

AKTYWNI

NR 1 (18)/2018
ISSN 1234-123X
www.roche.pl

Forum RZS

>
Remisja
BIEG
Z PRZESZKODAMI

>
**Zdrowy
związek**
MIMO CHOROBY

Na okładce

Barbara
Wierszy 110
WPISAĆ RZS
W SVOJE „SZ”CZĘŚCIE

NOWY PROFIL NA FACEBOOKU „RZS POROZMAWIAMY”

- przeczytaj wskazówki jak skutecznie i otwarcie rozmawiać z lekarzem
- zapoznaj się z aktualnościami dotyczącymi kampanii
- #czywiecieże...? sprawdź ciekawostki dotyczące choroby
- zobacz wywiady z ekspertami
- dowiedz się o najnowszych doniesieniach naukowych na temat RZS
- poznaj proste i zdrowe przepisy kulinarne dla osób chorych na RZS
- wejdź i sprawdź jakie ćwiczenia fizyczne wykonywać przy RZS

 facebook.com/rzsporozmawiajmy



“Super, że jesteście! :) Od teraz mamy możliwość wypowiadania się na interesujące nas tematy oraz dzielenia się swoimi doświadczeniami z innymi pacjentami.”

Zuza T. - chora na RZS od 35 r.ż.

POLUB NASZ PROFIL NA FACEBOOKU I BĄDŹ NA BIEŻĄCO!



Drodzy Czytelnicy

Pewnie większość z Was zauważyła zależność między porą roku a ogólnym samopoczuciem i kondycją. I choć oczywiście terapia RZS nie jest bezpośrednio uzależniona od zmieniających się sezonów, to jednak aura za oknem potrafi rzucać blaski i cienie na życie osób z RZS. W następujących po sobie miesiącach pojawiają się zmienne, które wyznaczają nieco inny rytm życia z chorobą przewlekłą. Zmienia się nasłonecznienie mające wpływ na nasz nastrój oraz możliwości uprawiania aktywności na świeżym powietrzu, zmienia się również dostępność sezonowych owoców i warzyw. Każdy czas niesie ze sobą inne wyzwania i inne możliwości w dążeniu do celu, jakim jest remisja choroby (dr n. med. Ewa Walewska, „Z RZS przez cztery pory roku”, str. 11). Dążenie do remisji przypomina bieg... z przeszkodami, bo nie da się ukryć, że one mogą pojawić się na każdym etapie. Jest to bieg szczególny, w który powinni być zaangażowani i pacjenci, i lekarze, i bliscy osoby chorej. Osiągnięcie stanu zahamowania aktywności choroby to jednak połowa sukcesu, najważniejsze jest to, by ten stan utrzymać. Jak się do tego zabrać i jakie trudności można po drodze napotkać, przeczytacie w tekście dr n. med. Małgorzaty Przygodzkiej „Remisja – bieg z przeszkodami” (str. 8). Choć jednym z czynników utrudniających osiągnięcie upragnionej remisji może być nadwaga i otyłość, to jednak wyzwaniem dla części osób z RZS jest brak apetytu. Może być on objawem choroby, ale też skutkiem jej leczenia. Długotrwałego braku apetytu nie można lekceważyć. Jak radzić sobie z tym wcale niezadkim problemem, przeczytacie w dziale Na talerzu (mgr Anna Kaczorek „Gdy jedzenie nie cieszy”, str. 14). Mam nadzieję, że znajdziecie w nowym numerze „Aktywnych” to, czym zawsze chcemy się z Wami dzielić, czyli pozytywne i merytoryczne wsparcie. To dla Was przygotowujemy ten magazyn!

Agata Struzik-Piasta

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.



REDAKTOR NACZELNA: Agata Struzik-Piasta, REDAKTOR PROWADZĄCA: Małgorzata Marszałek, KIEROWNIK PROJEKTU: Marcin Biedrzycki, KOREKTA: Beata Jagiełło,
 KOORDYNACJA WYDAWNICZA: Marcin Pacho, WSPÓŁPRACA: dr n. med. Maria Rell-Bakalarska, dr Jakub Urbański, dr n. med. Robert Rupiński, dr n. med. Małgorzata Wieteska,
 dr n. med. Maciej Lewicki, dr n. med. Elżbieta Skorupska, lek. med. Ewa Walewska, Agata Saletra, Magdalena Pietraszkiewicz, Aleksandra Zalewska-Stankiewicz, Magdalena Róg,
 Agata Stanecka (ilustracje), ZDJĘCIA: Mateusz Mączka, Przemysław Ludwiczak, Malwina Biała (okładka i Bohaterowie), Izabela Pawłowska (Mamy Gościa), Depositphotos,
 DRUK: Drukarnia Sprint Print



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



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

PL/RA/1804/0006



08

FORUM RÓŻNOŚCI

05 O TYM SIĘ MÓWI

06 POD LUPĄ

U SPECJALISTY

08 CO MÓWI LEKARZ?

Remisja – bieg z przeszkodami

11 Z DOŚWIADCZEŃ PACJENTA

Z RZS przez **cztery pory roku**

NA TALERZU

14 MENU

Gdy jedzenie nie cieszy

16 NA RINGU:

A JAK FORMA?

18 BOHATEROWIE

Barbara Wierszyłło

21 MAMY GOŚCIA

dr Izabela Pawłowska

24 RUSZAJMY!

Jakie **ortezy** przy RZS?

STYLE ŻYCIA

26 URODA

Co może krem, a co laser?

KIERUNEK

32 POD ZIEMIĄ

Groty solne



18

26





RZS W CZASIE CIĄŻY A CHOROBY PRZEWLEKŁE U DZIECKA

Dzieci urodzone przez kobiety chore na RZS mogą mieć zwiększoną podatność na niektóre choroby przewlekłe – to wnioski z duńskiego badania opublikowane w piśmie „Arthritis Care & Research”, które powinny stać się wskazówką dla pediatrów i lekarzy rodzinnych.

W Danii prowadzono długoterminową obserwację wszystkich dzieci urodzonych w ciągu 25 lat. Badanie objęło 2106 dzieci urodzonych przez kobiety z RZS i 1 378 539 dzieci urodzonych przez kobiety zdrowe.

Naukowcy zauważyli, że w przypadku dzieci, których matki miały zdiagnozowane RZS przed ciążą, może wzrastać ryzyko zapadnięcia na pewne choroby w dzieciństwie i wieku dojrzewania. Występowanie RZS u matki w szczególności wiązało się z 2,2-krotnie zwiększonym ryzykiem choroby tarczycy, 1,6-krotnie zwiększonym ryzykiem padaczki i 2,9-krotnie zwiększonym ryzykiem RZS u potomstwa. Choć zależność ta wymaga dalszych badań, już dotychczasowe wnioski mówiące o możliwości zwiększonego ryzyka niektórych chorób przewlekłych u dzieci urodzonych przez kobiety chorujące na RZS mogą być cenną wskazówką dla pediatrów oraz lekarzy rodzinnych.

<https://www.sciencedaily.com/releases/2017/12/171211090758.htm>



WYKONYWANY ZAWÓD A RYZYKO ROZWOJU RZS

Badanie „Zawód i ryzyko rozwoju reumatoidalnego zapalenia stawów” miało na celu wskazanie zależności pomiędzy wykonywanym zawodem a prawdopodobieństwem wystąpienia RZS.

Prowadzone w Sztokholmie badanie objęło 3522 osoby ze zdiagnozowaną chorobą RZS oraz 5580 osób zdrowych. Analizowano czynniki środowiskowe, genetyczne i immunologiczne. Poza podstawowymi danymi, takimi jak wiek czy płeć, badacze uwzględnili także takie czynniki, jak palenie papierosów, indeks masy ciała, wykształcenie i spożywanie alkoholu.

Najważniejsze wnioski z badania:

- Miejsca pracy, w których występuje wysoki poziom niebezpiecznych związków w powietrzu (pyły krzemionkowe, azbest, opary rozpuszczalników organicznych, spaliny silnikowe), mogą prowadzić do większego ryzyka zachorowania na RZS, a także powodować inne dolegliwości, np.: związane z układem oddechowym;
- Na ryzyko rozwoju RZS duży wpływ może mieć przebywanie w miejscach o dużym zanieczyszczeniu powietrza, w tym kontakt z pyłem krzemionkowym, który powstaje w czasie procesów cięcia, piłowania, wiercenia czy kruszenia betonu, cegieł itp.;
- Większe ryzyko zachorowania na RZS dotyczy osób pracujących fizycznie;
- Zawody o zwiększonym ryzyku zachorowania na RZS wykonywane przez mężczyzn to: murarze, operatorzy betoniarek, operatorzy zajmujący się transportem materiałów, elektrycy, elektrycy;
- U kobiet nieznacznie zwiększone ryzyko wystąpienia RZS zaobserwowano u pielęgniarek.

<https://www.healthline.com/health-news/certain-jobs-higher-risk-for-ra#1>

Ból

sygnał ostrzegawczy

NIE TYLKO W RZS

Ból (*łac. dolor*) wg Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (*International Association for the Study of Pain – IASP*) jest nieprzyjemnym, subiektywnym doznaniem czuciowym i emocjonalnym powiązany z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek. Prosta definicja... **W rzeczywistości jednak ból jest złożonym zjawiskiem fizjologicznym. Spełnia on w organizmie ważną funkcję ostrzegawczą, informując o zagrożeniu chorobą lub będąc już jej objawem.**

DR N. MED. ROBERT RUPIŃSKI
REUMATOLOG

Ból bywa czasem nazywany „piątym parametrem życiowym”. Traktowanie go na równi z ciśnieniem, tętnem, temperaturą ciała czy liczbą oddechów związane jest z powszechnością jego występowania oraz dostępnymi obecnie możliwościami jego pomiaru. Ból jest najczęstszym klinicznym objawem w medycynie. Szacuje się, że w 80 proc. wszystkich wizyt lekarskich rozpoznawana jest jakaś forma bólu. Z drugiej zaś strony, wszyscy mamy poczucie, że w temacie terapii bólu jest jeszcze wiele do zrobienia.

Ból ponad podziałami

Zasadniczy podział bólu związany jest z mechanizmem jego powstania oraz długością trwania. Najczęstszy rodzaj bólu to tzw. ból receptorowy*. Nazwa pochodzi od sposobu powstania bodźca bólowego. W tym wypadku za sprawą czynnika fizycznego lub chemicznego dochodzi do podrażnienia receptorów bólowych, czyli nocycceptorów. Nocycceptory są wyspecjalizowanymi komórkami układu nerwowego – obwodowymi neuronami czuciowymi, które odbierają sygnał o zagrożeniu i przewodzą go do rdzenia kręgowego. Z rdzenia informacja bólowa jest przekazywana do wyższych piętér ośrodkowego układu nerwowego (ośrodkowy neuron czuciowy), przede wszystkim do wzgórza, mostu oraz podwzgórze. W tych miejscach dochodzi do percepcji (uświadomienia) rodzaju, miejsca oraz siły bólu. Trzeba przy tym dodać, że na poszczególnych piętérach opisanego szlaku przewodzenia „informacja bólowa” jest

modulowana – wzmacniana lub częściej osłabiana. Ciekawe jest to, że za przewodzenie różnych bodźców są odpowiedzialne neurony czuciowe o innej budowie: grube włókna typu Aβ (dotyk, wibracja), średniej grubości włókna typu Aδ (ból ostry, dobrze zlokalizowany), cienkie włókna typu C (ból rozlany). Niezwykle istotnym kryterium podziału bólu jest czas jego utrzymywania się. Arbitralnie przyjęto, że mówimy o bólu ostrym, gdy trwa on do trzech miesięcy. W przypadku dłużej utrzymujących się dolegliwości bólowych rozpoznajemy ból przewlekły. Ból ostry związany jest z wyraźną przyczyną – uszkodzeniem tkanki lub czynnikiem chorobowym, które stanowią istotne zagrożenie dla organizmu. Właśnie w przypadku bólu ostrego najistotniejsze znaczenie ma jego pozytywna rola ostrzegania przed niebezpieczeństwem.

