

AKTYWNI

NR 3 (20)/2018

ISSN 1234-123X

www.roche.pl

Forum RZS

>
**Stan
zapalny**

NIE TYLKO
RZS

>
Dieta

TO NIE
MODA

Na okładce

Aneta
Dowiedczyk

ROZCHODZIĆ RZS





WEJDŹ NA PROFIL **RZSPOROZMAWIAJMY** NA FACEBOOKU!

 facebook.com/rzsporozmawiajmy

- 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



Ta grupa była nam bardzo potrzebna! Wreszcie mamy gdzie porozmawiać o tym, z czym zmagamy się na codzień. Dzięki, że jesteście!

Ela, chora na RZS od 8 lat



POLUB NASZ PROFIL NA FACEBOOKU I BĄDŹ NA BIEŻĄCO!





Drodzy Czytelnicy

Choroba przewlekła, taka jak RZS, zmusza do ponownego zdefiniowania wielu aspektów swojego życia. Wymaga ona od pacjenta całościowego spojrzenia na swoje zdrowie i skłania do większej troski o styl życia. Powinniśmy dbać o siebie i to od „stóp do głów”, bo RZS jest schorzeniem ogólnoustrojowym.

Nie po raz pierwszy na naszych łamach zachęcamy do tego, by maksymalnie wykorzystać czas podczas wizyty lekarskiej i dobrze się do niej przygotować. Tym razem praktycznych porad w tym zakresie udziela reumatolog Ewa Walewska („Wizyta u reumatologa”, str. 11). Pamiętajcie też, że leczenie RZS odbywa się nie tylko w gabinecie reumatologa, ale często krzyżuje się z wieloma pozornie odległymi dziedzinami medycyny („Na skrzyżowaniu specjalizacji”, dr n. med. Małgorzata Przygodzka, str. 8). Mało tego, po opuszczeniu gabinetu lekarskiego to od pacjenta wiele zależy i to nie tylko w kwestii przestrzegania zaleceń terapii, ale także w kwestii stylu życia, czyli odpowiedniej ilości aktywności i zrównoważonej diety. Nie warto ulegać dietetycznym modom, które wyrastają jak grzyby po deszczu („Dieta to nie moda”, str. 14). Aby pokazać pacjentom nieco inną perspektywę życia z przewlekłym bólem, poprosiliśmy o rozmowę psycholog Sabinę Sadecką. Jak przekonuje nasza rozmówczyni, z RZS można dobrze żyć, mimo bólu. O innym podejściu do bólu i próbie jego zrozumienia przeczytacie w dziale Mamy Gościa („Żyj dobrze mimo bólu”, str. 21). Każda z osób zmagających się z RZS ma swoje własne sposoby na dobre życie. Nam bardzo podoba się ten Anety Dowiedczyk, która z chorobą walczy wsparta o kijki do nordic walkingu („Rozchodź RZS”, str. 18). Odpowiednio dobrana do możliwości chorego aktywność to nie tylko sposób na utrzymanie stawów w jak najlepszej kondycji, ale też źródło endorfin, dzięki którym zwyczajnie lepiej się czujemy.

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 Jagiello, KOORDYNACJA WYDAWNICZA: Marcin Pacho, REKLAMA: Iga Dudzik, WSPÓŁPRACA: dr n. med. Małgorzata Przygodzka, dr n. med. Robert Rupiński, dr n. med. Elżbieta Skorupska, Malwina Pruska-Strakacz, Aleksandra Zalewska-Stankiewicz, Magdalena Róg, ZDJĘCIA: Mateusz Mączka, Przemysław Ludwiczak, Marcin Pacho (okładka i Bohaterowie), Depositphotos, DRUK: topdruk24.pl



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) 608 213 403, www.musqo.pl

PL/RA/1812/0014

FORUM RÓŻNOŚCI

05 O TYM SIĘ MÓWI

06 POD LUPĄ

U SPECJALISTY

08 CO MÓWI LEKARZ?

Na skrzyżowaniu
specjalizacji



08

11 Z DOŚWIADCZEŃ PACJENTA

Wizyta u reumatologa

NA TALERZU

14 MENU

Dieta to nie moda

16 NA RINGU:

A JAK FORMA?

18 BOHATEROWIE

Aneta Dowiedczyk

21 MAMY GOŚCIA

Sabina Sadecka

24 RUSZAJMY!

Jak kompleksowo
dbać o narząd ruchu

STYLE ŻYCIA

26 URODA

Do podologa marsz

KIERUNEK

28 PARKI

Spacerem po parku



18



21



26



SKUTKI NADMIERNEGO STOSOWANIA GLIKOKORTYKOSTEROIDÓW U PACJENTÓW Z RZS

Jak wynika z badania przeprowadzonego wśród polskich pacjentów, blisko 30 proc. chorych na RZS jest leczonych lekami steroidowymi, z czego aż dwie piąte przez ponad 5 lat.

Badanie ankietowe zostało przeprowadzone w maju 2018 r. przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem”. Wzięło w nim udział 812 chorych na RZS, z czego 95 proc. stanowiły kobiety, głównie w średnim wieku (30–50 lat). Autorzy badania zwracają uwagę na fakt, że leki glikokortykosteroidowe są stosowane u 27,83 proc. pacjentów z RZS, z czego u ponad 40 proc. z tej grupy dłużej niż przez 5 lat.

Zgodnie z zaleceniami EULAR glikokortykosteroidy (GSK) nie powinny być stosowane dłużej niż 3–6 miesięcy. Krótkoterminowe stosowanie GKS należy rozważyć przy rozpoczęciu lub zmianie terapii LMPCh. Należy unikać długoterminowego, przewlekłego stosowania leków GSK, ponieważ mają bardzo dużo działań niepożądanych, zwiększają ryzyko m.in.: osteoporozy, nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych czy zaćmy. Glikokortykosteroidy działają szybko, trzeba jednak pamiętać, że nie leczą choroby i nie zapobiegają uszkodzeniu stawów w przebiegu RZS. Dodatkowym problemem jest to, że u chorych na RZS, którzy są leczeni przewlekłe steroidami, proces odstawienia tych leków jest długotrwały. Steroidy przyjmowane przez wiele lat powodują zaburzenia własnej produkcji hormonów sterydowych.

Źródło: PAP, <https://pulsmedycyny.pl/zbyt-wielu-chorych-na-rzs-jest-leczonych-steroidami-941766>



RZS A CHOROBY PŁUC

Zidentyfikowano związek genetyczny między śródmiąższowym zapaleniem płuc (powiązaniem z RZS) a idiopatycznym włóknieniem płuc.

Śródmiąższowe zapalenie płuc może współistnieć z RZS lub być konsekwencją jego leczenia. Powoduje postępujące blizny w tkance płuc, upośledzenie czynności płuc i w ostateczności prowadzi do zgonu. Z kolei idiopatyczne włóknienie płuc (IPF) jest najczęstszym rodzajem postępującego zwłóknienia płuc. W tym schorzeniu powstające w płucach blizny w szybkim tempie pogłębiają się, przez co chorym ciężko jest wziąć głęboki oddech, a ich płuca nie mogą przyjmować wystarczającej ilości tlenu. Średni czas przeżycia pacjentów z IPF wynosi od trzech do pięciu lat.

