle mogła myśleć o jego sprzedaży. Samej oceny dokonuje niezależny specjalista, tzw. safety assessor, który musi posiadać obszerną wiedzę i doświadczenie w zakresie: przepisów prawa, oceny ryzyka substancji chemicznych, dermatologii i fizjologii, toksykologii, chemii, kosmetologii, mikrobiologii, farmakognozji i wielu innych dziedzin.

Polski rynek podlega w tym względzie pod przepisy Unii Europejskiej, rynek amerykański pod własne wytyczne, stąd np. nie wszystkie kosmetyki dostępne w Stanach są jednocześnie na półkach sklepów w Europie i odwrotnie. Przede wszystkim warto zaznaczyć, że producent kosmetyku ponosi odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo oferowanych przez siebie specyfików. Innymi słowy, stosowanie substancji, które mają udowodnione negatywne skutki dla zdrowia człowieka, jest przestępstwem. Warto mieć tego świadomość, kiedy czytamy np.: „że badania potwierdzają, że parabeny są rakotwórcze”. Gdyby rzeczywiście badania potwierdziły taką zależność, parabeny nie mogłyby znajdować

się w absolutnie żadnym kosmetyku. Poza oceną podczas wprowadzania na rynek, każdy kosmetyk podlega nadzorowi ze strony kompetentnych władz na danym terenie. W Polsce jest to Państwowa Inspekcja Sanitarna, która weryfikuje, czy producent dopełnił wszystkich obowiązków związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa kosmetyku.

Jak rodzi się plotka

Adnotacja „bez parabenów” na opakowaniach kosmetyków pojawia się coraz częściej. Wszystko z powodu złej sławy, jaką zyskały te bardzo powszechnie do tej pory stosowane konserwanty. Parabenom zawartym w antyperspirantach zarzuca się działanie kancerogenne, ponadto mają one niejako zaburzać gospodarkę estrogenami, prowadząc do feminizacji mężczyzn i szybszego dojrzewania dziewczynek. Zarzuty względem parabenów pojawiły się w 2003 r. po identyfikacji śladowych ich ilości w tkance nowotworowej raka piersi. Obecnie wykluczono wpływ parabenów na powstawanie raka piersi,



Poza oceną podczas wprowadzania na rynek, każdy kosmetyk podlega nadzorowi ze strony kompetentnych władz na danym terenie. W Polsce jest to Państwowa Inspekcja Sanitarna.

ponieważ: parabeny nie kumulują się w żadnej tkance, słabo przenikają przez barierę naskórkową, a przede wszystkim nie są one stosowane w antyperspirantach, a to właśnie z nich miały przenikać do piersi, powodując nowotworzenie*. Parabeny to konserwanty, które zabezpieczają kosmetyk przed rozwojem mikroorganizmów, takich jak gronkowiec złocisty czy pałeczki ropy błękitnej. Są jednymi z najlepiej przebadanych pod względem bezpieczeństwa konserwantów. Mimo to plotka zrobiła swoje, wielu producentów usuwa je ze swoich produktów nie dlatego, że są niebezpieczne, ale dlatego, że tego oczekują konsumenci. A skoro koncerny ulegają presji, to rodzi się podejrzenie, że coś jednak jest na rzeczy. I koło się zamyka...

Jak to jest z tym uczuleniem

Bardzo często wszelkie zmiany w wyglądzie skóry przypisuje się tzw. alergii skórnej, którą mają powodować używane przez nas kosmetyki. Jest to jednak bardzo mylące pojęcie. Alergia może być kontaktowa,