Problemy z bólem przewlekłym

Ból przewlekły pojawia się, gdy dolegliwości bólowe trwają dłużej niż trzy miesiące lub utrzymują się po wygojeniu uszkodzonych tkanek. U pacjentów z bólem przewlekłym występują mechanizmy powodujące istotne obniżenie jakości życia – zaburzenia fizjologiczne, psychologiczne i społeczne. Zależą one od czasu trwania i natężenia bólu, a nie od przyczyny jego powstania. U chorych z bólem przewlekłym nie obserwuje się charakterystycznego dla bólu ostrego pobudzenia układu współczulnego i wewnątrzwydzielniczego. Zamiast pobudzenia psychicznego i niepokoju pojawia się obniżenie nastroju i depresja, które przejawiać się mogą drażliwością, zdenerwo-



waniem, problemami ze snem, brakiem apetytu, zmniejszeniem libido, a nawet obniżeniem progu bólu. Większość chorych nie jest w stanie pracować zawodowo, zmniejszają się ich dochody i obniża standard życia. Kolejne problemy to obniżenie aktywności fizycznej i nadużywanie leków. Ból przewlekły można zatem określić jako chorobę samą w sobie, wymagającą wielokierunkowego postępowania. Stąd konieczność skutecznego zwalczania bólu ostrego, aby nie dopuścić do jego przejścia w ból o charakterze przewlekłym.

RZS – ból zapalny i nie tylko

Reumatoidalne zapalenie stawów jest schorzeniem przewlekłym o zapalnym, autoimmunologicznym podłożu, dla którego charakterystyczne jest symetryczne zapalenie wielu stawów. To właśnie zapalenie stawów jest przyczyną występowania typowych dolegliwości bólowych – głównego objawu RZS. Pobudzenie nocyceptorów obecnych przede wszystkim w torebce stawowej oraz strukturach okołostawowych związane jest z rozwojem zapalenia. Biorą w nim udział mediatory zapalenia, pod ich wpływem dochodzi do zapalenia błony maziowej (tzw. synovitis) oraz do obserwowanych w badaniu klinicznym takich objawów, jak: ból, sztywność, obrzęk, czasami zwiększona temperatura czy zaczerwienienie tkanek okołostawowych. Ból w RZS jest efektem bezpośredniego drażniącego oddziaływania mediatorów na nocyceptory (bodziec chemiczny) bądź pojawienia się nadmiernej ilości wysięku w stawie (rozciągnięcie torebki stawowej – bodziec mechaniczny). Ze względu na sposób powstania określamy go mianem bólu zapalnego. Typowe zapalne bóle występują zarówno w spoczynku, jak i przy wykonywaniu ruchów, nasilają się w godzinach porannych, towarzyszy im długotrwałe (nieraz kilkugodzinne) uczucie sztywności porannej. Sztywność w stawie pojawia się nie tylko rano, ale również po okresie dłuższego unieruchomienia (np. jazda samochodem). Jest to związane z mniejszym tempem usuwania mediatorów zapalenia ze stawu w czasie, gdy jest on gorzej ukrwiony (w spoczynku). Co ciekawe, długość i nasilenie sztywności porannej koreluje z aktywnością RZS mierzoną parametrami laboratoryjnymi (OB – odczyn Biernackiego, CRP – białko C-reaktywne), a jej ocena jest cenną kliniczną wskazówką dla reumatologa. Ból zapalny dotyczyć może także pozastawowych struktur układu ruchu – ścięgien i ich pochewek, przyczep-

pów ścięgien do kości (tzw. *enthesitis*), powięzi, a nawet mięśni. Zapalenie w przebiegu RZS dotyczy nie tylko stawów, ale ma istotny wpływ na cały organizm pacjenta (choroba układowa). W miarę upływu czasu niedostatecznie leczony proces zapalny prowadzi do destrukcji stawu, przede wszystkim chrząstki stawowej i podchrzęstnej warstwy kości (nadzkerki w badaniu radiologicznym). Chociaż sama chrząstka nie jest unerwiona i nie stanowi bezpośredniego źródła bólu, to uszkodzony staw staje się powodem dolegliwości bólowych o charakterze mechanicznym. Bóle mechaniczne związane z uszkodzeniem anatomicznych struktur stawu nasilają się podczas aktywności fizycznej, a ustępują w spoczynku. Podobny charakter mają dolegliwości bólowe w przebiegu choroby zwyrodnieniowej stawów (bóle zwyrodnieniowe) – są najbardziej dokuczliwe w godzinach popołudniowych i wieczornych. Może towarzyszyć im jedynie krótkotrwałe (do 30 minut) uczucie sztywności porannej. Bólom mechanicznym nigdy nie towarzyszą objawy ogólne. Rozróżnienie bólów zapalnych i mechanicznych ma podstawowe znaczenie w planowaniu terapii chorób układu ruchu. ●

* Biorąc pod uwagę mechanizm powstawania bólu, poza bólem receptorowym wyróżniamy także ból neuropatyczny oraz ból psychogeny.

Piśmiennictwo:

- Bijlsma J.W.J. (red.), EULAR textbook on rheumatic diseases. BMJ Group, London 2012
Gasik R. (red.), Terapia bólu w chorobach układu ruchu. II wyd. Bonnier Business Polska sp. z o.o., Warszawa 2014
Mularski R.A. et al., Measuring pain as the 5th vital sign does not improve quality of pain management. *J Gen Intern Med.* 2006; 21(6): 607-612

Remisja

BIEG Z PRZESZKODAMI

Wiedza na temat RZS w ciągu ostatnich trzech dekad bardzo się poszerzyła. Poznano złożone mechanizmy powstawania i rozwoju tej choroby. Zaczęto wykorzystywać lepsze narzędzia diagnostyczne służące do wczesnego ustalenia rozpoznania. Wprowadzono do terapii nowe leki modyfikujące przebieg choroby (syntetyczne i biologiczne). I choć całkowicie wyleczyć RZS wciąż nie potrafimy, to jednak terapia ma konkretny cel: remisję. Co utrudnia jego osiągnięcie?

DR N. MED. MAŁGORZATA PRZYGODZKA

REUMATOLOG, MAZOWIECKIE CENTRUM REUMATOLOGII I OSTEOPOROZY W WARSZAWIE

Zgodnie z obowiązującymi zaleceniami europejskiego i amerykańskiego towarzystwa do spraw zwalczania chorób reumatycznych (EULAR/ACR), lekarze określają remisję, posługując się cyframi mówiącymi o aktywności RZS. Kryteria remisji to co najwyżej jeden staw obrzęknięty i jeden bolesny. Ocena aktywności choroby na wizualnej skali VAS nie przekracza 1 cm, a wskaźnik DAS28 <2,6¹. Dla pacjenta remisja to brak objawów choroby, brak ograniczeń w codziennych aktywnościach zawodowych, rodzinnych i społecznych.

Wspólny cel

Po diagnozie RZS zarówno pacjent, jak i lekarz stają na starcie długodystansowego biegu, którego pierwszym ważnym etapem jest osiągnięcie remisji, kolejnym – jak najdłuższe jej utrzymanie. Kibicami tego biegu powinno być otoczenie pacjenta – rodzina, przyjaciele i znajomi. Im więcej osób zaangażowanych jest w pomoc osobie chorującej, tym lepiej, bo mając wsparcie i zrozumienie, łatwiej jest znosić trudy leczenia i pokonywać pojawiające się w jego trakcie przeszkody. Walka o wspólny cel jest łatwiejsza, jeśli pacjenta i lekarza łączy zaufanie i zrozumienie, pozwalające ustalić wspólną strategię postępowania i konsekwentnie ją realizować. Pacjent ma prawo oczekiwać od swojego lekarza, że ten omówi z nim wszystkie etapy i elementy leczenia, od farmakoterapii z jej możliwo-

ściami, ograniczeniami, powikłaniami i wyborem leków, przez fizykoterapię, codzienną aktywność fizyczną, dietę, aż po aktywność zawodową i społeczną. Zadaniem dla pacjenta na starcie leczenia RZS jest zdobycie o swojej chorobie wiedzy, która umożliwi mu aktywny udział w procesie leczenia.

Narzędzia do osiągnięcia remisji

Wyzwaniem dla lekarza jest prowadzenie farmakoterapii zgodnej z obowiązującymi standardami, monitorowanie efektów leczenia i działań niepożądanych leków, tak aby jak najszybciej obniżyć aktywność choroby i osiągnąć remisję. Największe korzyści i najszybszy efekt terapeutyczny uzyskują pacjenci, u których leczenie włączane jest w pierwszych 16 tygodniach od zachorowania. Pacjenci już na tym etapie muszą uzbroić się w cierpliwość. Remisja jest możliwa do osiągnięcia po sześciu miesiącach leczenia lekiem modyfikującym przebieg choroby, choć już po trzech miesiącach można zaobserwować znaczącą poprawę stanu chorego. To powinno być motywacją do dalszego leczenia. Niestety, rozpoczęcie leczenia od metotreksatu, leku cytostatycznego stosowanego również w onkologii, często budzi lęk. Z obawy przed powikłaniami już na tym, tak ważnym, etapie chorzy nie stosują się w pełni do zaleceń lekarza. Ocenia się, że tylko 40 proc. chorych z RZS przestrzega wszystkich wytycznych terapii.



Pacjent chorujący na RZS musi dbać o prawidłową masę ciała, gdyż wpływa ona nie tylko na zmniejszenie obciążenia stawów, ale także zwiększa szanse na remisję.

Warto uświadomić sobie, że jeśli nie podejmiemy próby leczenia tak szybko, jak to możliwe, skazujemy się na gorsze efekty leczenia w późniejszym okresie i rozwój zmian destrukcyjnych w stawach. Nie ulega wątpliwości, że remisję osiąga się trudniej u osób w zaawansowanym okresie choroby, z dokonanymi zmianami destrukcyjnymi oraz z wyższą aktywnością choroby. Z badania obserwacyjnego dotyczącego leczenia chorych na RZS w polskich poradniach wynika, że nie jest ono optymalne. Metotreksat włączany jest zbyt późno, stosowany głównie w postaci doustnej, w dawkach niższych niż rekomendowane, pomimo wysokiej aktywności choroby².

Tak więc na starcie naszego biegu kluczowe jest wczesne i agresywne leczenie, zalecone i kontrolowane przez lekarza, oraz jego akceptacja i stosowanie się do zaleceń przez chorego.

Trud utrzymania remisji

I tu rozpoczyna się kolejny etap naszego biegu, może nawet trudniejszy, wymagający większego zaangażowania ze strony

pacjenta niż lekarza – utrzymanie remisji. Osiągnąć ją możemy po około sześciu miesiącach od wdrożenia leczenia, a utrzymać chcielibyśmy przez lata, najlepiej na zawsze. Pozytywne jest to, że na tym etapie nie muszą towarzyszyć pacjentowi żadne objawy choroby – pod warunkiem, że stale będzie dbał o utrzymanie remisji lub niskiej aktywności choroby. Rolą lekarza na tym etapie biegu jest okresowa, co trzy–cztery miesiące, kontrola stanu chorego, monitorowanie badań laboratoryjnych i obrazowych pod kątem bezpieczeństwa i ewentualnych powikłań leczenia. Gdy pojawiają się cechy zaostrzenia choroby, lekarz musi intensyfikować lub modyfikować leczenie, wprowadzając drugi lek syntetyczny modyfikujący przebieg choroby lub dołączając lek biologiczny.

Odkrycie i wprowadzenie do kliniki w pierwszych latach XXI stulecia leków biologicznych wiązało się z nadzieją na uzyskanie długotrwałych remisji, umożliwiających niekiedy przerwy w farmakoterapii, tak zwaną remisję wolną od leków. Badania randomizowane pokazały jednak, że odstawienie leku biologicznego, po różnych okresach trwania remisji, powodowało nawrót choroby. Mimo coraz lepszych metod leczenia oraz kontroli chorych wciąż dwie trzecie osób nie odpowiada lub odpowiada w stopniu niezadowolającym na prawidłowo prowadzone leczenie. Poszukuje się czynników odpowiedzialnych za taką sytuację. Udowodniono, że wpływ na przebieg choroby i osiągnięcie remisji mogą mieć wysoka aktywność choroby na po-

czątku, obecność w wysokim mianie RF i/lub anty-CCP oraz zachorowanie w późniejszym wieku. Czynniki te są niezależne od pacjenta. Na szczęście są też takie, na które pacjent ma wpływ, by złagodzić przebieg choroby.