Postawiono hipotezę, że obydwa schorzenia mogą mieć wspólny genetyczny mianownik. Aby to sprawdzić, przeanalizowano ponad 6000 przypadków pacjentów z RZS, zarówno chorujących jednocześnie na choroby płuc, jak i o zdrowych płucach. Badacze odkryli, że specyficzna cecha genetyczna, która powoduje znaczny wzrost wytwarzania śluzu w płucach i jest najsilniejszym czynnikiem ryzyka genetycznego idiopatycznego włóknienia płuc, jest również najsilniejszym czynnikiem ryzyka śródmiąższowej choroby płuc współwystępującej z RZS. Odkrycie tego związku pozwoli na szybką identyfikację pacjentów z RZS, u których występuje ryzyko zwłóknienia płuc, oraz objęcie ich programem interwencyjnym.

Źródło: Science Daily



LICZY SIĘ CZAS

W tym roku Światowy Dzień Reumatyzmu odbył się pod hasłem „Don't Delay. Connect Today”.

Idea obchodów ma na celu zwrócenie uwagi na wieloletnie opóźnienia diagnostyczne w chorobach reumatycznych i pokazanie kluczowej dla procesu terapeutycznego roli wczesnej diagnostyki. Szacuje się, że opóźnienia diagnostyczne sięgają nawet 10 lat. Początkowo pacjenci bagatelizują objawy, leczą się na własną rękę, usmierzając ból ogólnodostępnymi lekami. Decyzja o udaniu się do lekarza pojawia się wówczas, gdy ból jest nie do zniesienia lub gdy choroba staje się widoczna, utrudniając im codzienne funkcjonowanie. Dlatego konieczne jest poszerzenie społecznej świadomości na temat chrób reumatycznych oraz edukacja dotycząca ich leczenia.

Stan zapalny

NIE TYLKO RZS

Zapalenie (łac. *inflammatio*) stanowi złożony proces odpowiedzi organizmu na zewnętrzny lub wewnętrzny czynnik uszkodzający (chorobotwórczy), którego celem jest usunięcie tego czynnika, naprawa uszkodzonych tkanek i ochrona przed rozwojem choroby. Ta prosta definicja nie oddaje wielowymiarowości procesu zapalnego i wymaga uzupełnienia.

DR N. MED. ROBERT RUPIŃSKI
REUMATOLOG, RHEUMA MEDICUS

- W rozwój reakcji zapalnej zaangażowanych jest wiele mechanizmów fizjologicznych związanych zarówno z komórkami, jak i wydzielanymi przez nie substancjami (mediatorami zapalenia). Wraz z upływem czasu dochodzić może do zajęcia całych narządów i wystąpienia objawów ogólnoustrojowych (stany podgorączkowe, ubytek wagi, zaniki mięśniowe, uczucie ogólnego osłabienia). Złożoność procesu zapalnego znajduje odzwierciedlenie w używanych często określeniach – stan, proces czy odczyn zapalny.
- Najczęściej czynnik uszkodzający pochodzi z zewnątrz – może być natury fizycznej (substancja chemiczna, wysoka lub niska temperatura, uraz mechaniczny) lub biologicznej (bakteria, wirus, obce białko). Bywa również, że przyczyną stanu zapalnego jest proces odbywający się wewnątrz organizmu – zator tętnicy, zawał czy rozwijający się nowotwór.
- U podłoża reakcji zapalnej leżą zawsze zmiany w naczyniach krwionośnych. Dochodzi do rozszerzenia naczyń i zwiększenia ich przepuszczalności. Prowadzi to do przedostawania się do otaczających tkanek mediatorów i komórek zapalnych.



- ❶ Ostry stan zapalny pełni ważną funkcję ochronną – prowadzi do usunięcia patogenu i przywrócenia prawidłowej funkcji narządu. Przejście fazy ostrej w przewlekłą wiąże się często z utratą kontroli organizmu nad mechanizmami zapalnymi, a w konsekwencji z zaburzeniami funkcji, a nawet uszkodzeniem zajętej tkanki. Proces ten można porównać do ewolucji bólu ostrego (funkcja obronna) w przewlekły, który sam w sobie staje się chorobą.

Patogeneza procesu zapalnego

Reakcja zapalna łączy się nierozdzielnie z odpowiedzią immunologiczną. Przebiega ona w trzech występujących po sobie fazach – rozpoznania patogenu, jego eliminacji oraz wygaszenia odpowiedzi immunologicznej.

Prawidłowo funkcjonujący układ odpornościowy sprawnie rozpoznaje patogeny i skutecznie je eliminuje, nie uszkadzając przy tym własnych komórek i tkanek. W pewnych sytuacjach mechanizmy immunoregulacyjne mogą jednak działać wadliwie – dochodzi do reakcji zapalnej w odpowiedzi na własne antygeny. Stan taki, występujący w wielu chorobach reumatycznych, nazywamy autoagresją.

Objawy zapalenia w układzie ruchu

Wszystkie kliniczne objawy ostrego stanu zapalnego mogą występować w przebiegu chorób układu ruchu. Zostały one po raz pierwszy opisane przez rzymskiego uczonego i encyklopedystę Aureliusza Celsusa (25 p.n.e. – 50 n.e.). W jedynym zachowanym do naszych czasów dziele „De Medicina” opisał on cztery główne objawy ostrego zapalenia, zwane niekiedy tetradą Celsusa – ból (łac. dolor), zwiększoną temperaturę (łac. calor), zaczerwienienie (łac. rubor) oraz obrzęk (łac. tumor). Piąty objaw stanu zapalnego – utrata funkcji i uszkodzenie narządu (łac. functio laesa) – został dodany nieco później, prawdopodobnie przez greckiego lekarza i filozofa Galena (129–200 n.e.). W przypadku ostrego zapalenia stawów, np. w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS), dominującym objawem jest ból. Jest to zazwyczaj główna przyczyna poszukiwania pomocy lekarskiej. Bóle w przebiegu chorób zapalnych (RZS) są najsilniejsze w godzinach porannych, zmniejszają się w miarę wykonywania ruchów. W przypadku choroby zwyrodnieniowej stawów najsilniejsze dolegliwości bólowe występują wieczorem (nocą) oraz po przeciążeniu. Bólowi w zajętych stawach towarzyszy zazwyczaj uczucie sztywności, którego długość i nasilenie są proporcjonalne do aktywności procesu zapalnego. Zazwyczaj zapalenie stawu przebiega z jego powiększeniem (obrzęk), które związane jest ze wzrostem ilości płynu stawowego (wysięk) oraz pogrubieniem i przekrwieniem błony maziowej. Zaczerwienienie i zwiększona temperatura stawu występują w przypadku zapalenia o bardzo dużym nasileniu, jak chociażby w przebiegu dny moczanowej, rzadziej bakteryjnego zapalenia stawu. Do uszkodzenia i utraty funkcji stawu dochodzi w przebiegu długotrwałego utrzymywania się przewlekłego stanu zapalnego

(RZS). W przebiegu ostrego zapalenia nasilone objawy bólowe i obrzęk stawu mogą również istotnie ograniczać zakres jego ruchów.

Rozwój zapalenia w przebiegu RZS

AKTUALNIE WYRÓŻNIA SIĘ PIĘĆ OKRESÓW ROZWOJU ZAPALENIA W RZS:

1. Obecność genetycznych i środowiskowych czynników ryzyka choroby;
2. Ogólnoustrojowa reumatoidalna odpowiedź immunologiczna bez jakichkolwiek objawów klinicznych;
3. Bóle stawów (artralgia) bez innych klinicznych objawów zapalenia stawów, tzw. podejrzana klinicznie artralgia (ang. clinically suspect arthralgia);
4. Niesklasyfikowane zapalenie stawów – okres pełnoobjawowego zapalenia stawów (bóle wraz z towarzyszącymi obrzękami stawowymi), bez możliwości zakwalifikowania choroby jako RZS;
5. Pełnoobjawowe RZS z typowym symetrycznym zajęciem wielu stawów.