wziewna lub pokarmowa, i każda z nich może objawiać się na skórze. Tak więc za zmiany alergiczne na skórze niekoniecznie odpowiadają kosmetyki. Natomiast bez wątpienia niektóre z nich mogą podrażniać. Jak to jednak możliwe, skoro są tak szczegółowo testowane? Zdaniem dr n. med. inż. Katarzyny Pytkowskiej, rektor Wyższej Szkoły Zawodowej Kosmetyki i Pielęgnacji Zdrowia, nie ma na świecie produktu kosmetycznego, który nigdy u nikogo nie dałby żadnej niepożądanego reakcji. 100-procentowe bezpieczeństwo po prostu nie istnieje. Reakcja na kosmetyk to sprawa bardzo indywidualna, zależna między innymi od ogólnego stanu zdrowia, diety czy warunków klimatycznych. To, co służy jednemu, może zaszkodzić drugiemu i raczej nie mamy sposobu, żeby się tego ustrzec. Oczywiście mówiąc zaszkodzić, nie mamy na myśli ryzyka poważnego uszczerbku na zdrowiu, ale objawy w postaci uszkodzonej bariery skórnej. Co więcej, im bardziej popularny jest dany składnik kosmetyczny lub sam kosmetyk, tym częściej będziemy słyszeć o tym, że komuś on nie służy. Zdaniem dr Pytkowskiej doskonale jest to wi-

doczne na przykładzie wspomnianych parabenów. Występowały one w około 80 proc. kosmetyków, czyli były bardzo popularne, a skoro tak, to częściej niż w przypadku innych konserwantów zgłaszano wobec nich działania niepożądane. Dlatego zaczęto masowo eliminować je z kosmetyków, a w konsekwencji tej zmiany zwiększono ryzyko uczuleń powodowanych przez inne konserwanty, którymi zastąpiono parabeny. ○

* Najnowsze, wyczerpujące oceny bezpieczeństwa stosowania parabenów w kosmetykach przeprowadzone zostały przez Komitet Naukowy ds. Produktów Konsumenckich w czerwcu 2008 roku oraz w grudniu 2010 roku.

http://ec.europa.eu/health/ph_risk/committees/04_sccp/docs/sccp_o_138.pdf

http://ec.europa.eu/health/scientific_committees/consumer_safety/docs/sccs_o_041.pdf

PORT ZWANY AMSTERDAM

TEKST: *Artur Kasza*

To prawda, że Amsterdam nie ma takiej skali jak Paryż czy Londyn, niemniej jest to miasto równie atrakcyjne turystycznie. Piękno nadaje mu wszechobecna woda, nasycenie kulturą i sztuką oraz unoszący się wszędzie liberalny duch.



MIASTO I WODA

Amsterdam jest jednym z najbardziej malowniczych miast w Europie. Uroku dodaje mu położenie nad rzeką o nazwie IJ oraz liczne kanały. IJ to akwen wodny traktowany przez niektórych jako rzeka, a przez innych jako jezioro, który rozdziela część południową miasta od północnej. IJ jest dość szeroka na wysokości Amsterdamu, a następnie przechodzi w wąski kanał wyprowadzający statki z portu amsterdamskiego w kierunku Morza Północnego. IJ, nad którą znajduje się główny dworzec kolejowy Amsterdamu, dostarcza zapierających dech w piersiach widoków.

Natomiast centrum miasta po stronie południowej IJ ma kształt półkola, pociętego koncentrycznymi i gwieździstymi

kanalami wraz z wieloma malowniczymi mostkami. W kanałach ruch jest nie mniejszy niż na ulicach miasta, pływają w nich statki wycieczkowe oraz liczne prywatne łodzie i łódki. Każde święto narodowe lub regionalne jest obchodzone na łódce oraz na wodzie. Romantyczny wieczorny spacer wzdłuż kanałów będzie niezapomniany.



MUZEA

Holandia oraz całe historyczne Niderlandy, do których należy też zaliczyć Flandrię, znana jest z malarstwa. Najbardziej znane nazwiska z grona niderlandzkich malarzy to Rembrandt van Rijn oraz Vincent van Gogh. Ich dzieła znajdują się w dwóch największych amsterdamskich muzeach.