Palenie utrudnia remisję

Istotnym, niezależnym od stosowanego leczenia czynnikiem zwiększającym ryzyko ciężkiego przebiegu choroby oraz wzrostu oporności na farmakoterapię jest palenie papierosów. Substancje zawarte w dymie tytoniowym, wpływając na enzymy wątrobowe uczestniczące w metabolizmie leków, zaburzają osiągnięcie ich prawidłowego, terapeutycznego stężenia. Gdy mamy do czynienia z terapiami wielolekowymi, w których należy uwzględnić interakcje z innymi lekami, dodatkowy czynnik, jakim są papierosy, uniemożliwia należyte kontrolowanie leczenia³. Jeśli palisz papierosy, musisz mieć świadomość, że narażasz się na agresywniejszy przebieg choroby i gorszą odpowiedź na leczenie, a tym samym zmniejszasz swoją szansę osiągnięcia remisji czy niskiej aktywności choroby.

Szczupła sylwetka = mniejsza aktywność choroby

Kolejną przeszkodą w osiągnięciu remisji jest nadwaga i otyłość. Wzrost liczby osób otyłych, obserwowany w społeczeństwie, nie omija osób z RZS. Otyłość to powszechnie znany czynnik zwiększonego ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych (zawału, udaru mózgu), cukrzycy czy choroby zwyrodnieniowej stawów. Badania oceniające wpływ masy ciała na przebieg RZS udowodniły, że nadmiar kilogramów jest bardzo silnym czynnikiem pogarszającym przebieg choroby i odpowiedź na leczenie⁴. W badaniu kanadyjskich autorów większość, bo aż 69 proc., chorych z RZS we wczesnym etapie miała nadwagę lub otyłość. Osoby z nadwagą i otyłością miały odpowiednio o 25 proc. i 47 proc. mniejsze prawdopodobieństwo osiągnięcia remisji⁵. Nadmiar tkanki tłuszczowej, w której zachodzą reakcje zapalne, wpływa na aktywację makrofagów i utrzymywanie się stanu zapalnego. Otyłość i palenie papierosów to w pełni modyfikowalne czynniki wpływające na przebieg RZS. Wyeliminowanie ich może poprawić efekty leczenia, usunąć bóle stawów, zahamować tworzenie destrukcji stawowych, wpłynąć na poprawę ogólnej sprawności fizycznej i psychicznej.

Jaka dieta sprzyja remisji?

Dla utrzymania prawidłowej masy ciała konieczne są ruch i prawidłowa dieta. Nie ma naukowych dowodów, jakoby stosowanie jakiejś szczególnej diety chroniło przed zachorowaniem na RZS czy mogło wyleczyć z choroby. Dieta powinna być zbilansowana, dostosowana do wieku, codziennej aktywności oraz wykonywanego zawodu. Uważa się, że ze względu na właściwości prozapalne należy ograniczać czerwone mięso. Warto zastanowić się nad dietą śródziemnomorską, bazującą na warzywach, rybach, owocach i ziołach.

Pacjenci często pytają, czy dieta bezglutenowa oraz eliminująca rośliny psiankowate ma wpływ na przebieg choroby. Nie ma jednak jednoznacznych dowodów naukowych, aby diety eliminacyjne przynosiły korzyści choremu na RZS. Ważne jest, aby posiłki były urozmaicone, spożywane o stałych porach, ostatni nie później niż trzy godziny przed snem. Warto spotkać się z dietetykiem klinicznym, który pomoże ustalić indywidualny jadłospis, uwzględniający wszystkie uwarunkowania pacjenta.

Codzienna dawka ruchu

Dla utrzymania prawidłowej masy ciała, sprawności stawów oraz dobrego samopoczucia konieczna jest codzienna porcja ruchu. Ruch musi być oczywiście dostosowany do wieku, chorób towarzyszących i uszkodzenia stawów, jednak istotne

Po diagnozie RZS zarówno pacjent, jak i lekarz stają na starcie długodystansowego biegu, którego pierwszym ważnym etapem jest osiągnięcie remisji, kolejnym – jej jak najdłuższe utrzymanie. Kibicami tego biegu powinno być otoczenie pacjenta – rodzina, przyjaciele i znajomi.

jest to aby trwał minimum 30 minut każdego dnia. Najlepiej, jeśli jest to regularna gimnastyka w domu, np. w ramach porannego rozruchu, oraz jakaś aktywność poza domem – spacer, basen, ćwiczenia z instruktorem.

W osiągnięciu remisji, a co ważniejsze – w jej utrzymaniu, konieczne jest połączenie doświadczenia lekarza z wysiłkiem pacjenta. Styl życia, jaki prowadzi chory, bezpośrednio przekłada się na przebieg RZS. Jest on czynnikiem ułatwiającym bądź utrudniającym remisję i jest niezależny od prowadzonej farmakoterapii. Modyfikacja sposobu życia, zadbanie o prawidłową masę ciała, dietę, ruch oraz znalezienie sobie angażującego hobby to trudne zadania. Wymagają czasu koniecznego do zmiany nawyków. Uświadomienie sobie obecności przeszkód na drodze do osiągnięcia czy utrzymania remisji jest pierwszym krokiem do ich eliminacji. ●

Piśmiennictwo:

- Smolen J.S., Landewe R., Bijlsma J. et al., EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease – modifying antirheumatic drugs: 2016 update ; Ann Rheum Dis; 2017; 76(6): 960-97
- Sikorska-Siudek K., Przygodzka M., Radomski R., Ocena stosowania metotreksatu u chorych na RZS w polskich poradniach reumatologicznych – plakat <http://naukawpolsce.pap.pl>
- Levitsky A. et al., Obesity is a strong predictor of worse clinical outcome and treatment responses in early rheumatoid arthritis: results from the SWEFOT trial. RMD 2017
- Schulman et al., Overweight and Obesity Reduce the Likelihood of Achieving Sustained Remission in Early Rheumatoid Arthritis: Results from the Canadian Early Arthritis Cohort Study. Arthritis Care Res (Hoboken). 2017 Nov 30. doi: 10.1002/acr.23457. [Epub ahead of print]

Z RZS przez **Cztery** **pory** roku

Choć to sprawa w dużej mierze indywidualna, łatwo zauważyć, że niektóre pory roku bardziej sprzyjają pacjentom z RZS, a inne mniej. **Oczywiście leczenie farmakologiczne jest niezależne od pór roku, jednak sezonowa aura wpływa na samopoczucie chorych, ich aktywność, styl życia, dietę, a ostatecznie także na ogólny stan zdrowia.**

EWA WALEWSKA
REUMATOLOG



Wiosna

Początek wiosny często wiąże się z tzw. przesileniem, kiedy czujemy się osłabieni, zmęczeni i ospali. Gwałtownie zmieniająca się pogoda może negatywnie wpływać na samopoczucie osób wrażliwych. Tym nie mniej w miarę wydłużania się dnia i zwiększania ilości naturalnego światła słonecznego, nasze samopoczucie powinno się poprawiać. Ciepło i budząca się do życia przyroda sprzyjają większej aktywności. Jeśli regularnie przebywamy na świeżym powietrzu, w kwietniu/maju możemy odstawić suplementację witaminą D. Oczywiście pod warunkiem, że nie chorujemy na osteoporozę oraz nie mieliśmy stwierdzonych dużych niedoborów tej witaminy. W tych sytuacjach zalecana jest suplementacja przez cały rok. Jeśli masz wątpliwości, czy potrzebujesz ciągłego przyjmowania witaminy D, zapytaj o to swojego lekarza. Zwykle 15 minut dziennie na słońcu wystarczy, żeby organizm sam wyprodukował dostateczną ilość witaminy D. Nie przedłużajmy jednak pobytu na słońcu bez ochrony przeciwsłonecznej.

Wiosna to dobry czas na wizyty profilaktyczne i badania okresowe. Umów się na kontrolną wizytę stomatologiczną. Profilaktyka próchnicy zębów jest oczywiście konieczna u wszystkich, jednak na uszkodzenia szkliwa zębów bardziej narażone są osoby z występującym w przebiegu RZS zespołem suchości (wtórnym zespołem Sjögrena, w którym dochodzi do upośledzenia wydzielania śliny i łez).

Wiosenną nadwyżkę energii najlepiej wykorzystaj na uprawianie sportów na zewnątrz. Nie rezygnując z czapki oraz kurtki chroniącej przed wiatrem, warto zaopatrzyć się w komplet kijków do nordic walkingu. Trzy razy w tygodniu wybierzmy się do parku, lasu lub na osiedlową ścieżkę i 45 minut żwawo maszerujemy. Idealnie, jeśli mamy w tej aktywności towarzystwo.

Lato

Długi dzień pełen światła i krótka noc sprzyjają dobremu samopoczuciu, a początek lata zwykle oszczędza nam upałów. Korzystaj z tego, co przynosi lato, ale w bezpieczny sposób. Chroń skórę przed słońcem, stosując kremy z filtrami ochronnymi (UV 50+). Pamiętaj, że nie wszyscy mogą poddawać skórę działaniu słońca, nawet przez zalecane 15 minut dziennie. Osoby z jasną karnacją oraz dużą liczbą znamion są szczególnie narażone na ryzyko powstania zmian nowotworowych. W ich przypadku filtr słoneczny jest absolutną koniecznością, a ponieważ nawet ten najwyższy nie chroni w 100 proc., należy po prostu unikać opalania. Niektóre leki, są fotouczulające – zanim skorzystasz z kąpeli słonecznych, porozmawiaj z lekarzem.

Choć długie letnie dni powodują, że zwykle śpimy krócej, postaraj się poświęcić na sen 7–8 godzin. W czasie letnich upałów nie przegrzewaj organizmu. Negatywne ich skutki mogą być szczególnie dokuczliwe i niebezpieczne dla osób z chorobami sercowo-naczyniowymi. Z tego powodu przed urlopem wykonaj wszystkie niezbędne badania, a w przypadku dalekich wyjazdów konieczne szczepienia ochronne. Sporty na świeżym powietrzu uprawiaj rano lub wieczorem, kiedy temperatura jest niższa. Codziennie wypijaj przynajmniej 2 litry niesłodzonej wody np. z cytryną lub miętą. Latem łatwiej jest zachować zdrową dietę, dlatego zamień choć część posiłków mięsnych na ich roślinne zamienniki. Wykorzystaj bogactwo warzyw i owoców obfitujących w witaminy i antyutleniacze.

Pamiętaj, nie tylko ty masz urlop – dlatego umów się do swojego reumatologa z wyprzedzeniem!

Jesień

Wczesna jesień ma dużo zalet. Na zewnątrz wciąż mamy dostateczną ilość światła, a dietę urozmaiconą urodzajem owoców, warzyw, orzechów i... grzybów. Sezon grzybowy to dobry pretekst do wycieczki do lasu. Uważaj jednak na kleszcze. Ubieraj się w długie spodnie i koszulę z długimi rękawami. Używaj też specjalnego aerozolu odstraszającego owady. Wracając z lasu, dokładnie obejrzyj skórę na całym ciele. Jeśli zauważysz kleszcza, natychmiast usuń go, używając pęsety (nie smarujemy go żadnymi substancjami). Miejsce ugryzienia dezynfekuj i dokładnie obserwuj. Wszelkie niepokojące objawy (szczególnie rumień, gorączkę) należy zgłosić lekarzowi.

Przygotowując się do sezonu jesiennie-zimowego, włączamy suplementację witaminy D – najczęściej jest to 2 tys. jednostek witaminy na dobę. W indywidualnych przypadkach lekarz zaleca wyższe dawki.