Pierwsze trzy miesiące pełnoobjawowej choroby wyróżniono jako wczesne RZS – zastosowanie w tym okresie skutecznej terapii immunosupresyjnej może istotnie poprawić rokowanie (tzw. okno terapeutyczne). Niestety, niezwykle rzadko udaje się zaproponować pacjentowi odpowiednie leczenie w tym okresie z powodów administracyjnych. Stąd coraz większe zainteresowanie przedklinicznymi okresami RZS. W 2016 r. zaproponowano kryteria rozpoznania podejrzanej klinicznie artralgii (spełnienie przynajmniej trzech z poniższych kryteriów):

1. Pojawienie się zupełnie nowych bólów stawów w ciągu ostatniego roku;
2. Zajęcie stawów śródrečno-paliczkowych;
3. Uczucie sztywności porannej powyżej 60 minut;
4. Objawy najsilniej wyrażone we wczesnych godzinach porannych;
5. RZS u krewnych pierwszego stopnia;
6. Trudność w zaciśnięciu palców w pięść;
7. Bolesność przy ucisku stawów śródrečno-paliczkowych (test ściskania).

Stwierdzenie ww. objawów nakazuje prowadzenie dalszej diagnostyki reumatologicznej, a wczesne rozpoczęcie leczenia przeciwreumatycznego może hamować rozwój przewlekłego procesu zapalnego w stawach. ●

NA SKRZYŻOWANIU

specjalizacji

W kalendarz osób chorujących na RZS muszą być wpisane systematyczne wizyty u reumatologa. Służą one ocenie stanu pacjenta, czyli aktywności choroby i efektów prowadzonego leczenia.

Ale nie tylko. Celem tych wizyt jest też prewencja chorób, które często towarzyszą RZS.

Innymi słowy – u reumatologa wprawdzie skupiamy się na stawach, ale przy okazji dbamy też o nasze serce, poziom cukru we krwi, stan kości i zdrowie psychiczne.

DR N. MED. MAŁGORZATA PRZYGODZKA
REUMATOLOG

Przewlekły charakter RZS powoduje, że to reumatolog jest lekarzem mającym najczęstszy kontakt z pacjentem. Znając specyfikę tej choroby – możliwe powikłania oraz wpływ stosowanego leczenia na cały organizm – ma on za zadanie nie tylko doprowadzić do remisji RZS, ale i utrzymywać chorego w jak najlepszym stanie ogólnym. Cele te mogą być zrealizowane tylko pod warunkiem dobrej relacji na linii lekarz – pacjent. Jednocześnie, ponieważ RZS jest chorobą układową, czyli poza stawami może zajmować inne narządy i układy, do tego tandemu reumatolog – pacjent muszą być zapraszani lekarze innych specjalizacji.

Po co do kardiologa?

Najgroźniejszym powikłaniem RZS są choroby naczyń i serca. To one w głównej mierze są odpowiedzialne za 2-3-krotny wzrost śmiertelności wśród chorych na RZS w porównaniu z populacją ogólną.

Rozwój miażdżycy naczyń przebiega powoli i bezboleśnie. Pacjenci skupieni są na stawach, które bolą i ulegają deformacji, a zapominają o nadciśnieniu i nieprawidłowym profilu lipidowym. Taka postawa po latach może odbić się na zdrowiu w postaci zagrażających życiu udarów i zawałów. Zwykle już w momencie rozpoznania RZS pacjenci mają cechy miażdżycy niedającej jeszcze objawów klinicznych.

Skłonność do przedwczesnego rozwoju zmian miażdżycowych w tętnicach serca, mózgu i kończyn dolnych u osób chorują-

cych na RZS spowodowana jest przewlekłym stanem zapalnym, który toczy się nie tylko w stawach, ale w całym organizmie. Stan zapalny, oprócz tego, że odpowiada za rozrost błony maziowej i uszkodzenie chrząstki stawowej, co prowadzi do rozwoju nadżerek kostnych, przyczynia się także do powstawania blaszki miażdżycowej. Stąd tak ważne jest skuteczne leczenie reumatologiczne, czyli utrzymywanie niskiej aktywności choroby. Nie mniej istotne jest kontrolowanie pozostałych czynników ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych niemających bezpośredniego związku z RZS. Chodzi o stężenie cholesterolu, trójglicerydów, kwasu moczowego oraz wartość ciśnienia tętniczego krwi. Z tego względu pacjenci z RZS powinni być pod opieką kardiologa, który może zlecić dodatkowe badania oceniające pracę serca oraz stan naczyń krwionośnych, ocenić lipidogram oraz zastosować odpowiednie leczenie, gdy zajdzie taka potrzeba (niektóre badania może zlecić tylko kardiolog).

W prewencji rozwoju miażdżycy istotna jest również odpowiednia dieta, a także utrzymywanie prawidłowej masy ciała (w tym prawidłowej masy mięśniowej w stosunku do tkanki tłuszczowej) oraz ruch.

Niezależnym czynnikiem rozwoju miażdżycy, jak i rozwoju samego RZS, jest palenie papierosów. Zarówno dieta, aktywność fizyczna, jak i palenie papierosów są czynnikami zależnymi w 100 procentach od pacjenta. Chory musi być świadomy ich wagi, jednak w sytuacji, kiedy np. nie radzi sobie z nałogiem albo nie potrafi schudnąć, powinien szukać pomocy u swojego reumatologa.



Od RZS do cukrzycy?

Chorzy na RZS są dwa razy bardziej narażeni na powstawanie zaburzeń metabolizmu glukozy niż osoby o zdrowych stawach. Ma to związek nie tylko z przewlekłym stosowaniem diabetogennie działających sterydów, przyczynia się do tego także sama choroba.

Leczenie RZS a stan serca i naczyń

Europejskie towarzystwo ds. walki z chorobami reumatycznymi EULAR rekomenduje badania przesiewowe w kierunku wczesnych zmian miażdżycowych i ich leczenie u wszystkich chorych na RZS. Ważne jest, by pacjenci pamiętali, że stosowane w leczeniu RZS leki modyfikujące przebieg choroby (szczególnie metotreksat z kwasem foliowym) zmniejszają ryzyko śmiertelności z powodów sercowo-naczyniowych. Dla prewencji rozwoju miażdżycy korzystne działanie mają także leki biologiczne. Przyczyniając się do utrzymania niskiej aktywności choroby, mają ochronny wpływ na powstawanie zmian miażdżycowych w tętnicach.

Rozwojowi miażdżycy sprzyja natomiast długotrwała terapia steroidami oraz lekami przeciwzapalnymi. Wpływają one na rozwój nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych, zaburzeń metabolizmu glukozy i sprzyjają rozwojowi cukrzycy. Dlatego leki te powinny być stosowane krótko, tylko w okresie nasilonego stanu zapalnego.

CZĘSTSZE WYSTĘPOWANIE CUKRZYCY U CHOROJĄCYCH NA RZS WYNIKA Z WIELU CZYNNIKÓW:

- uogólnionego stanu zapalnego,
- mniejszej aktywności fizycznej spowodowanej bólem stawów,
- częściej występującej otyłości,
- mniejszej masy mięśniowej.