Pierwszym z nich jest Rijksmuseum, które mieści ponad pięć tysięcy dzieł sztuki, obejmujących malarstwo, w tym Rembrandta i jego szkoły. Drugie to Muzeum van Gogha, poświęcone w całości twórczości tego artysty. Muzeum mieści największą kolekcję dzieł malarza, w tym ponad 200 obrazów i kilkaset rysunków. Z innych muzeów warto zwiedzić Muzeum Nemo oraz Narodowe Muzeum Morskie. Oba są położone w bliskim sąsiedztwie. Nemo to zielony budynek o dziwnym kształcie położony w Doku Wschodnim (Oosterdok) – niedaleko dworca centralnego. Jest to muzeum oraz centrum nauki i techniki. W muzeum morskim możemy natomiast zobaczyć malarstwo morskie oraz wiele przedmiotów związanych z żeglugą i nawigacją. Na zewnątrz muzeum zacumowana jest replika XVIII-wiecznego galeonu o nazwie takiej samej jak miast



MUZYKA

Amsterdam to miasto bardzo muzyczne. Każdego wieczoru w licznych kawiarniach można znaleźć muzykę na żywo w różnych stylach. Są to koncerty profesjonalnych zespołów lub jam sessions. Na miłośników jazzu czeka t'Geveltje (warto sprawdzić program). Natomiast imprezy muzyczne o dużej skali odbywają się w położonej nad samą rzeką IJ sali koncertowej Bimhuis. Tu pojawiają się regularnie gwiazdy światowego jazzu i nie tylko.



DZIELNICA UCIECH RÓŻNYCH

Amsterdamska dzielnica Czerwonych Świąteł jest największa w Europie. Właściwie w Amsterdamie są trzy „rozpuśne” dzielnice, z których główna, zwana De Wallen, to trzy równoległe ulice i mniejsze łączące je uliczki w okolicy głównego dworca kolejowego Amsterdamu. Pozostałe to Singel i De Pijp znajdujące się w innych częściach miasta. Oprócz dziewcząt, które z witryn zapraszają przechodniów, są tu liczne puby i kawiarnie. Można też zwiedzić muzea erotyki, których jest kilka w okolicy. Dzielnica Czerwonych Świąteł wieczorem jest bardzo zatłoczona, niezależnie od pory roku (warto pilnować kieszeni). Sporo można zobaczyć gołym okiem, jednak kryje ona w sobie również wiele sekretów i ciekawych historii, warto więc przyłączyć do grupy oprowadzanej przez przewodnika, który uchyli rąbka tajemnicy. Niejednej.

TRANSPORT I ZAKWATEROWANIE

Komunikacja w Amsterdamie, jak i w całej Holandii, jest znakomita. W Amsterdamie mamy do dyspozycji autobusy, kilka linii metra oraz tramwaje, obsługiwane przez firmę GVB. Warto natychmiast (jeszcze na lotnisku) zaopatrzyć się w kartę OV, która działa identycznie dla wszystkich środków komunikacji publicznej, nie tylko w jednym mieście, ale w całej Holandii. Jako że system działa odcinkowo, co daje taryfy tańsze niż bilety kartonikowe, koniecznie trzeba pamiętać o tym, że kartę przykładamy do czytnika wsiadając oraz wysiadając z autobusu lub tramwaju. Oczywiście w Amsterdamie możemy znaleźć zakwaterowanie na każdą kieszeń. Jeżeli mamy ochotę na odrobinę luksusu i mamy trochę środków do rozdysponowania, polecić można czterogwiazdkowy hotel, położony nad samą rzeką IJ, w bliskim sąsiedztwie dworca centralnego Amsterdamu. Pokoje od strony północnej dają fantastyczny widok na IJ.

JESTEM DOBRYM OGRODNIKIEM

Jestem dobrym, cierpliwym ogrodnikiem. Rozglądam się bez pośpiechu, zbieram z ziemi nasiona przywiane przez wiatr. Sadzę je w moim umyśle, podlewam dobrą wolą i ciekawością, i zastanawiam się, co z nich wyrosnie.