Przygotowując się do sezonu jesiennie-zimowego, włączamy suplementację witaminy D – najczęściej jest to 2 tys. jednostek witaminy na dobę. W indywidualnych przypadkach lekarz zaleca wyższe dawki. Witamina D wchłaniana jest w tłuszczach, dlatego przyjmujemy w trakcie posiłku. Warto pomyśleć również o szczepieniach ochronnych. Porozmawiaj ze swoim lekarzem o szczepieniach przeciw grypie (można je wykonać już w drugiej połowie września). Dodatkowo należy rozważyć szczepienie przeciw pneumokokom – szczepienie podstawowe obejmuje jedną dawkę szczepionki. Ewentualne szczepienie przypominające wykonujemy nie wcześniej niż po pięciu latach. Wraz z upływem czasu jesień zmienia aurę na bardziej ponurą. Niestety, okres jesiennie-zimowy sprzyja wystąpieniu stanów obniżonego samopoczucia i depresji. Osoby żyjące z RZS są na nią bardziej narażone niż osoby zdrowe. Szacuje się, że depresja może występować nawet u połowy chorych, ale tylko u 25 proc. z nich jest rozpoznana. Utrzymujące się w RZS duże stężenie cytokin prozapalnych może powodować zaburzenia w zachowaniu pacjentów i częstsze występowanie u nich depresji. Depresja ma negatywny wpływ na przebieg RZS, nasilając objawy somatyczne choroby. Z drugiej strony, skuteczność leczenia depresji jest mniejsza przy wysokiej aktywności RZS. Konieczne jest więc jednoczesne leczenie obu chorób i ich wczesne rozpoznanie. Zmęczenie, smutek, trudności z wykonywaniem codziennych czynności zbyt często kładziemy na karb choroby przewlekłej, nie podejrzewając, że oprócz RZS dotyka nas coś więcej. Jeśli w ciągu dnia nie możesz się skoncentrować, wszystko cię boli, nie masz ochoty rano wstać, myć się, ubierać, nie panujesz nad emocjami, niepokoisz

się, bliscy wyprowadzają cię z równowagi – koniecznie zgłoś się do lekarza. Na konsultację można zgłosić się do lekarza rodzinnego, reumatologa lub do psychiatry. Nie czekaj, aż obniżony nastrój sam minie!

Zima

Zima to niestety sezon infekcyjny. Unikaj kontaktów z osobami chorymi na grypę i przeziębionymi. Przestrzeganie zasad higieny, takich jak częste mycie rąk, może uchronić cię przed infekcjami. Staraj się nie korzystać z zatłoczonych środków transportu, unikaj dużych skupisk ludzi, zakupów w galeriach handlowych. Pomimo brzydkiej pogody regularnie ćwicz. Niska temperatura za oknem nie powinna być usprawiedliwieniem dla braku aktywności ruchowej. O tej porze roku warto zmobilizować się do ćwiczeń w domu. Przygotuj sobie luźny strój, gruby ręcznik lub koc, butelkę wody i... komputer, bo właśnie w internecie znaleźć można najprostsze zestawy ćwiczeń, idealne dla pacjentów z RZS. Zacznij od ćwiczeń wzmacniających mięśnie przykręgosłupowe i mięśnie brzucha. Hasło do wpisania w internetową wyszukiwarkę to np. „ćwiczenia na zdrowy kręgosłup”. Staraj się dokładnie wykonywać wszystkie polecenia, od tego zależy efekt ćwiczeń. Wykonuj je w wolnym tempie, mocno napinając mięśnie brzucha, a jeśli poczujesz zmęczenie lub ból, wówczas odpuść na chwilę i odpocznij. Unikaj przeciążeń, ćwiczeń wymagających gwałtownych, szybkich ruchów skrętnych, przesadnych wymachów lub podskoków, bo zwiększają możliwość urazów. Prawidłowy trening powinien składać się z następujących kolejno trzech faz: rozgrzewki, właściwego treningu i rozciągania. Na początku ćwiczenia powinny być mniej wymagające. Później zwiększamy ich intensywność. Ćwiczenia powinny zająć ci przynajmniej 30 minut trzy-cztery razy w tygodniu.

Choć zimą trudniej o świeże warzywa i owoce, to nawet podczas mrozów można zachować zdrową, urozmaiconą dietę. Wbrew pozorom zima ma swoje kulinarne zalety, a nawet sezonowe warzywa, które właśnie wtedy smakują najlepiej. W twoim menu nie powinno zabraknąć kiszzonek, warzyw okopowych (czerwone buraki, marchew, rzepa, seler) oraz zimowych warzyw liściastych (cykoria, kapusta biała i czerwona, brukselka, jarmuż). Zamiast drogich nowalijek i warzyw sprowadzanych z dalekich krajów, kupuj krajowe mrożonki, które świetnie zachowują zimą swoje wartości odżywcze. Załóż w kuchni własną uprawę kielków i dodawaj je np. do kanapek.

Każda pora roku ma swoje uroki i każda stawia przed nami wyzwania. Nie ulega jednak wątpliwości, że przez wszystkie 365 dni w roku należy w swoim kalendarzu uwzględniać fakt chorowania na RZS i przestrzegania zaleceń reumatologa. ●



GDY jedzenie nie cieszy

Utrata apetytu jest wymieniana jako jeden z pierwszych objawów RZS. Niechęć do jedzenia może też być skutkiem przyjmowanych w terapii RZS leków. Wprawdzie znacznie częściej mówi się o problemie nadwagi i otyłości u pacjentów z RZS, jednak niedobór kilogramów wynikający z zaburzeń łaknienia nie powinien być lekceważony.

MALWINA PRUSKA-STRAKACZ
DIETETYK

Niebezpieczna utrata mięśni

W badaniu Munro z 1997 r. wykazano, że u osób z RZS częściej niż w zdrowej populacji stwierdza się niską masę ciała. Po rozpoznaniu choroby u jednej na osiem kobiet dochodziło do utraty 15 proc. wagi. Stwierdzano utratę przede wszystkim masy mięśniowej. Zaobserwowano również, że kobiety, które znacząco schudły, gorzej oceniały swoją sprawność¹. Zbyt niska waga może być równie niezdrowa, jak nadwaga. Nie jest powszechnie znany fakt, iż zbyt niski BMI wiąże się z większym ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych, które u pacjentów z RZS i tak wzrasta². Dlatego utrzymanie optymalnej dla siebie wagi oraz odpowiedniej masy mięśni ma ogromne znaczenie dla zdrowia i kondycji fizycznej pacjentów. Za główne przyczyny chudnięcia i utraty masy mięśniowej u chorych uważa się: obecność stanu zapalnego, brak aktywności fizycznej i zaburzenia hormonalne.

Stan zapalny a apetyt

Stan zapalny jest naturalnym sposobem obrony organizmu, jego fizjologiczną odpowiedzią na infekcję lub skaleczenie. W RZS dochodzi do zaburzenia tego procesu i przewlekłego stanu zapalnego. We wspomnianym badaniu Munro większy spadek masy ciała występował u kobiet z silniejszym stanem zapalnym³. Stan zapalny może bowiem z jednej strony zwiększać wydatek energetyczny organizmu, z drugiej zaś powodować jadłowstręt. Dzieje się tak za sprawą zwiększonej produkcji cytokin prozapalnych, odpowiedzialnych za uszkodzenia stawów (TNF-alfa, czyli czynnik martwicy nowotworów, interleukina-1beta i interleukina-6), które jednocześnie mają działanie hamujące apetyt. Cytokiny te mogą również wpływać na zmniejszenie masy mięśniowej.

Depresja, leki, mniejsza sprawność

Depresja jest częstym powikłaniem RZS, które według różnych szacunków dotyka od 14 do nawet 48 proc. chorych. Objawia się zmęczeniem, trudnościami ze snem, obniżonym nastrojem oraz często utratą apetytu⁴. Jadłowstręt u osób z RZS może być wynikiem prowadzonego leczenia. Leki stosowane w RZS mogą powodować utratę apetytu lub prowadzić do zaburzeń, które mogą pośrednio wpływać na zmniejszenie ilości zjadanych posiłków. Dlatego także tak ważne jest poinformowanie lekarza o niepokojących nas działaniach niepożądanych.

Niechęć do jedzenia może również mieć związek ze zmniejszoną sprawnością fizyczną. Uszkodzone przez chorobę stawy ograniczają ruchy rąk i nóg, przez co utrudniają wykonywanie codziennych czynności, w tym przygotowywanie posiłków. To z kolei może wpływać na zmniejszenie chęci do regularnego ich spożywania. Zarówno depresja, jak i ograniczenia w funkcjonowaniu powodują izolację osób chorych, która także wpływa na zmniejszenie apetytu.

Jak radzić sobie z utratą apetytu?

W związku z faktem, iż przyczyny utraty apetytu u osób z RZS są wieloczynnikowe, należy przyjrzeć się każdemu z potencjalnych zagrożeń odrębnie. Ważna jest współpraca z lekarzem

i osiągnięcie podstawowego celu leczenia, jakim jest zmniejszenie stanu zapalnego w obrębie stawów. Nie należy bagatelizować objawów depresji i unikać kontaktu z psychologiem lub psychiatrą. Osoby, które mają trudności z poruszaniem się, należy otoczyć dodatkową opieką w zakresie pomocy w robieniu zakupów i przygotowaniu posiłków. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych leków, które wpływają na zmniejszenie apetytu, należy o nich poinformować lekarza prowadzącego. Swoją walkę z brakiem apetytu pacjent może także wspomóc odpowiednią dietą i planem żywienia.

Dieta na wzmocnienie apetytu

U osób, którym nie dopisuje apetyt, bardzo ważne jest wprowadzenie regularności w spożywaniu posiłków. Nie można czekać, aż będziemy głodni, bo to może nie następować. Należy traktować kolejne posiłki jako stałe punkty w planie dnia. Nie musimy jeść dużo, porcje mogą być niewielkie, ważne jest jednak to, by organizm w stałych odstępach czasu otrzymywał kolejne dawki energii. Przygotowywane potrawy powinny być lekkostrawne. Najlepiej jest gotować na parze, dusić bez wcześniejszego obsmażania lub piec. Warto zadbać o to, aby dania były kolorowe i atrakcyjnie podane. W końcu wszyscy jemy oczami. W poprawie smaku i atrakcyjności potraw pomogą świeże zioła, tj.: tymianek, oregano, bazylija, pietruszka, kolendra czy koperek. W celu zwiększenia apetytu można stosować owoce kopru włoskiego, melisę i tymianek.

Mimo trudności z dostarczeniem organizmowi dostatecznej ilości energii, należy ograniczyć składniki będące źródłem pustych kilokalorii, tj. słodczyce i tłuste przekąski. Zamiast nich lepiej jest wzbogacać gotowe posiłki o kaloryczne, ale zdecydowanie zdrowsze dodatki, np. oliwę z oliwek, masło czy śmietankę. Posiłki powinny być dobrze zbilansowane i zawierać zarówno tłuszcze, białka, jak i węglowodany w odpowiednich proporcjach.

Nie zapominajmy o wypijaniu odpowiedniej ilości płynów, czyli co najmniej 2 l wody dziennie. Z zastrzeżeniem, że przed i w trakcie posiłku powinniśmy ograniczyć ilość wypijanych płynów, gdyż mogą one wpływać na zmniejszenie zjadanych porcji. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych leków w postaci stanu zapalnego jamy ustnej i żołądka, z diety należy wyeliminować: ostre potrawy, sosy i zupy przygotowane na bazie wywarów mięsnych, owoce cytrusowe, kefiry, maślanki i zsiadłe mleko, kawę oraz mocną herbatę. Natomiast w celu zmniejszenia mdłości związanych z lekami, należy jeść potrawy schłodzone lub w temperaturze pokojowej, dzięki czemu mają one słabszy zapach i nie powinny wzmagać dolegliwości. ●

Piśmiennictwo:

- Munro R., Capell H., Prevalence of low body mass in rheumatoid arthritis: association with the acute phase response, *Annals of the Rheumatic Diseases* 1997; 56: 326–329
- Kremers H.M., Nicola J.P., Crowson C.S. et al., Prognostic Importance of Low Body Mass Index in Relation to Cardiovascular Mortality in Rheumatoid Arthritis, *ARTHRITIS & RHEUMATISM*, Vol. 50, No. 11, November 2004, pp 3450–3457
- Rall L.C., Roubenoff R., Rheumatoid cachexia: metabolic abnormalities, mechanisms and interventions, *Rheumatology*, Volume 43, Issue 10, 1 October 2004, Pages 1219–1223
- Matcham F., Rayner L., Steer S., Hotopf M., The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis, *Rheumatology* 2013;52:2136–2148

NA patelnię? CZY DO garnka?

Chcąc zmienić naszą dietę na zdrowszą, eliminujemy z niej pewne produkty, innych jemy więcej, przeszukujemy półki w poszukiwaniu etykiet „superfoods” i „bio”, tymczasem pierwszy krok do poprawy nawyków żywieniowych leży w obróbce termicznej przygotowywanych potraw. **To, jak przygotujesz swój posiłek, w dużym stopniu determinuje, czy będzie ci on służył, czy szkodził.** Dziś na naszym dietetycznym ringu staną naprzeciw siebie: smażenie i gotowanie.