W efekcie chorzy na RZS częściej chorują na cukrzycę typu 1, typu 2 oraz cukrzycę autoimmunologiczną dorosłych (LADA). Ten ostatni typ cukrzycy, podobnie jak cukrzyca typu 1, jest chorobą autoimmunologiczną i polega na powolnym niszczeniu wysp trzustkowych produkujących insulinę. Choroba ujawnia się później niż cukrzyca typu 1, bo około 40.-50. roku życia, a w jej leczeniu stosuje się insulinę. Cukrzyca typu 2 oraz LADA

w początkowym okresie często nie daje żadnych objawów, stąd rozpoznawana bywa dopiero wtedy, gdy pojawią się powikłania – najczęściej przedwczesna miażdżycza tętnic.

Z tego względu pacjenci z RZS są poddawani kontrolnym badaniom poziomu cukru i poziomu insuliny. Wysokie stężenie insuliny może być związane z insulinopornością i jest czynnikiem ryzyka rozwoju zaburzeń lipidowych i nadciśnienia tętniczego. Obok kontroli glukozy na czczo pacjent powinien mieć – pod kontrolą diabetologa – przeprowadzane okresowo szczegółowe badania w kierunku wczesnej cukrzycy.

Codzienna gimnastyka, korzystanie z porad fizjoterapeutów oraz realizowanie co około sześć miesięcy zabiegów rehabilitacyjnych to punkty, które na stałe powinny być wpisane w grafik pacjenta z RZS.

Walka z osteoporozą

Chorując na RZS należy także pamiętać o profilaktyce osteoporozy. Zwiększone ryzyko osteoporozy wynika ze stanu zapalnego i objawia się bardzo wcześnie, jako opisywana w badaniach radiologicznych osteoporoza okołostawowa.

U chorych na RZS oceny gęstości mineralnej kości nie wykonujemy z przedramienia. W okolicach nadgarstka najczęściej toczy się miejscowy proces zapalny, dlatego badanie byłoby nieobiektywne. W młodszych grupach pacjentów (30–50 lat) densyometrię powinno się badać w odcinku lędźwiowym kręgosłupa, a dopiero w późniejszym wieku także w szyjce kości udowej.

Przewlekły ból i stan zapalny ograniczają ruchomość stawów, prowadząc także do zaników mięśni. Brak silnego gorsetu mięśniowego sprzyja upadkom, a te występowaniu złamań. Stąd niezmiernie ważne są gimnastyka i ruch wzmacniające mięśnie. Żadna tabletką nie jest w stanie zastąpić codziennej porcji ćwiczeń. Jest to najtrudniejsze zadanie do wykonania przez większość chorych. Tymczasem wypracowanie zestawu codziennych domowych ćwiczeń przygotowanych wspólnie z fizjoterapeutą ma ogromne znaczenie w profilaktyce złamań, rozwoju miażdżycy i cukrzycy, utrzymaniu prawidłowej masy ciała.

Ryzyko rozwoju osteoporozy i złamań z nią związanych wzrasta u chorych przewlekłe leczonych sterydami. Wpływają one bezpośrednio na zmniejszenie masy kostnej i mięśniowej. Najsilniejsze ich działanie obserwuje się w pierwszych 6–12 miesiącach leczenia. Nie została określona tzw. bezpieczna dawka sterydów, już ich niewielkie ilości mogą osłabiać kość. Stąd zalecenia jak najkrótszego leczenia steroidami, tylko w bardzo aktywnych stanach. Dobrą wiadomością jest to, że negatywne działanie na kość jest w znacznym stopniu odwracalne po zaprzestaniu terapii sterydami. Steroidy poza bezpośrednim działaniem na kość

hamują wchłanianie wapnia z przewodu pokarmowego. Z tego powodu prewencja leczenia osteoporozy powinna być zastosowana jak najszybciej, nawet łącznie z włączeniem sterydów. Dotyczy to szczególnie osób po 65. roku życia i polega na wyrównaniu niedoborów wapnia oraz witaminy D₃. U osób przyjmujących sterydy lekarz dokonuje oceny ryzyka wystąpienia złamania i w zależności od jego wysokości decyduje o rodzaju stosowanej terapii lekami przeciwosteoporotycznymi.

Na prześwietlenie klatki marsz!

Zaburzenia immunologiczne występujące w przebiegu RZS mogą sprzyjać rozwojowi niektórych nowotworów. W tej grupie pacjentów częściej obserwuje się występowanie nowotworów układu chłonnego oraz płuc. Stąd konieczne są coroczne badania radiologiczne klatki piersiowej, kontrola węzłów chłonnych oraz morfologii krwi. Ciekawy jest fakt, że rak jelita grubego i rak piersi u chorych na RZS spotykane są rzadziej niż w ogólnej populacji.

Błędy układu immunologicznego

Choroby o charakterze autoimmunologicznym mają tendencję do częstszego współwystępowania ze sobą. U 30 proc. chorych na RZS diagnozowany jest zespół suchości, zwany zespołem Sjogrena. Jest to choroba, w której obserwowane są specyficzne przeciwciała prowadzące do zaniku gruczołów wydzielania zewnętrznego, produkujących łzy i ślinę. Skutkuje to uczuciem drapania, suchości, piasku pod powiekami oraz suchością jamy ustnej. Brak śliny wpływa na rozwój nieprawidłowej flory bakteryjnej w jamie ustnej i prowadzi do rozwoju próchnicy. Stąd każdy chory na RZS powinien co sześć miesięcy odwiedzać stomatologa. Co 6–12 miesięcy należy także odwiedzać okulistę.

U osób chorujących na RZS częściej obserwuje się występowanie choroby autoimmunologicznej tarczycy. Może ona prezentować się objawami ze strony układu ruchu, jak sztywność, bóle, niewielkie obrzęki stawów. Rozpoznanie ustala się na podstawie obecności typowych przeciwciał, głównie przeciwko topoisomerasie tarczycowej (anty-TPO), oraz charakterystycznego obrazu USG. Choroba może przebiegać z nadczynnością, niedoczynnością lub prawidłowym poziomem hormonów tarczycy. Do ustalenia rozpoznania i leczenia konieczna jest konsultacja endokrynologa.

Układowy charakter RZS może objawiać się zmianami także w płucach. Są to najczęściej zmiany śródmiąższowe, które mogą nie być widoczne w badaniu radiologicznym, wymagają bardziej specjalistycznej diagnostyki. Czasami podobne zmiany powstają w wyniku stosowanego leczenia. Reumatolog często kieruje pytanie do pulmonologa o charakter zmian w płucach i prosi o sugestie dotyczące dalszej terapii. ●

Pięmiennictwo: ¹ Cal-Kocikowska J., Szulińska M., Bogdański P., Reumatoidalne zapalenie stawów – czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego. Forum zab metabolicznych 2014, vol 5, no 1, 26–33; ² Rupiński R., Walewska E., Dąbrowski R., Czy każdy chory na RZS powinien być leczony statyną? Reumatologia 2009; 47:6: 348–355; ³ Walewska E., Rupiński R., Filipowicz-Sosnowska A., Zaburzenia metabolizmu glukozy u chorych na RZS. Reumatologia 2008; 46, 6 356–360; ⁴ Świerkot J., Lewandowicz-Uszyńska A., Bogunia-Kubik K., Nowotwory w przebiegu chorób reumatycznych. Postępy Hig Med. Dosw 2013; 67: 1254–1260.