SPECJALNIE DLA AKTYWNYCH: **Beata Pawlikowska**

PISARKA, PODRÓŻNICZKA, AUTORKA PONAD 40 KSIĄŻEK PODRÓŻNICZYCH, COACHINGOWYCH I JĘZYKOWYCH. ZNANA Z AUDYCJI „ŚWIAT WEDŁUG BLONDYNKI” W RADIU ZET. ORGANIZUJE EGZOTYCZNE WYPRAWY, KTÓRYCH JEST PRZEWODNIKIEM. WWW.BEATAPAWLIKOWSKA.COM ORAZ FACEBOOK.COM/BEATAPAWLIKOWSKA

Nie poganiam ich, nie szukam sztucznych pożywek, które nienaturalnie przyspieszą ich wzrost. Każdy owoc i każda idea ma swój czas. I najlepszy moment, kiedy będzie w pełni dojrzała.

Czy wiesz, że dzika jabłoń najchętniej owocuje co dwa lata? Taki jest jej naturalny cykl. Przez jeden rok rozmyśla sobie spokojnie, zbiera siły, odpoczywa, medytuje. A dopiero potem rodzi nowe owoce. Wtedy, kiedy jest na to wewnętrznie gotowa.

I wtedy te owoce mają niezwykły, pełny, cudownie słodki i pełen aromatu smak. Są podwójnie dobre. I są podwójnie kompletne, bo dojrzały wtedy, kiedy były na to w pełni gotowe.

Ludzie nie chcą czekać, aż owoce na drzewie dojrzeją w sposób naturalny; zgodnie ze swoim wewnętrznym rytmem.

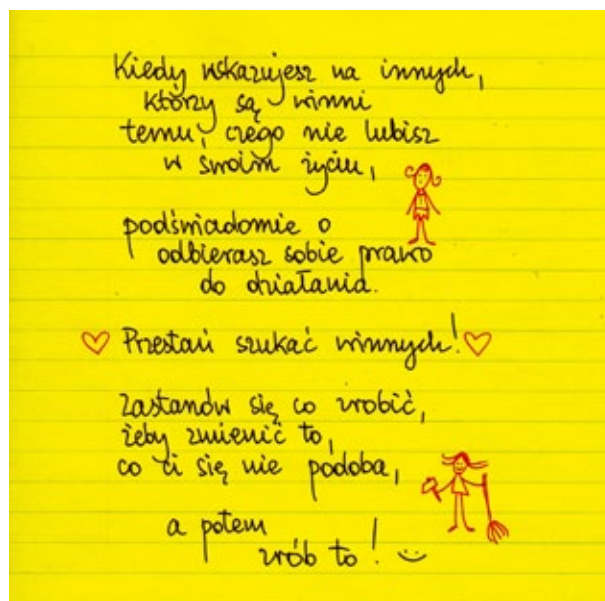
Obcinają drzewom gałęzie, żeby zmusić je do nadzwyczajnego wysiłku odbudowania utraconych części. Wywołują w nich stres i strach, przemocą manipulują w taki sposób, żeby drzewo zarobiło dla nich więcej pieniędzy.

Nie wystarczy to, co jabłoń chce od siebie dać człowiekowi. Ludzie szantażem i przemocą zmuszają ją do tego, żeby dawała więcej. Nawet jeśli te dodatkowe owoce będą mniej wartościowe i mniej smaczne. Byle więcej sprzedać.

Ja jestem dobrym, kochającym ogrodnikiem dla owoców mojego życia.

Nie popędzam, nie zmuszam, nie upieram się, że coś musi się stać natychmiast.

Bez pośpiechu zbieram nasiona. Wkładam je do ziemi mojego umysłu i duszy. Podlewam uśmiechami



i pozytywnym myśleniem. Czekam bez zniecierpliwienia. Niech będzie, co ma być.

Z dobrych nasion u dobrego ogrodnika wyrastają tylko dobre rzeczy.

Niektóre potrzebują więcej czasu, żeby wyrosnąć i dojrzeć.

Wiem o tym i nie zamierzam nikogo popędzać. Ani słońca, ani kielków, ani zalążków tworzących się owoców.

Poczekam cierpliwie, aż będą gotowe.