JANEK MODZELEWSKI

G

GOTOWANIE

- Samo w sobie nie zwiększa kaloryczności przygotowywanych produktów.
- Gotowanie warzyw w wodzie powoduje utratę minerałów i witamin, szczególnie witaminy C oraz witamin z grupy B¹. Część z tych składników odzyskamy, jeśli nie wylejemy wody, w której gotowały się warzywa, a wykorzystamy ją np. do ugotowania zupy.
- Proces gotowania dobrze zachowuje kwasy omega-3 w rybach².
- Produkty ugotowane są lekkostrawne³.
- Gotowanie zwiększa przyswajalność niektórych prozdrowotnych składników, np. likopenu w pomidorach⁴.
- Gotowanie dość dobrze zachowuje witaminy rozpuszczalne w tłuszczach (A, K, D i E)⁵.

S

SMAŻENIE

- Zwiększa kaloryczność przygotowywanego posiłku (podczas smażenia produkty tracą wodę i wchłaniają tłuszcz).
- Smażenie – szczególnie tzw. głębokie w wysokiej temperaturze – powoduje powstawanie tłuszczów typu trans. Są one odpowiedzialne za zwiększone ryzyko wielu chorób, m.in.: cukrzycy typu 2, chorób serca, otyłości i raka^{6, 7, 8, 9, 10}.
- Jedzenie smażonych dań może wiązać się z wysokim ciśnieniem krwi oraz niskim poziomem dobrego cholesterolu HDL¹¹.
- Spożywanie smażonych produktów może wiązać się z insulinoopornością¹².
- Smażenie produktów – szczególnie zwierających skrobię (np. ziemniaki) – powoduje powstawanie z nich akrylamidu¹³, który podejrzewany jest o zwiększanie ryzyka wystąpienia niektórych typów raka¹⁴.
- Ten rodzaj obróbki kulinarnej powoduje dużą utratę kwasów omega-3 w rybach¹⁵.
- Proces smażenia dobrze zachowuje witaminę C oraz witaminy z grupy B¹⁶.

Wynik

Po zapoznaniu się z listą zalet i wad obu sposobów obróbki termicznej, nikt chyba nie ma już wątpliwości, że w tej rozgrywce zwyciężcą jest gotowanie. Łatwo zauważyć, że to po prostu dużo zdrowsza forma przygotowywania posiłków niż smażenie. Co więcej, dzięki gotowaniu produkty stają się lżej strawne i większa jest przyswajalność niektórych ich składników. Zatem nie do końca prawdziwe jest twierdzenie, że najlepiej jeść warzywa wyłącznie na surowo. Pamiętajć jednak trzeba, że gotowanie gotowaniu nierówne. Warzywa najlepiej gotować na parze i krótko (tak, aby zachowały swą strukturę i chrupkość). Jeśli zdecydujemy się na gotowanie ich w wodzie, to najlepiej wykorzystać ją potem np. do przyrządzenia zupy. Również smażenie, choć z zasady

mniej zdrowe, ma swoje lepsze i gorsze formy. Najbardziej zdrową formą smażenia jest tak zwany stir-frying, czyli krótkie smażenie z intensywnym mieszaniem. Najlepiej jeśli użyjemy do niego mieszanki tłuszczu (np. oliwy) i wody. Najgorsze formy smażenia to te, w których tłuszcz podgrzewany jest do bardzo wysokiej temperatury (długie smażenie w głębokim tłuszczu). W przypadku tej obróbki termicznej bardzo ważny jest też wybór odpowiedniego tłuszczu. Smażąc, unikaj olejów bogatych w wielonienasycone kwasy tłuszczowe (np. słonecznikowy), wybieraj te bogate w kwasy jednonienasycone (np. oliwa z oliwek, olej rzepakowy) lub nasycone (np. masło klarowane, olej kokosowy). Jeśli nie masz medycznych wskazań do unikania smażenia, nie

musisz zrezygnować z niego zupełnie, ale ogranicz liczbę smażonych posiłków do 1–2 tygodniowo i przygotuj je zgodnie z przedstawionymi powyżej zasadami. ●

Piśmiennictwo:

- ¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19650196>
- ² <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3550962/>
- ³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19843593>
- ⁴ <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,3977-05,gotowanie-warzyw-nie-zawsze-niszczy-zawarte-w-nich-witaminy.html>
- ⁵ jw.
- ⁶ <https://academic.oup.com/jrn/article/135/3/562/4663700>
- ⁷ <https://academic.oup.com/ajcn/article/66/4/1006S/4656011>
- ⁸ <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199008163230703>
- ⁹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24944061/>
- ¹⁰ <http://www.izz.waw.pl/pl/component/content/article/8-edukacja/eufic/88-ocena-kwasow-tuszczowych-typu-trans-dokonana-przez-efsa>
- ¹¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14668269/>
- ¹² <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15639678/>
- ¹³ <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/3527600418.mb7906e0003/full>
- ¹⁴ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14705871>
- ¹⁵ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3550962/>
- ¹⁶ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9713586>

Wpisać RZS w swoje „SZ”CZĘŚCIE

Radosna kobieta z aparatem fotograficznym w dłoni, otoczona przez zgraję psów, biega po parku Grabiszyńskim. Uśmiecha się, robiąc kolejne ujęcia. Za chwilę odprowadzi psy do domu i pójdzie na siłownię. W drodze powrotnej zje bezglutenowe ciastko w kawiarence na wrocławskim rynku. **28-letnia Barbara Wierszyłło żyje normalnie, ale na tę normalność musi ciężko pracować.** Dwa lata temu zdiagnozowano u niej RZS.

WYSŁUCHAŁA ALEKSANDRA ZALEWSKA-STANKIEWICZ

Barbara Wierszyłło cieszy się życiem, zwłaszcza że tykające wokół niej zegary przypominają o jego ulotności. A wskazówek wokół siebie ma mnóstwo, bo pracuje w sklepie z zegarkami. Bardzo lubi to zajęcie. Ludzie przychodzą kupić prezent albo skrócić bransoletkę, ale chcą też porozmawiać. Czasem się zwierniają, czasem po prostu rozmawiają o pogodzie. Barbara czuje się tam jak ryba w wodzie.

– Na rozmowie kwalifikacyjnej powiedziałam przyszłemu szefowi, że mam problem ze stawami i szukam lżejszej pracy. Znajomi mi odradzali, mówiąc, że taka szczerość zmniejszy moje szanse na zdobycie tego etatu. Postawiłam na otwartość i to była bardzo dobra decyzja. Zatrudnili mnie, a ja poczułam ulgę, że nie muszę niczego ukrywać – mówi Barbara.

Jeszcze dwa lata temu jej życie wyglądało zupełnie inaczej. Pobudki o godzinie 5 lub wcześniej. Tramwajem lub rowerem do pracy, śniadanie dopiero około 10, podczas przerwy. Żyła tak intensywnie, że nieraz łapała zadyszkę. I to dosłownie. – *Hardcore* – tak opowiada o tym okresie w swoim życiu. – *Pracowałam w dużym sklepie odzieżowym. Zarządzałam kilkunastoosobowym zespołem. Miesiąc po tym, jak dostałam awans, zaczęły się problemy. Podczas rozpakowywania towaru bolały mnie ręce. Kłopotliwe było nawet zapięcie guzików w ubraniach, które klienci zostawiali w przymierzalni. Dokuczały mi kolana, kiedy trzeba było ułożyć towar w magazynie, wspinając się po drabinie na wysokość trzech metrów.*

Pod koniec kwietnia 2016 r. Barbara trafia do szpitala. Tego ranka budzi ją tak silny ból całego ciała, że nie jest w stanie podnieść się z łóżka. – *Z łóżka zeszałam w złotym tempie. Każdy ruch był wielkim wysiłkiem. Nogi były tak sztywne, że nie mogłam ich zgnać. Trafiłam do szpitala we Wrocławiu, na Oddział Reumatologii i Chorób Wewnętrznych. Myśli, że jej kiepski stan, objawiający się zmęczeniem i bólem całego ciała, zwłaszcza nóg, jest efektem przepra-*



cowania. Po pięciu dniach zbiera się w sobie i wychodzi na przepustkę, aby pojawić się na komunii bratanka. Do dziś pamięta ból kolan podczas pozowania do komunijnego zdjęcia.

Po powrocie do szpitala z ust lekarzy zaczęło padać słowo RZS. – *Mówili jednak, że mam się niczym nie martwić, że leki pomogą i będę żyć normalnie, bez bólu.*

Zaczyna przyjmować leki. Wraca do pracy, nie może jednak wykonywać tak ciężkich czynności jak wcześniej. Prosi koleżankę o pomoc przy zamknięciu szafki. W czasie przerwy nie może otworzyć butelki z sokiem czy batonika. – *Poinformowałam zespół i przełożonych o mojej chorobie. Koleżanki i koledzy odnaleźli się w tej sytuacji bardzo dobrze, starali się być pomocni, ale nie można było mojej pracy zorganizować w taki sposób, abym nie musiała wykonywać wysiłku fizycznego. Dlatego zaczęłam rozglądać się za czymś innym, chociaż trudno było mi zostawiać mój zespół.*



Miało być jak wcześniej, a nie było. Barbara nie czuje się najlepiej w swojej skórze. W wyniku przyjmowania sterydów waga rośnie o 15 kg. Basia musi odpuścić siłownię, chociaż wcześniej spędzała w niej kilka godzin w tygodniu.

– Podnosiłam sztangi, wyciskałam z siebie siódme poty. Aż nagle nie byłam w stanie uprawiać żadnego sportu. Byłam załamana. Miałam w planach przebiec półmaraton, zaczęłam do niego przygotowania – długotrwały plan treningowy.

Desperacja kobiety jest coraz większa, pojawiają się stany depresyjne. W międzyczasie odwiedza różnych lekarzy. – Czasem miałam po dwie wizyty dziennie – jedną na NFZ, drugą prywatnie. Chodziłam od lekarza chorób zakaźnych do reumatologa, od neurologa do ortopedy. Zawsze miałam przy sobie teczkę z pełną dokumentacją, zwłaszcza kartę z poprzedniej wizyty. Szukałam pomocy, ale większość specjalistów bezradnie rozkładała ręce. A propos rąk. Jeden z lekarzy powiedział, że muszę koniecznie je odciążyć...

Na jednej z kontroli u reumatologa dowiedziała się, że realizowany jest program badań klinicznych pewnego leku. Lekarka mówi, że to jej szansa na leczenie biologiczne, które powinno być włączone jak najszybciej. Postanawia zadzwonić i umówić się z lekarzem. – To była bardzo złowista sytuacja. Nie dość, że umówiłam się na ostatni dzień kwalifikacji, to jeszcze wyznaczono mi wizytę na godzinę 5.30 rano – śmieje się Barbara. Do programu ją zakwalifikowano.

Psychicznie moment przełomowy nadchodzi po pierwszym spotkaniu z fizjoterapeutką. – Przez miesiąc ćwiczyłyśmy trzy

razy w tygodniu. Spotykałyśmy się na siłowni, co dla mnie miało duże znaczenie i było namiastką normalności. Z zajęć wychodziłam zadowolona – jak kiedyś po normalnym treningu. Fizjoterapeutka nie traktowała mnie jak osobę niepełnosprawną, a gdy odczuwałam ból np. barku, organizowała ćwiczenia tak, by nie angażować i nie obciążać bolących stawów.

Uzupełnieniem ćwiczeń były masaże. No i dieta. – Myślę, że nowy sposób odżywiania złagodził objawy choroby Hashimoto z którą się również zmagam. Najpierw się buntowałam. Myślałam sobie, jak to mam czegoś nie jeść? Ale potem poczułam, że zmiana stylu życia przynosi efekty. Miałam dużą motywację, dzięki której wytrwałam w postanowieniach. Wrocław ułatwia mi codzienne życie. Tutaj wszystko jest dostępne, są nawet kawiarnie i restauracje oferujące bezglutenowe ciasta czy inne smakołyki.