Wizyta

U REUMATOLOGA

Wizyta w gabinecie reumatologa przyniesie tym lepsze efekty, im lepiej pacjent będzie do niej przygotowany. Nie widzimy się przecież zbyt często, nieraz mamy do omówienia bardzo wiele ważnych tematów, a czasu zawsze nie za dużo. ... Dlatego zachęcam, żeby włożyć nieco wysiłku w przygotowanie się do tego spotkania. Zawsze będzie to z korzyścią dla pacjenta.

EWA WALEWSKA
REUMATOLOG

LEKARZ PODEJMUJE DECYZJE DIAGNOSTYCZNE I TERAPEUTYCZNE OPIERAJĄC SIĘ GŁÓWNIEM NA TRZECH SKŁADOWYCH:

- wywiadzie lekarskim, w którym pyta o dolegliwości, samopoczucie fizyczne i psychiczne, dietę, metody radzenia sobie z bólem itp.;
- badaniu fizykalnym;
- przeprowadzając analizę wyników wykonanych badań laboratoryjnych i obrazowych.

Jeżeli zabraknie któregoś z elementów tej układanki, wtedy zarówno postawienie prawidłowej diagnozy, jak i ustalenie leczenia jest znacznie trudniejsze. W tym miejscu chcę zwrócić uwagę pacjentów na znacznie wywiadu. To nieprawda, że wszystko widać w wynikach badań. Bardzo często dopiero rozmowa z pacjentem pozwala te wyniki dobrze zinterpretować. Dlatego tak ważne jest, by z reumatologiem rozmawiać szczerze, nie zatajać przed nim żadnych faktów i mówić mu nawet o tych problemach, które w jakiś sposób nas krępują. Dobre przygotowanie do wizyty jest najbardziej istotne, gdy zgłaszamy się do lekarza po raz pierwszy. Czas takiej wizyty powinien być dłuższy niż wizyty standardowej.

Zadanie domowe przed wizytą

Przed pierwszą konsultacją postarajmy się uporządkować wszystkie fakty. Przygotujmy odpowiedzi na najczęściej zadawane przez reumatologów pytania. Po pierwsze skoncentrujemy

się na dolegliwościach, spróbujmy sobie przypomnieć, kiedy pojawiły się pierwsze objawy (ból stawów, obrzęki), kiedy doszło do ich zaostrzenia, których stawów dotyczyły. Czy występowały objawy ogólne, takie jak gorączka lub stany podgorączkowe, zmiany skórne, przewlekłe zmęczenie lub chudnięcie?

Jeżeli sami czujemy się niepewnie, możemy na wizytę przyjść z bliską osobą, która nas zna i np. podczas wywiadu lekarskiego może dodać kilka cennych uwag od siebie.

Zastanówmy się, kiedy objawy się nasilają, czy mają związek z wysiłkiem fizycznym, czy może z okresami bezruchu, czy bardziej nasilone są rano, czy wieczorem, a może mają charakter ciągły. Przypomnijmy też sobie, czy początek objawów nie miał związku z poprzedzającą je infekcją, czy w okresie 4–6 tygodni przed objawami stawowymi nie występowała infekcja dróg oddechowych (kaszel, duszność), infekcja układu moczowego (ból lub pieczenie przy oddawaniu moczu) bądź biegunka. A może pamiętamy ukłucie kleszcza? Może są jakieś dodatkowe czynniki, które powodują nasilenie dolegliwości (stres, zmęczenie)? Najlepiej zapiszmy sobie wszystkie niepokojące objawy, które wymagają wyjaśnienia.



Jeżeli zgłaszamy się z bólem, spróbujemy określić w skali od 0 do 10 jego nasilenie (gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 ból najgorszy, jaki możemy sobie wyobrazić). Lekarz zapewne o to zapyta, dlatego warto mieć tę kwestię już przemyślaną.

Pytanie zdrowotne, rodzinne i intymne

Na pierwszej wizycie reumatolog najprawdopodobniej zapyta o choroby występujące w rodzinie – czy ktoś z bliskich (rodzice lub rodzeństwo) mają/mieli podobne objawy, chorowali na choroby reumatyczne lub łuszczycę skóry, czy nie leczą się przewlekle.

Nie oburzajmy się, jeśli lekarz dopytuje nas o sprawy intymne, jak na przykład ryzykowne kontakty seksualne lub planowanie ciąży. W pierwszym przypadku bierze on pod uwagę możliwość infekcji przenoszonych drogą płciową, które mogą dawać objawy stawowe lub ogólne. W drugim rozważa możliwości leczenia, część leków stosowanych przy chorobach stawów jest bowiem przeciwwskazana u kobiet w ciąży bądź mężczyzn planujących ojcostwo.

Uporządkujmy swoje wiadomości o wszystkich chorobach towarzyszących, urazach i przebytych zabiegach operacyjnych. Czy nie leczymy się u endokrynologa z powodu choroby tarczycy, czy nie odwiedzaliśmy okulisty z ostrymi objawami

zapalenia oka, czy nie mamy dolegliwości żołądkowych, np. choroby wrzodowej żołądka, przewlekłej biegunki, czy nie korzystamy z pomocy innych specjalistów.

Pamiętajmy o alergiach – czy nie jesteśmy uczuleni na jakieś leki, substancje chemiczne bądź pokarmy? Czy stosujemy jakieś szczególne diety – bezmleczną, bezglutenową, wegetariańską?

Bądźmy szczerzy, bo tylko ścisła współpraca zapewni pozytywne efekty leczenia.

Powtórka z leczenia

Kolejnym niezwykle istotnym punktem wizyty u reumatologa są stosowane przez nas leki. Sporządźmy dokładną listę wszystkich obecnie przyjmowanych medykamentów, łącznie z ich dawkami. Na liście uwzględnijmy również stosowane suplementy diety czy witaminy. Możemy przynieść opakowania przyjmowanych preparatów na wizytę. Nawet jeśli wydaje nam się, że leczenie nadciśnienia nie ma bezpośredniego związku z dolegliwościami reumatycznymi, z którymi się aktualnie zgła-

szamy, to reumatolog na pierwszej wizycie pewnie zapyta o leczenie towarzyszące. Pamiętajmy, że większość leków wchodzi w interakcje, dlatego ważne jest takie ich dobranie, żeby uniknąć działań niepożądanych.

Istotne jest również wcześniejsze leczenie reumatologiczne lub przeciwbólowe. Jeżeli wcześniej stosowaliśmy leki, których nasz organizm nie tolerował, zapiszmy ich nazwy. Uchroni nas to przed ponownym przepisaniem tej samej substancji czynnej, ale pod inną nazwą. Proszę uwierzyć, że taka lista zdecydowanie skraca czas potrzebny na ustalenie właściwego leczenia. Nawet jeśli wydaje nam się, że wszystko pamiętamy, to w czasie wizyty możemy o czymś zapomnieć, przekreślić nazwę.

Przygotuj się na badanie

Kolejnym etapem wizyty jest badanie pacjenta. W zależności od objawów lekarz będzie badał wszystkie bolesne stawy, może zbadać ruchomość kręgosłupa, może chcieć obejrzeć skórę, zbadać węzły chłonne, płuca czy czynność serca. Ubierzmy się tak, aby poszczególne części zewnętrznej garderoby były wygodne do zdjęcia.

Jeżeli objawy, takie jak zmiany skórne czy obrzęki, występują tylko okresowo i samoistnie ustępują, tak że w momencie badania lekarz nie może ich zobaczyć, to dobrym sposobem jest wcześniejsze wykonanie zdjęcia za pomocą telefonu komórkowego, które na wizycie możemy pokazać lekarzowi.

Czy zabierać wyniki badań?