Odpowiedzialna firma

Jako firma zajmująca się ochroną zdrowia, staramy się wyjść naprzeciw oczekiwaniom wszystkich interesariuszy, przede wszystkim pacjentów i lekarzy. Dostarczamy pacjentom nowoczesne rozwiązania diagnostyczne i leki, umożliwiające leczenie choroby, przedłużenie życia i poprawę jego jakości oraz łagodzące cierpienia chorych. Koncentrujemy się na chorobach nowotworowych, metabolicznych, ośrodkowego układu nerwowego, zapalnych i wirusowych. Działając zgodnie z zasadą medycyny personalizowanej, która mówi, że „każdy człowiek jest inny”, dążymy do tego, aby każdy pacjent otrzymał leczenie dopasowane do swoich potrzeb.

Odpowiedzialność społeczna

Dla Roche to miara zaangażowania firmy w problematykę zdrowia publicznego oraz szeroko rozumianej profilaktyki i promocji zdrowia. Firma wspiera liczne akcje edukacyjne mające na celu wzrost świadomości prozdrowotnej. W trosce o poprawę zdrowia Polaków, we współpracy z wieloma instytucjami i organizacjami społecznymi, współorganizuje badania przesiewowe w kierunku wykrywania poważnych chorób. Roche pracuje nad trwałą poprawą funkcjonowania opieki zdrowotnej, m.in. poprzez prowadzenie rzetelnego dialogu i długoterminowego współdziałania ze wszystkimi partnerami, mając na uwadze przede wszystkim dobro społeczne.

Roche Polska angażuje się w wiele inicjatyw społecznych mających na celu edukację oraz zwiększenie świadomości zdrowotnej Polaków.

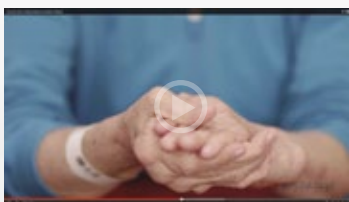
Więcej informacji o działalności Roche Polska znajduje się na stronie www.roche.pl



Portal TacyJakJa.pl oferuje pomoc osobom, które cierpią na

Reumatoidalne Zapalenie Stawów

- Rzetelna wiedza medyczna
- Konsultacje reumatologa
- E-dzienniczki monitorowania skuteczności leczenia
- Forum dyskusyjne i czat



Leki nie wystarczą!

Aby jak najdłużej zachować sprawność, potrzebna jest rehabilitacja i regularne ćwiczenia. Zobacz nasz **film** z przykładowym zestawem ćwiczeń dłoni dla chorych, odwiedź portal **www.TacyJakJa.pl**

Opinie:

„Bardzo wiele wiedzy czerpię stąd nie tylko na swój temat, ale i innych chorób, które dotyczą niektórych moich znajomych. Lepiej ich teraz rozumiem i zupełnie zmieniło się moje podejście do nich, na korzyść oczywiście.”

rubinka

Porady:

- Czy podczas zażywania Sulfasalazynu oraz xefo rapidu mogę sobie zrobić tatuaż?
„Nie ma tu jakichś szczególnych przeciwwskazań akurat dla tych leków, proszę tylko pamiętać, że sulfasalazyna i inne leki modyfikujące w pewnym stopniu obniżają odporność, co może się wiązać z częstszym występowaniem zakażeń. (...)”

Dr A. Bednarek

Historie:

„Zachorowałam w 2001 roku, wtedy miałam 39 lat. Wieszając pranie na balkonie ukąsiła mnie mucha meszka, pojawiły się dwa ogromne rumienie w miejscu ukąszeń. Po raz pierwszy wtedy otrzymałam steryd. Miesiąc później zaczęły mnie boleć stawy. (...)”

Justyna_ns

Zobacz również
MŁODZIEŃCZE IDIOPATYCZNE
ZAPALENIE STAWÓW!

Regularnie oceniaj
skuteczność leczenia

Pomóż lekarzowi ocenić
kierunek zmian Twojego
stanu zdrowia

Weź udział w dyskusji
na forum

Porozmawiaj
na czacie

Zapytaj konsultanta

Poznaj Takich Jak Ty...