Teraz Barbara Wierszytło żyje „normalnie”, co oznacza, że swoje życie podporządkowała chorobie w takim zakresie, który jest dla niej akceptowalny. Na przykład przeważnie nie pracuje w poniedziałki – po to, aby zregenerować siły po niedzielnych zastrzykach metotreksatu. Co dwa tygodnie przyjmuje lek biologiczny. Planuje powrócić do swojej fotograficznej pasji. – W czasie choroby wszystko zeszło na dalszy plan. Aparat był zbyt ciężki, a przyciski zbyt małe – mówi Barbara. Chciałaby, aby głównymi bohaterami jej zdjęć były zwierzęta. Fascynuje ją temat sportowego posłuszeństwa i obrony sportowej. Chciałaby także zrealizować marzenie o biegu w półmaratonie.

– Dostałam zielone światło od fizjoterapeutki, powoli wracam do biegania. Nie jest to jeszcze takie tempo jak wcześniej, no i oczywiście biegam krótsze dystanse, ale założyć buty do biegania, włączyć ulubioną muzykę i przebiec jak kiedyś pięć kilometrów – bezcenne.

Zakręcony na punkcie psów jest też partner Barbary – Piotrek. Są razem od ośmiu lat. Na forum poświęconym owczarkom niemieckim są znani jako „Sz-team”. Szanta i Szachraj – to ich psy, a kot nazywa się Szajba. W swoim gronie czują się „SZ”częśliwi. ●



Zdrowy Związek

MIMO CHOROBY

Mówiąc o chorobie przewlekłej, często zapominamy, że kładzie się ona cieniem nie tylko na życiu pacjenta, ale też jego otoczenia. Zwykle najczęściej obowiązków spada wtedy na osoby najbliższe, np. partnera. Skąd ma on brać siłę do ich wykonywania? **Jak nie dopuścić do tego, żeby RZS czy inna przewlekła choroba nie zrujnowały związku?** O tych kwestiach rozmawiamy z dr Izabelą Pawłowską, pracownikiem naukowo-dydaktycznym II Wydziału Psychologii Uniwersytetu SWPS we Wrocławiu, psychoterapeutą poznawczo-behawioralnym z długoletnią praktyką.

ROZMAWIAŁA MAGDALENA RÓG

Choroba przewlekła, poza samym pacjentem, zazwyczaj mocno dotyka także jego partnera. Jaki jest jej wpływ na relacje w związku? I czy jest to wpływ zawsze negatywny?

– Choroba przewlekła często zmienia rozkład ról w rodzinie. Czasami oznacza to przejęcie niektórych funkcji w związku przez partnera, który do tej pory nie dominował np. w podejmowaniu kluczowych decyzji, zarządzaniu domem czy w organizacji codziennego życia. Zdarza się również, że osoba, która dotąd dawała najczęściej wsparcia członkom rodziny, sama zaczyna go potrzebować. Nie zawsze taka zmiana ról jest jednak niekorzystna.

Zanim role w domu zostaną na nowo podzielone, trzeba się zmierzyć z samą diagnozą choroby przewlekłej u partnera. Jak ludzie z reguły na taką wieść reagują?

– Tu nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Reakcje zależą od przekonań danej osoby na temat choroby partnera. Są związane z jej poziomem lęku, tolerancji zmian i niepewności, a także skuteczności w radzeniu sobie z sytuacjami stresowymi. Jeśli chodzi o natężenie stresu, to badania mówią, że u opiekuna chorego przewlekłe jest ono takie samo jak u pacjenta. Liczy się natomiast to, czy traktuje on taką sytuację jako wy-



zwanie, czy jako przekraczające jego możliwości obciążenie, na ile potrafi być w swoich reakcjach elastyczny, jaki ma poziom optymizmu, czy potrafi mobilizować swoje zasoby itd. Uczucia osoby towarzyszącej bliskiemu z chorobą przewlekłą związane są też z jej stopniem zaangażowania przed zachorowaniem, z tzw. uczuciowością wyższą, np. poziomem empatii, bliskością w stosunku do partnera. Jej postawa – podobnie jak postawa samego pacjenta – ewoluuje w czasie, jest na początku dynamiczna i przechodzi kolejne fazy przystosowania się do roli partnera chorego.

Na razie mamy więc mnóstwo różnych zależności. Czy jest coś, co schorzenie przewlekłe zawsze „wnosi” do związku?

– Na pewno choroba przewlekła zmienia jakość życia chorego i jego partnera. Jej konsekwencje odnoszą się do kilku obszarów funkcjonowania: biologicznego, psychologicznego, behawioralnego i środowiskowego. Ponieważ cechują nas różnice indywidualne, wpływ takiej sytuacji nie na wszystkich jest identyczny. U niektórych może spowodować naprawdę znaczną dezorganizację życia, u innych natomiast nie.

Od czego więc zależy poziom chaosu, jaki choroba wprowadza w życie?

– Wiele zależy od osobowości pacjenta, jego aktualnej sytuacji oraz otrzymywanego wsparcia. Bardzo ważnym aspektem jest to, jakie znaczenie chory nadaje swojemu schorzeniu, czyli jak interpretuje fakt zachorowania. Jednak trzeba powiedzieć, że mimo tych indywidualnych różnic, każda choroba przewlekła zmienia postrzeganie siebie, zmniejsza poczucie kontroli rozumiane jako ograniczenie swobody w podejmowaniu życiowych decyzji, a jednocześnie zwiększa koncentrację na własnym ciele i jego funkcjonowaniu. Do najczęstszych psychologicznych konsekwencji RZS można zaliczyć zwiększenie zależności chorego od pomocy innych, wyższy poziom stresu, a w konsekwencji utrudnienie realizacji swoich społecznych ról. Poziom dezorganizacji życia zależy nie tylko od pacjenta, ale i samej choroby – jej właściwości, dynamiki oraz rokowania.

Nie wspomniała pani o tym, ale osoby chore bardzo często wydają się sobie mniej atrakcyjne, także fizycznie. Czy ten aspekt może przekładać się na relacje w związku?

– Może, ale nie musi. Jeśli związek jest oparty tylko na atrakcyjności fizycznej, prawdopodobnie takiej próby nie przetrwa. Jeśli jednak bazuje na uczuciach wyższych, ten aspekt z pewnością nie będzie najważniejszy. W przypadku naprawdę bliskiej więzi emocjonalnej, wykształconego poczucia prawdziwego zobowiązania, przyjaźni i przywiązania, partner chorego jest w stanie nawet wzmocnić jego poczucie atrakcyjności.

A jak poradzić sobie z pojawiającym się u pacjentów poczuciem winy związanym z faktem, że nasza choroba zmusiła partnera do zmiany dotychczasowego stylu życia?

– Jest na pewno łatwiej, kiedy czujemy, a nawet lepiej, jeśli słyszymy w otwartym komunikacie, że partner jest z nami, pomaga nam, wspiera nas z własnego wyboru i z chęci towarzyszenia nam. Ze strony chorego natomiast powinny płynąć konkretne wskazówki i informacje, jakiej pomocy potrzebuje.

Czyli istnieją bardziej i mniej „zdrowe” sposoby funkcjonowania w związku, gdzie jeden z partnerów cierpi na schorzenie chroniczne?

– Tak. Zacznę od tych „niezdrowych”, ponieważ są bardziej widoczne. Mówiliśmy o dawaniu wsparcia choremu, ale ważne jest, aby okazywane mu troska i pomoc nie były nadmierne i nie odbierały mu całej autonomii. Wyłączenie pacjenta we wszystkim może przyspieszać jego proces utraty samodzielności i odbierać inicjatywę. Nieadaptacyjne jest również izolowanie chorego, ograniczanie wspólnych – w tym towarzyskich – aktywności. Podobnie stygmatyzowanie go, poprzez widzenie jedynie przez pryzmat schorzenia – a przecież poza częściową utratą zdrowia pod wieloma względami nasz partner jest tą samą osobą, jaką był przed diagnozą. Dobrze jest zatem, aby związek funkcjonował podobnie jak wcześniej, a jedyną modyfikacją było przestrzeganie zaleceń medycznych oraz wspieranie chorego w trudniejszych momentach, np. związanych z bólem czy stresem.

Ogromna rola wsparcia ze strony najbliższych, jako czynnika warunkującego radzenie sobie z chorobą przewlekłą, nie podlega dyskusji. Ale skąd partner pacjenta ma czerpać siły do tego, żeby mu wciąż takie wsparcie dawać?

– Osoba towarzysząca chorującemu przewlekłe jest poddawana większej życiowej presji i ma więcej obowiązków niż inni, zwłaszcza jeśli schorzenie, na które cierpi jej partner, upośledza codzienne funkcjonowanie. Stąd powinna zadbać przede wszystkim o to, aby samemu dostawać wsparcie, np. ze strony rodziny czy przyjaciół, oraz umieć z tego wsparcia korzystać.

Badania pokazują, że takie wsparcie pozwala opiekunowi zachować dobrą formę fizyczną oraz psychiczną, dzięki czemu może długo i skutecznie dbać o bliską osobę. Tym, co mu dodatkowo pomaga – ponieważ zmniejsza poczucie lęku i braku kontroli nad sytuacją – jest wiedza na temat schorzenia, znajomość potrzeb i problemów chorego. Zrozumieniu tych kwestii służyć może zarówno kontakt z lekarzem prowadzącym, jak i z psychologiem, który pracuje z osobami chorymi przewlekłe.

Choroba przewlekła może spowodować poważny kryzys w związku, a nawet doprowadzić do jego rozpadu. Co leży u podstaw tego typu problemów?

– Badania na temat kryzysu w związkach osób chorych na RZS pokazują, że ponieważ schorzenie to przyczynia się do wzrostu zależności od innych, zwiększa się liczba konfliktów między pacjentem i jego bliskimi, a w szczególności partnerem. Nierzadko osoby chore z czasem postrzegają otrzymywane wsparcie społeczne jako mniejsze. Konieczności coraz częstszego wyłączenia bliskiej osoby niejednokrotnie towarzyszy większy, ciągle narastający stres, który może zmniejszyć poczucie satysfakcji ze związku – i to u obojga partnerów. Wydaje się, że czynnikiem, który prowadzi do rozstań czy rozwodów w takiej sytuacji, jest zbyt duże obciążenie związane z opieką nad chorym.

Jak zatem zminimalizować ryzyko rozpadu związku?

– Przede wszystkim należy dobrze wybrać partnera, dbać o to, by związek opierał się na przyjaźni i wzajemności, ale – co najważniejsze w przypadku partnera osoby chorującej przewlekłe – mieć świadomość, że opieka nad chorym to trudne i wymagające zadanie, dlatego wsparcie innych jest niezbędne. Rozszerzając sieci wsparcia partner osoby chorej może zadbać o optymalny poziom własnych zasobów oraz podzielić się obowiązkami z innymi.

Od czego jeszcze zależą rokowania dla takiego związku? Czy np. płeć albo wiek pacjenta lub jego partnera mają tu jakieś znaczenie, a może liczą się zupełnie inne czynniki?

– Ze statystyk i badań wynika, że kobiety są bardziej wytrwałe w pełnieniu opieki nad chronicznie chorym partnerem, co często tłumaczy się ich biologiczną rolą, ale też kulturowymi oczekiwaniami. Niemniej jednak mężczyźni również – są niejednokrotnie pokazują moją praktyka psychologiczna – są niezwykle oddanymi, wspaniałymi opiekunami swoich partnerów. W każdym z takich przypadków kluczowy wydaje się jeden czynnik – były to pary, które cechowała wzajemna miłość, przyjaźń, partnerstwo oraz silne poczucie przywiązania i zobowiązania. ●

Jakie Ortezy PRZY RZS?

Postępujące zniekształcenia stawów, oprócz bólu i uczucia sztywności porannej, są głównym problemem narządu ruchu chorego na RZS.