Oprócz zbadania pacjenta, lekarz zazwyczaj zapoznaje się w wynikami wykonanych wcześniej badań laboratoryjnych i obrazowych (RTG, USG, a jeśli są dostępne – to również wyniki rezonansu lub tomografii komputerowej). Uporządkujmy wykonane wcześniej badania i przynieśmy je na wizytę. Informacja, że wyniki były dobre, absolutnie nie jest wystarczająca.

Często pacjenci dopytują, jakie badania należy wykonać przed wizytą. Nie ma jednego wymaganego zestawu badań, nie ma też sensu wykonywać badań dodatkowych, które nie mają uzasadnienia klinicznego. U większości pacjentów wystarczy morfologia, najprostsze badania biochemiczne (kreatynina, Alt), OB i ogólne badanie moczu – o tym jednak zawsze decyduje lekarz. Tak naprawdę w każdej sytuacji po zebraniu wywiadu i zbadaniu pacjenta, co zwykle jest wystarczające do ustalenia wstępnej diagnozy, lekarz określi zestaw potrzebnych badań. Sprawdzi, które badania były wykonane, a które w konkretnej sytuacji trzeba będzie wykonać dodatkowo. Przynieśmy więc na wizytę wyniki testów zleczanych nie tylko przez internistę lub reumatologa, ale też przez innych specjalistów. Odnajdźmy i uporządkujmy karty informacyjne z wcześniejszych pobytów w szpitalu czy izbie przyjęć. Jeżeli wykonywane były badania RTG lub USG, dostarczmy nie tylko opisy, ale również klisze, płyty ze zdjęciami lub fotografie dołączone do opisu USG. Reumatolog oglądając zdjęcie RTG na dostarczonej płytce, własnym okiem może dostrzec więcej, niż radiolog umieścił w krótkim opisie. Jeżeli lekarz ustalił rozpoznanie i zaleca nam leczenie, popro-

śmy, żeby zalecenia zapisał na kartce, ewentualnie sami zapiszmy sposób przyjmowania leków. To, co w czasie wizyty wydaje nam się proste i oczywiste, po powrocie do domu może szybko ulec zapomnieniu. Starajmy się na wizycie omówić z lekarzem wszystkie swoje obawy i wątpliwości, a jeżeli czegoś nie zrozumieliśmy, poprośmy o powtórzenie, tak aby uniknąć błędów.

Co jeśli nie ma diagnozy?

Jeżeli na pierwszej wizycie lekarz nie ma pewności, co do ostatecznego rozpoznania, zapewne zasugeruje wykonanie badań dodatkowych, które mogłyby pomóc w postawieniu diagnozy lub ocenie rokowania. Ustalenie ostatecznego rozpoznania w przypadku niektórych chorób układowych nie rzadko jest skomplikowanym procesem, może zająć nawet kilka miesięcy, a niekiedy wymaga powtarzanych wizyt lekarskich lub nawet hospitalizacji.

W TAKIEJ SYTUACJI WARTO LEKARZA ZAPYTAĆ:

- ❶ czy na podstawie dotychczas wykonanych badań można już określone schorzenia wykluczyć?
- ❷ czy na jakieś objawy szczególnie powinniśmy zwracać uwagę, co powinno wzbudzić naszą szczególną czujność?
- ❸ czy oprócz stosowania leków są jeszcze jakieś dodatkowe sposoby zmniejszenia dolegliwości?
- ❹ czy zastosować jakąś szczególną dietę, jakąś formę aktywności ruchowej? Jakie sporty są zalecane, a jakie przeciwwskazane?

I tak dotarliśmy do końca wizyty. Wyposażeni w niezbędną wiedzę i recepty opuszczamy gabinet.

Co pomiędzy wizytami?

Jeśli chcemy, żeby leczenie było bezpieczne i jak najbardziej efektywne, starajmy się być aktywnymi współuczestnikami całego procesu. Przestrzegajmy wszystkich zaleceń. Jeżeli zapomniemy przyjąć dawki któregoś z leków, zapiszmy, kiedy pomieliśmy dawkę. Jeżeli po przeczytaniu ulotki martwi nas ryzyko działań niepożądanych, nie ukrywajmy swoich obaw podczas następnej wizyty. Nie wprowadzajmy lekarza w błąd, zapewniając, że stosujemy się do zaleceń. Bądźmy szczerzy, bo tylko ścisła współpraca zapewnia pozytywne efekty leczenia. Przygotowując się do kolejnej wizyty, zaktualizujmy więc listę przyjmowanych leków. Nie obawiajmy się o wszystko zapytać lekarza, żadna z informacji, których mu udzielimy, na pewno nie opuści gabinetu. Odpowiedzi samodzielnie znalezione w internecie lub opinie zasłyszane wśród znajomych mogą być niestety bardzo mylące. Zamiast znaleźć prawdziwą odpowiedź, możemy zgubić się w gąszczu błędnych informacji, reklam suplementów diety, porad domorosłych bioenergoterapeutów czy fałszywych uzdrowicieli. Zdecydowanie lepiej zaufać doświadczonemu specjalście. RZS jest chorobą przewlekłą, dlatego musimy przygotować się na dłuższą współpracę. ●

Dieta

TO NIE MODA

Co jakiś czas media ogłaszają kolejny „przewrót kopernikański” w dietetyce. To co do niedawna było zdrowe, staje się podejrzane i trafia na cenzurowane. **Dieta goni dietę, a jedna zaprzecza innym.** Jak się nie zgubić w tym gąszczu często sprzecznych informacji?

ANNA KACZOREK
DIETETYK

Dietetyka jest dziedziną stosunkową młodą – badając związki między odżywianiem a stanem naszego zdrowia, wciąż doprecyzowuje zasady optymalnej dla człowieka diety. Dziś wiemy na temat prawidłowego żywienia znacznie więcej niż 2–3 dekady temu. Nie wiemy oczywiście wszystkiego, dlatego na całym świecie prowadzone są rzetelne badania i analizy sprawdzające różnorodne aspekty wpływu diety na zdrowie. Pojawiają się znikąd superdiety i rewelacje żywieniowe, które mają nas odchudzić lub wyleczyć z chorób, nie opierają się na wiedzy zdobytej w ciągu dziesięcioleci rozwoju dietetyki i nie stoją za nimi badania czy analizy. Ich autorami są często osoby, które nie są nawet zawodowo związane z dietetyką. Z tego powodu większość z tych koncepcji zanika tak szybko jak się pojawiła.



Tłuste diety

W latach 60. na świecie pojawiła się nowatorska koncepcja diety, której głównym założeniem było obniżenie spożycia węglowodanów i zastąpienie ich tłuszczami^{1,2}. Celem, który przyświeca jedzeniu samych tłuszczów, jest wprowadzenie organizmu w stan metaboliczny, w trakcie którego do celów energetycznych wykorzystywane są ciała ketonowe pochodzące z utleniania wolnych kwasów tłuszczowych (ketoza). Dzięki temu dochodzi do obniżenia masy ciała i poprawy kontroli metabolizmu węglowodanów. To podejście powstało prawie jednocześnie w Stanach Zjednoczonych, gdzie promował je dr Atkins, i Polsce, gdzie zostało ono opracowane przez dr. Kwaśniewskiego.