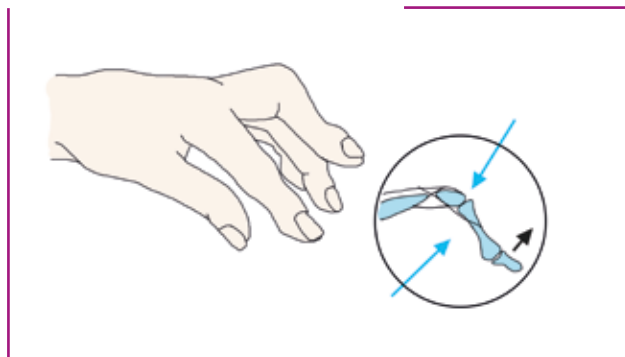
DR N. MED. ELŻBIETA SKORUPSKA

FIZJOTERAPEUTA, ADIUNKT W KATEDRZE REUMATOLOGII I REHABILITACJI UM W POZNANIU

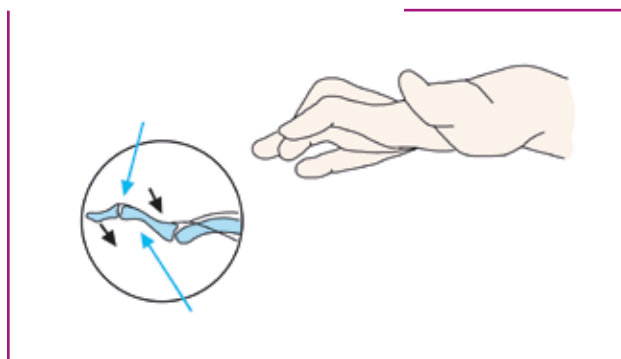
Obok farmakoterapii i rozmaitych metod fizjoterapii, pacjentom zaleca się stosowanie różnego rodzaju sprzętów i przyrządów, które pozwalają na odciążenie ręki reumatoidalnej (chirotechnika), w tym specjalistycznych ortez chroniących zmienione chorobowo stawy przed przeciążeniami podczas wykonywania codziennych czynności. Dobór odpowiedniej ortozy powinien być dokonywany przez lekarza lub fizjoterapeutę.

Ortezy dla dłoni reumatoidalnej

U chorych na RZS znajdują zastosowanie zarówno ortozy powszechnie używane w ortopedii, np. na staw kolanowy czy łokciowy, jak i zaprojektowane specjalnie dla tej grupy chorych ortozy przeznaczone głównie dla dłoni reumatoidalnej. Podstawowym problemem pacjentów chorujących na RZS są zmiany zniekształcające stawy palców – o typie butonierki oraz łabędziej szyjki. (ryc. 1, ryc. 2).



Ryc. 1 Deformacja typu „palec butonierkowate”



Ryc. 2 Deformacja typu „łabędzia szyja”

Deformacja w typie butonierki powstaje w skutek pęknięcia podłużnego taśmy prostownika palca i zsunięcia się jej na bok stawu międzypaliczkowego bliższego, poniżej osi obrotu. Dochodzi do przykurczu w stawie międzypaliczkowym bliższym z przeprostem w stawie międzypaliczkowym dalszym.

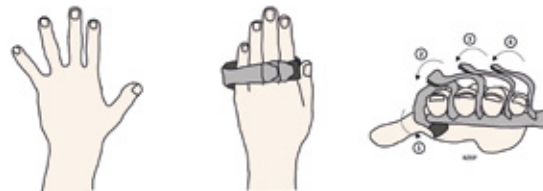
Deformacja typu „łabędzia szyja” powstaje wskutek przesunięcia ścięgien z bocznych powierzchni palców, w wyniku czego dochodzi do przeprostu w stawach międzypaliczkowych bliższych i zgięcia w stawach międzypaliczkowych dalszych.

Obserwacje potwierdzają, że ten drugi typ znacznie bardziej upośledza funkcję dłoni, dlatego szczególnie przy tym typie zniekształcenia należy jak najszybciej wprowadzać prewencyjne stosowanie ortez.

i Zasadniczym celem stosowania ortez jest hamowanie progresji zmian zniekształcających w okresie remisji choroby oraz korekcja istniejących już zmian.

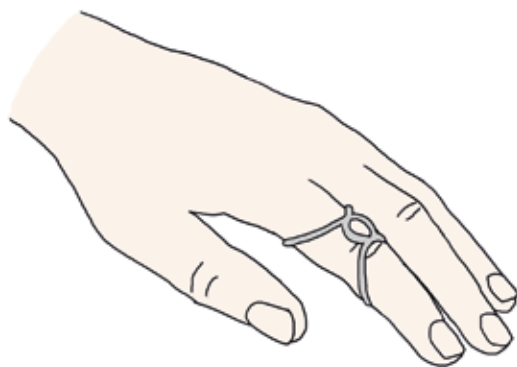
Istotne jest, aby pamiętać, że ortozy te powinny być stosowane czasowo w ciągu doby, należy unikać długotrwałego noszenia ortozy ze względu na ryzyko tworzenia się przykurczy i zeszywnień.

Zastosowanie znajdują również separatory, których można używać na noc przy mniej nasilonych zmianach.

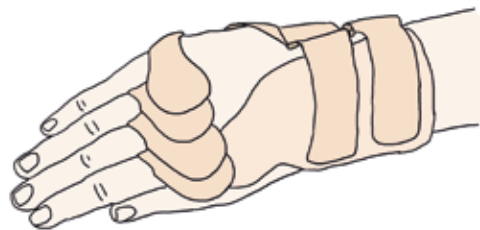


Ryc. 5 Ręka przed/ręka po korekcie/sposób zakładania

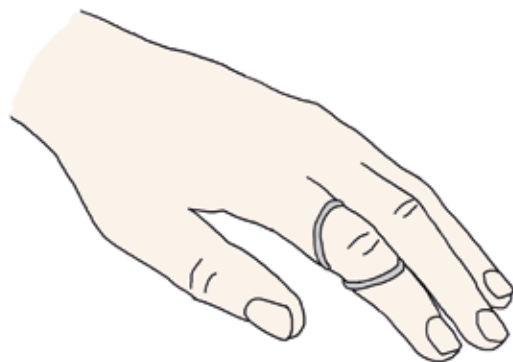
W celu korekcji odchylenia dołokciowego palców stosuje się ortozy elastyczne, lekkie i funkcjonalne, tj. orteza obrączkowa typu „Lesiak”, jeśli u chorego nie potwierdza się odchylenia promieniowego nadgarstka.



Ryc. 3 Orteza stosowana przy zniekształceniu palców dłoni typu „butonierka”



Ryc. 6 Orteza korygująca ulnaryzację palców dłoni



Ryc. 4 Orteza stosowana przy zniekształceniu palców typu „łabędzia szyjka”

U kogo ortozy dają najlepszy efekt?

Deformacje stawowe w RZS zostały sklasyfikowane wg czterostopniowej skali. Poprawy należy spodziewać się, jeśli chory ma możliwość samodzielnej korekcji zmienionego chorobowo stawu (pierwszy stopień) lub wymagana jest korekcja stawu za pomocą drugiej dłoni bądź innej osoby, z zastrzeżeniem, że chory jest w stanie utrzymać samodzielnie uzyskany efekt (drugi stopień). W pozostałych przypadkach zmienione chorobowo stawy mogą wymagać leczenia operacyjnego lub zastosowania narzędzi pozwalających na wykonanie poszczególnych czynności. ●

W domu i w gabinetach

CZYLI CO MOŻE KREM, A CO LASER?

O wygląd skóry twarzy i ciała możemy dbać poprzez codzienną pielęgnację, ale też korzystając z mniej lub bardziej inwazyjnych zabiegów, oferowanych przez kosmetyczki i lekarzy zajmujących się medycyną estetyczną. I choć reklamy kremów przekonują nas, że działają one „z siłą lasera”, tak naprawdę po laser trzeba niestety wybrać się do specjalisty. **Czego zatem możemy spodziewać się po najdroższym nawet serum, a czego po zabiegach kosmetycznych oraz medycynie estetycznej?**

MAŁGORZATA MARSZAŁEK

Wydaje się, że walka z oznakami upływającego czasu towarzyszy człowiekowi od zarania dziejów. Mówią o niej już źródła starożytne, dzięki którym wszyscy kojarzą Kleopatrze z kąpielami w oślim mleku. Dzisiaj, choć dysponujemy nieporównywalnie większymi możliwościami pielęgnowania urody, nadal tej walki nie wygraliśmy. Dlaczego?

Starzenie się to proces fizjologiczny

Na proces starzenia się skóry wpływają zarówno czynniki zewnętrzne, jak i wewnętrzne. Na te pierwsze mamy duży wpływ, na te drugie – mniejszy. Aby zachować młody wygląd skóry, przede wszystkim nie należy palić oraz unikać nadmiernej ekspozycji na słońce. Jednak wpływ promieniowania na skórę całkowicie wykluczyć się nie da. Pod jego wpływem powstają wolne rodniki, które niszczą struktury skóry i w dłuższej perspektywie odpowiadają za jej wiotczenie i zmarszczki. Dodatkowo pojawiają się przebarwienia i zmiany naczyniowe, z wiekiem spada pro-



dukcja kolagenu. Skórze nie służy też stres, który, podobnie jak słońce, stymuluje produkcję wolnych rodników. Całkowite wykluczenie stresu ze swojego życia jest praktycznie niemożliwe.

Jeszcze bardziej bezradni jesteśmy wobec naszej fizjologii. Im jesteśmy starsi, tym nasze komórki i organy są mniej wydajne i gorzej się regenerują. Bruzdy czy wiotcząca skóra twarzy to jedynie zewnętrzny efekt zmian zachodzących głębiej. Wynikają one z przebudowy struktur skóry i kości twarzoczaszki, zaniku podskórnej tkanki tłuszczowej, utraty naturalnego kwasu hialuronowego. Na to starzenie się nie mamy zbyt wielkiego wpływu.

Kosmetyk działa na poziomie naskórka

Wiara w to, że wklepywanym skrupulatnie w skórę kremem odwrócimy procesy fizjologiczne, jest niestety wiarą naiwną. Zresztą nie taka jest rola kosmetyków pielęgnacyjnych. Zgodnie z wymogami prawa żaden kosmetyk nie może zbyt głęboko wnikać w struktury skóry ani jej zmieniać. Zadaniem preparatów do pielęgnacji skóry twarzy i ciała jest nawilżanie skóry lub jej natłuszczenie. Kosmetyki pozostawiają na skórze warstewkę ochronną, dzięki której spowalnia się proces utraty wody z głębszych jej warstw przez naskórek. W efekcie skóra jest bardziej nawodniona, a ewentualne zmarszczki spłycone. Jednocześnie naskórek jest wygładzony, nie dokucza nam uczucie ściągnięcia, swędzenia czy pieczenia.

Zawarte w kosmetykach substancje aktywne, np. witaminy C, E, skwalen, ceramidy czy flawonoidy, działają jedynie na poziomie naskórka, nie wnikają w głębsze warstwy skóry, w których zachodzą procesy odpowiedzialne za starzenie się. Nie wnikają, ponieważ ich cząsteczki są zbyt duże, by przeniknąć przez barierę naskórka. Skóra człowieka jest tak zbudowana, by być nieprzepuszczalną dla substancji zewnętrznych. Dzięki temu do organizmu nie przenikają np. zanieczyszczenia z powietrza, ale również składniki aktywne kosmetyków.

Z czym do kosmetyczki?

W gabinecie kosmetycznym możemy oczekiwać bardziej zaawansowanej pielęgnacji. Zabiegi kwasami owocowymi w optymalnym dla naszej skóry stężeniu rozjaśnią przebarwienia, sprawią, że skóra nie będzie ziemista, a promienna. Zabiegi jonoforezy pozwalają na wprowadzenie substancji czynnych, np. witamin, w głębsze warstwy skóry. Jonoforeza wykorzystuje prąd galwaniczny, by przebić się przez barierę naskórkową.

Z kolei mezoterapia mikroigłowa, czyli nakłuwanie powierzchni skóry specjalnym rollerem, zmusza ją do przyspieszonej regeneracji. Do kosmetyczki można zgłosić się w celu wykonania głębszych peelingów oraz po laserowe usuwanie zbędnego owłosienia. Innymi słowy, są to zabiegi, które mają większą moc niż pielęgnacja domowa, które działają nieco głębiej, przez co poprawiają na jakiś czas wygląd skóry, ale jej trwale nie odmładzają. Mogą ewentualnie podtrzymać efekt odmłodzenia uzyskany w gabinecie medycyny estetycznej, np. po liposukcji warto korzystać w gabinecie kosmetycznym z zabiegów modelujących.

i

Aby zachować młody wygląd skóry, należy przede wszystkim zrezygnować z palenia papierosów oraz unikać nadmiernej ekspozycji na słońce.

Uroda spod igły

Lekarz zajmujący się medycyną estetyczną czy też kosmetolog pod nadzorem lekarza mają prawo wykonywać zabiegi inwazyjne, przebiegające z przerwaniem ciągłości skóry. Medycyna estetyczna daje możliwości zarówno zabiegów odmładzających, jak i odtwarzających, czego przykładem jest wypełnianie ubytków zanikających z wiekiem tkanki tłuszczowej czy kostnej za pomocą np. kwasu polimlekowego. Do zabiegów odmładzających zaliczyć można mezoterapię igłową, polegającą na wstrzykiwaniu do warstwy śródskórnej lub podskórnej substancji czynnych biologicznie. Korekcja powiek dolnych i górnych, nici poprawiające owal twarzy czy bardzo modna ostatnio „terapia Drakuli”, czyli wstrzykiwanie w skórę osocza bogatopłytkowego, to zabiegi inwazyjne będące domeną lekarza. Wszystkie one niosą ze sobą ryzyko powikłań, niektóre wymagają znieczulenia ogólnego lub miejscowego, stosowania leków na receptę, dlatego muszą być wykonywane pod pełną kontrolą. Dobrze przeprowadzone, znacząco potrafią odmłodzić skórę, a nawet diametralnie zmienić nasz wygląd. Pamiętaj jednak, że są to zabiegi inwazyjne i wiążą się z ryzykiem powikłań.

Przed zabiegami medycyny estetycznej lekarz przeprowadza szczegółowy wywiad z pacjentem. RZS nie jest przeciwwskazaniem bezwzględnym do inwazyjnego odmładzania, ale do każdego pacjenta należy podejść indywidualnie. Zawsze informuj lekarza medycyny estetycznej o swojej chorobie. Nie zaleca się wykonywania tego rodzaju zabiegów przy zaostrzeniu aktywności choroby. ●

Grotty

SOLNE

Choć przebywanie w grocie czy jaskini solnej nie jest tożsame ze spacerem nad brzegiem morza, to jednak **specyficzny mikroklimat, jaki w nich panuje, może przynosić konkretne korzyści dla zdrowia.** Nie tylko alergikom i astmatykom.

MAŁGORZATA MARSZAŁEK

Wizyty w grocie solnej to dla mieszkańców miast o zanieczyszczonym powietrzu okazja do pooddychania czystym powietrzem nasyconym minerałami, o niskiej zawartości alergenów. Warto rozważyć wizytę w takim miejscu szczególnie w okresach grzewczych, które przyczyniają się do powstawania smogu. Pobyt w grocie solnej nie tylko może wspierać układ oddechowy, ale też pozwala się wyciszyć i zrelaksować.

Do Solzbad czy do Wieliczki?

O dobroczynnym działaniu powietrza nasyconego cząsteczkami soli jako pierwszy donosił w roku 1843 doktor Feliks Boczkowski. Z czasem coraz śmielej zaczęto wykorzystywać sól do inhalacji, płukanek czy kąpeli, zwłaszcza w tych rejonach, w których znajdowały się kopalnie soli. W 1958 r. w kopalni w Wieliczce powstało pierwsze na świecie „solne sanatorium”, które zapoczątkowało rozwój speleoterapii, czyli terapii prowadzonych w naturalnych jaskiniach solnych. Metoda ta była stosowana wspomagająco w leczeniu przewlekłych chorób górnych i dolnych dróg oddechowych. Z powodu ogromnego zainteresowania speleoterapią zaczęły powstawać także sztuczne grotty solne, w których praktykowana jest haloterapia.

W świetle solnej lampy

Nowoczesna komora solna składa się z dwóch specjalnie wyposażonych pomieszczeń. Ściany, a często i podłogi jednego z nich wyłożone są blokami z soli kamiennej. Już samo to tworzy niecodziennie wnętrze, którego charakter podkreślają lampy z soli kamiennej, będące najczęściej jedynym źródłem światła podczas haloterapii. W drugim pomieszczeniu znajduje się halogenerator, który służy do wytwarzania suchego aerozolu chlorku sodu. Dzięki niemu



w pomieszczeniu właściwym do haloterapii, poprzez nasycenia powietrza drobkami suchego chlorku sodu w aerozolu, o stałej temperaturze (18–24°C) i stabilnej wilgotności (wilgotność względna 40–60 %), tworzy się dobroczynny mikroklimat. W celu oczyszczenia powietrza oraz utrzymania normalnego ciśnienia przy włączonych halogeneratorach do pomieszczenia terapeutycznego musi być doprowadzana dodatkowa wentylacja. Zbudowanie grotty solnej z prawdziwego zdarzenia jest kosztowne. Zdarzają się próby stworzenia grotty „na skrót”, bez halogeneraora czy oszczędniej wentylacji. Takie pomieszczenia nie przynoszą żadnego efektu terapeutycznego, a wręcz mogą szkodzić osobom ze skłonnością do alergii. Dlatego wybierając się do grotty solnej, warto się upewnić, czy dane miejsce zbudowane jest zgodnie z powyższymi zasadami.



Powietrze w grocie solnej nasycone jest korzystnymi dla zdrowia pierwiastkami, takimi jak:

- magnez – działa antystresowo i wpływa korzystnie na układ sercowo-naczyniowy,
- potas – poprawia ukrwienie skóry i działa pozytywnie na serce,
- jod – odpowiada za poprawne funkcjonowanie tarczycy,
- wapń – wzmacnia odporność organizmu,
- żelazo – jest niezbędnym składnikiem hemoglobiny,
- selen – spowalnia procesy starzenia,
- brom – uspokaja układ nerwowy,
- miedź – działa przeciwgrzybiczo.

Korzystny mikroklimat

Seans w grocie solnej trwa około 45–50 minut. Uczestnicy haloterapii zazwyczaj przyjmują pozycję półleżącą lub leżącą na specjalnych leżakach. W grocie panuje półmrok, często w tle sączy się relaksująca muzyka. Łatwo przysnąć, co nie jest żadnym faux pas. Do groty solnej najlepiej ubrać się w rzeczy wygodne, sportowe. Przed wizytą warto zadzwonić i dopytać o zasady, w niektórych miejscach wymagane jest przyniesienie skarpet na zmianę, do innych wchodzi się w specjalnych nakładkach na obuwie. Często w pomieszczeniu do haloterapii dostępne są pledy lub koce, którymi można się okryć, jeśli panująca w grocie temperatura jest dla nas za niska.

Czego możemy się spodziewać po haloterapii?

Początkowo z dobrodziejstw oddychania powietrzem przesyconym pierwiastkami obecnymi w soli kamiennej korzystały osoby mające problemy z układem oddechowym oraz alergicy. Pobyt w grocie solnej, tak naturalnej, jak i sztucznej, może zwiększać wentylację płuc, usprawniać wymianę gazową, rozszerzać oskrzela, działać przeciwwzapalnie i przeciwalergicznie. Popularność sztucznych grot solnych zaczęła się od pracy opublikowanej w 1995 r. przez A. V. Czerwińską i N. A. Zilber. Autorki obserwowały 124 pacjentów z przewlekłymi chorobami dolnych dróg oddechowych, takimi jak: astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli/przewlekła obturacyjna choroba płuc, rozstrzenie oskrzeli, mukowiscydoza, poddanych cyklowi zabiegów haloterapii (1 godz. dziennie przez 12–25 dni). U większości z nich stwierdziły one poprawę samopoczucia, złagodzenie kaszlu, ułatwienie odkrztuszania wydzieliny i poprawę niektórych wskaźników spirometrycznych oraz brak kolejnych zaostrzeń przez okres 3–12 miesięcy. Podobne efekty uzyskano w innych badaniach. Przeciwwskazaniem do korzystania z groty solnej jest klaustrofobia oraz takie schorzenia jak: choroby nowotworowe, otwarte rany, choroby płuc czy choroby nerek. ●

Pięmiennictwo

- Bar-Yoseph R., Kugelmann N., Livnat G. i wsp.: Halotherapy as asthma treatment in children: A randomized, controlled, prospective pilot study. *Pediatr. Pulmonol.*, 2016 Oct 10. doi: 10.1002/ppul.23621. [w druku]
- Chervinskaya A.V., Zilber N.A.: Halotherapy for treatment of respiratory diseases. *J. Aerosol Med.*, 1995; 8 (3): 221–232
- Gelardi M., Iannuzzi L., Miani A.G. i wsp.: Double-blind placebo-controlled randomized clinical trial on the efficacy of Aerosol in the treatment of sub-obstructive adenotonsillar hypertrophy and related diseases. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.*, 2013; 77: 1818–1824
- Kostrzon M., Czarnobilski K., Czarnobilska E.: Wpływ rehabilitacji pulmonologicznej w Kopalni Soli „Wieliczka” na kontrolę astmy – doniesienie wstępne. *Przegląd Lekarski*, 2015; 72 (12): 716–720
- Lazarescu H., Simionca I., Hoteteu M. i wsp.: Surveys on therapeutic effects of „halotherapy chamber with artificial saltmine environment” on patients with certain chronic allergic respiratory pathologies and infectious-inflammatory pathologies. *J. Med. Life*, 2014; 7 (Spec. Iss. 2): 83–87
- Sandell J., Hedman J., Saarinen K., Haahela T.: Salt chamber therapy is ineffective in treating eosinophilic inflammation in asthma. *Allergy*, 2013; 68 (1): 125–127



WYSTARTOWAŁA
4. edycja
 KAMPANII
RZS POROZMAWIAJMY

Ogólnopolską kampanię edukacyjną „RZS Porozmawiajmy” realizujemy już od trzech lat. W tym roku nie zwalniamy tempa i kontynuujemy działania mające na celu wsparcie osób chorych na reumatoidalne zapalenie stawów i ich bliskich. RZS wymaga od chorego nieustannej edukacji, dlatego przy tegorocznej 4. edycji kampanii kładziemy jeszcze większy nacisk na podnoszenie poziomu wiedzy na temat RZS oraz nowoczesnych metod leczenia. Specjalnie dla chorych przygotowujemy „Kartę praw pacjenta z RZS”. Jej celem będzie zwiększenie świadomości pacjentów na temat tego, jaki mogą mieć wpływ na jakość swojej terapii. Wierzymy, że dokument, który opracujemy, przyczyni się do polepszenia życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów.

Zorganizowany w zeszłym roku po raz pierwszy w Polsce webinar dla pacjentów z udziałem reumatologa cieszył się tak dużym zainteresowaniem, że chcemy kontynuować taką formę spotkań on-line. Odpowiadając na potrzeby, tegoroczne webinary odbędą się także z udziałem dietetyka oraz psychologa. Natomiast pacjentom, którzy nie korzystają z internetu,

będziemy w wybranych poradniach reumatologicznych i szpitalach przekazywali poradnik, z którego można dowiedzieć się m.in.: jakie są dostępne metody leczenia RZS, jakie kryteria należy spełnić, by zostać włączonym do programu lekowego B33 (*Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym*), w jaki sposób monitorować terapię oraz jak radzić sobie w sytuacjach trudnych.

O wszystkich aktywnościach podejmowanych w ramach tegorocznej kampanii „RZS Porozmawiajmy” będziemy na bieżąco informowali na profilu na Facebooku <https://www.facebook.com/rzsporozmawiajmy> oraz na stronie internetowej www.rzsporozmawiajmy.pl. Zachęcamy do obserwowania.

Kampania organizowana jest przez firmę Roche pod patronatem Stowarzyszenia „3majmy się razem” przy wsparciu Fundacji „JaTyMy”. ●



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



JUŻ JEST! NOWY SERWIS DLA PACJENTÓW CHORYCH NA RZS I ICH RODZIN!

WWW.RZSPOROZMAWIAMY.PL

- ➔ przeczytaj wskazówki jak przygotować się do wizyty lekarskiej
- ➔ wyszukaj placówki medyczne, w których prowadzone jest leczenie biologiczne
- ➔ zapoznaj się z cennymi informacjami na temat diagnostyki i leczenia RZS
- ➔ pobierz aplikację z ćwiczeniami zalecanymi w RZS
- ➔ obejrzyj filmy z bohaterami kampanii „RZS Porozmawiajmy”



**WEJDŹ NA STRONĘ WWW.RZSPOROZMAWIAMY.PL
I DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ NA TEMAT RZS!**