Ośrodki prowadzące diety dr. Kwaśniewskiego wraz z elektroterapią obiecują, iż jest ona efektywna w chorobach kostno-stawowych, gdyż sprzyja przebudowie chrząstek i wpływa na ustąpienie dolegliwości bólowych². Nie dajmy się jednak zwieść obietnicom, gdyż istniejące dowody naukowe nie potwierdzają skuteczności tego typu diet w chorobie reumatycznej. Krytycznie do diety dr. Kwaśniewskiego odniesiono się m.in. w publikacji Instytutu Żywności i Żywienia z 2004 r., w której wskazano, że jest ona szkodliwa dla zdrowia w związku z faktem, iż jej stosowanie wiąże się z przekroczeniem norm spożycia cholesterolu, retinolu i żelaza przy niedostatecznym spożyciu potasu, wapnia, magnezu i witaminy C³.

Zwróćmy uwagę na fakt, iż opinie te zostały zaprezentowane dopiero 40 lat po opracowaniu powyższych koncepcji dietetycznych. Jednocześnie, pomimo braku przychylności dla tych rozwiązań w kręgach medycznych, ich popularność wciąż pozostaje dość wysoka. Co więcej, powstają kolejne odmiany diet wysokotłuszczowych. Przykładowo, w ostatnim czasie niezwykłym zainteresowaniem cieszy się dieta paleo, która w odróżnieniu od swoich poprzedniczek większy nacisk kładzie na odpowiednie spożycie nienasyconych kwasów tłuszczowych – nadal jednak skupia się na zwiększeniu spożycia tłuszczów i białek zwierzęcych.

Głodówka – sposób na RZS?

Różne rodzaje diet zakładających restrykcyjne ograniczenia dostarczanych kalorii są znane od pokoleń. Jedną z popularnych jest dieta dr Dąbrowskiej, będąca, jak sama autorka wskazuje, rodzajem postu leczniczego, który może być stosowany okresowo. Jadłospis w tej diecie oparty jest na warzywach z niską zawartością skrobi i owocach o niskiej zawartości cukru. Dieta ta jest niskokaloryczna i dostarcza jedynie ok. 800 kcal/dobę. Część pacjentów na forach internetowych i blogach informuje o poprawie objawów RZS uzyskanych podczas stosowania tej diety. Niestety, nawet jeśli poprawa następuje, jest krótkotrwała, a objawy powracają po jakimś czasie od powrotu do normalnego sposobu odżywiania.

Pozytywne efekty stosowania głodówki w RZS zostały opisane w różnych publikacjach^{3,4}. W badaniu, w którym porównywano 7-dniową głodówkę z dietą ketogeniczną, wykazano przykładowo, iż to głodówka, a nie dieta ketogeniczna, wpływa na zmniejszenie poziomu IL-6 (cytokina prozapalna) i zmniejszenie aktywności choroby³. Jednakże biorąc pod uwagę krótkotrwa-

łe korzyści związane ze stosowaniem głodówek i diet restrykcyjnych, a także ryzyko niedoborów i niedożywienia związane z ich długotrwałym realizowaniem, należy bardziej skupić się na możliwości trwałej zmiany stylu życia w taki sposób, aby pomagał, nie szkodząc. Należy pamiętać, że dieta jest tylko uzupełnieniem leczenia w RZS i nie może go zastąpić.

Jedz różnorodnie

Dotychczas żadne restrykcje żywieniowe, monodiety i diety eliminujące jeden ze składników żywieniowych nie zostały uznane za skuteczne i bezpieczne dla osób z RZS. Również pomysły dotyczące niełączenia ze sobą różnych produktów lub składników, czy diet przypisanych grupom krwi nie znajdują uzasadnienia naukowego. Aktualne wytyczne żywieniowe dla ogółu populacji w dalszym ciągu zalecają urozmaiconą dietę, zawierającą odpowiednią ilość białka, tłuszczów, węglowodanów oraz niezbędnych mikro- i makroelementów, gdyż taka dieta chroni przed rozwojem niedoborów pokarmowych i zapewnia prawidłowe funkcjonowanie organizmu.

Najlepszym rozwiązaniem w przypadku osób z RZS wydaje się stosowanie odpowiednio zbilansowanej diety śródziemnomorskiej lub wegetariańskiej, które dzięki dużej ilości warzyw i owoców zapewniają odpowiednią ilość antyoksydantów. Różne badania potwierdziły, iż stosowanie diety wegetariańskiej może wpływać na długotrwałą poprawę objawów klinicznych. Pamiętajmy jednak, iż dieta powinna być dostosowana indywidualnie do potrzeb każdej osoby⁶ – jej aktywności fizycznej, budowy ciała, schorzeń, wieku i płci. W przypadku ograniczenia w diecie ilości spożywanych produktów zwierzęcych niezbędna może okazać się suplementacja żelaza i witaminy B₁₂.

Szum informacyjny

Gdy kolejne mody i trendy żywieniowe mają nas obietnicą uleczenia dolegliwości i cudownej utraty nadmiernych kilogramów, powinniśmy zachować rozsądek i trzymać się dobrze zbilansowanej diety opartej na piramidzie żywienia. Wszystkie diety polegające na wykluczeniu z jadłospisu pewnych grup produktów mogą powodować powstanie niedoborów. Musimy więc do każdej mody podchodzić z dużą dozą ostrożności i starać się bazować na rozwiązaniach sprawdzonych. Zamiast wierzyć na słowo, warto sprawdzać bezpieczeństwo i skuteczność proponowanych koncepcji dietetycznych, śledząc polskie i zagraniczne portale i czasopisma naukowe. Dobrze jest również skonsultować jadłospis z dietetykiem, który będzie mógł ocenić, czy stosowana przez nas dieta nie prowadzi do deficytów lub nie zawiera nadmiernej ilości składników, które mogą wpływać niekorzystnie na zdrowie. ●

Pięmiennictwo:¹ <https://paleosmak.pl/dieta-paleo/>; ² <http://osrodek.optymalni.pl/dieta-optymalna>; ³ Fraser D.A., Thoen J., Djøseland O. i in., Serum levels of interleukin-6 and dehydroepiandrosteronesulphate in response to either fasting or a ketogenic diet in rheumatoid arthritis patients, *Clinical and Experimental Rheumatology* 2000; 18: 357-362; ⁴ Tedeschi S.K., Costenbader K.H., Is There a Role for Diet in the Therapy of Rheumatoid Arthritis? *Current Rheumatology Reports*, 2016, 18(5); ⁵ Szostak W.B., Białkowska M., Cichońska A. et al.: Ocena zasadności „diety optymalnej” w profilaktyce metabolicznych chorób cywilizacyjnych. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2004; ⁶ Müller H., Wilhelmi de Toledo F., Fasting followed by vegetarian diet in patients with rheumatoid arthritis: a systematic review. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 2001, 30(1), 1-10.

Chleb

NA ZAKWASIE CZY NA DROŹDZACH?

Dawniej przygotowywanie chleba było swoistą sztuką, praktykowaną w każdym niemal domu i przekazywaną z pokolenia na pokolenia – tak samo jak zakwas niezbędny do wyrośnięcia chlebowego ciasta. Obecnie jest procesem przemysłowym, w którym cenny czas produkcji chleba skraca się, wykorzystując drożdże i polepszacze. **Na naszym dietetycznym ringu stają dziś tradycyjny chleb na zakwasie i chleb na drożdżach.**



CHLEB NA ZAKWASIE

- chleb na zakwasie zawiera nawet do 90% mniej kwasu fitynowego¹, który utrudnia wchłanianie niektórych pierwiastków, np. żelaza, cynku i magnezu^{2,3},
- bakterie kwasu mlekowego obecne w zakwasie wytwarzają bioaktywne peptydy, które mają właściwości antyoksydacyjne⁴,
- jest łatwiejszy do strawienia, co może mieć związek z obecnością prebiotyków⁵,
- gluten w chlebie na zakwasie ulega wstępnemu strawieniu, dzięki czemu może on być bezpieczniejszy dla osób wrażliwych⁶,
- zawiera większą ilość beta-glukanów, polisacharydów o udowodnionych korzyściach zdrowotnych⁷,
- ma niższy indeks glikemiczny, wolniej podnosi poziom cukru we krwi^{8,9},
- dłużej zachowuje świeżość i jest mniej podatny na pleśnienie¹⁰,
- produkcja chleba na zakwasie jest czasochłonna (ok 16 godz. z pieczeniem).

CHLEB NA DROŻDŻACH

- krócej zachowuje świeżość i jest bardziej podatny na pleśnienie¹¹,
- ma wyższy indeks glikemiczny niż chleb na zakwasie i szybciej podnosi poziom cukru we krwi^{12,13},
- jest trudniejszy do strawienia,
- zawiera dużą ilość kwasu fitowego (szczególnie chleb razowy na drożdżach), który utrudnia wchłanianie niektórych pierwiastków,
- ma mniejsze właściwości antyoksydacyjne,
- jego produkcja jest łatwiejsza i mniej czasochłonna.



Wynik

Niezależnie od tego, czy lubimy chleb razowy, czy biały, to ten przygotowany na zakwasie jest zawsze zdrowszą opcją. Zakwas zawiera dzikie drożdże oraz bakterie kwasu mlekowego (*Lactobacillus*), te same, które występują w jogurtach, kefirach i kiszonych. Te mikroorganizmy są odpowiedzialne za prozdrowotne różnice między chlebem na zakwasie a tym zwykłym, do produkcji którego wykorzystano drożdże piekarskie lub środki spulchniające. W procesie dojrzewania chleba

na zakwasie – który jest niczym innym jak fermentacją ciasta – zachodzi w nim wiele korzystnych procesów biochemicznych. W ich wyniku otrzymujemy chleb nie tylko zdrowszy, ale również smaczniejszy, trwalszy i o lepszej strukturze. Oczywiście najlepiej wybierać chleb na zakwasie z mąki pełnoziarnistej, bo dodatkowo zawiera on cenne składniki obecne w otoczce ziarna i zarodku. ●

Piśmiennictwo:

¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11368651>; ² Lopez H.W., Krespine V., Guy G., Messager A., Demigne C., Remesy C., Prolonged fermentation of whole wheat sourdough reduces phytate level and increases soluble magnesium. J Agric Food Chem. 2001; 49(5):2657-2662.; ³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24230470>; ⁴ Coda R., Rizzello C.G., Pinto D., Gobbetti M., Selected lactic acid bacteria synthesize antioxidant peptides during sourdough fermentation of cereal flours. Appl Environ Microbiol. 2012; 78(4):1087-1096.; ⁵ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19747602>; ⁶ Di Cagno R., De Angelis M., Auricchio S., i in. Sourdough Bread Made from Wheat and Nontoxic Flours and Started with Selected Lactobacilli Is Tolerated in Celiac Sprue Patients. Appl Environ Microbiol. 2004; 70(2):1088-1096.; ⁷ Zhu X., Sun X., Wang M., i in. Quantitative assessment of the effects of beta-glucan consumption on serum lipid profile and glucose level in hypercholesterolemic subjects. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2015; 25(6):714-723.; ⁸ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17697425>; ⁹ <https://link.springer.com/article/10.1007/s00217-009-1085-1>; ¹⁰ <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C394259%2Cjuz-wiemy-dlaczego-chleb-na-zakwasie-dlugo-nie-pleśnieje.html>; ¹¹ jw.; ¹² Zhu X., Sun X., Wang M., i in. Quantitative assessment of the effects of beta-glucan consumption on serum lipid profile and glucose level in hypercholesterolemic subjects. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2015;25(6):714-723.; ¹³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17697425>

ROZCHODZIĆ

RZS

Aneta Dowiedczyk sporo się w życiu nachodziła. I to dosłownie. Maszeruje z kijami od 11 lat. Dwa lata temu zdiagnozowano u niej RZS, ale chodzić nie przestała. Wręcz przeciwnie. Uwielbia też podróże, zwłaszcza te blisko natury. I kocha góry. Z wrodzonym optymizmem może je przenosić.

WYSŁUCHAŁA ALEKSANDRA ZALEWSKA-STANKIEWICZ

Wstaje o 6.00 i po porannej toalecie wyrusza na spacer z kijami po Ursynowie. Uśmiechnięta brunetka aż kipi energią. Jej przygoda z nordic walkingiem zaczęła się 11 lat temu. – *Dostałam kije do trekkingu. Przeszłam się po lesie i poczułam się dużo lepiej niż zwykle. Wysięk nie był wielki, a jednocześnie czułam, że zrobiłam coś dla siebie, dla swojego ciała. Postanowiłam zapisać się na kurs, na którym dowiedziałam się, jak prawidłowo maszerować* – opowiada Aneta. Ta aktywność tak bardzo ją pochłonęła, że po kursie w fundacji „Aktywni” (nomen omen) ukończyła kolejny kurs instruktora fitness, a potem kurs instruktora nordic walkingu. – *Niewiele osób miało wtedy takie uprawnienia. Przez pewien czas byłam jedynym instruktorem na pół Warszawy. Przez cały rok, oprócz wakacji, prowadziłam kursy. Cieszyły się dużym zainteresowaniem – co weekend brało w nich udział 150 osób. Trochę się nachodziłam* – Aneta uśmiecha się na samo wspomnienie.

Atak nastąpił niespodziewanie

W tym czasie często pojawiała się w mediach, była zapraszana jako ekspert do popularnych programów telewizyjnych i radiowych. Nordic zajmował ją do tego stopnia, że postanowiła zrezygnować z etatu we Francuskiej Izbie Przemysłowo-Gospodarczej.

Założyła własną firmę. W ramach nowej działalności nie tylko prowadziła kursy, ale dodatkowo zaczęła organizować eventy.

Wolny czas również spędzała aktywnie, tak by nie stracić ani jednej minuty. Nie lubi bezczynności, dlatego majówkę dwa lata temu też postanowiła spędzić z dala od domu. Wspólnie z partnerem wybrała się do Danii samochodem. Aneta prowadziła. W drugim dniu jazdy poczuła, jak ból zajmuje jej nadgarstki. Myślała, że to z przemęczenia i od długiego trzymania kierownicy. Przyczyny szukała również w bardzo niskiej – jak na wiosnę – temperaturze. Nie rozumiała, co dzieje się z jej ciałem. W apteczce miała tabletki przeciwbólowe, po nich dolegliwości ustąpiły. Danię udało się zwiedzić, ale z tyłu głowy Aneta wciąż miała pytanie: „Co się stało w aucie?”.

Po powrocie do Polski udała się na wizytę do lekarza pierwszego kontaktu. Gdy usłyszał o dolegliwościach pacjentki, od razu skierował ją do reumatologa.

Wyniki badań wykazały zaawansowane stadium RZS. – *Diagnoza wbiła mnie w fotel, ale od razu zaczęłam pocieszać się myślą, że to nie jest śmiertelna choroba.*

Nie najlepszy początek

Reumatolog, pod którego skrzydłami jest do dziś, dobrał jej leki. Aneta zrealizowała receptę, zaczęła przyjmować leki, a po kilku dniach otrzymała telefon z apteki. Zaniepokojona pani





farmaceutka zadzwoniła z informacją, że zamiast przepisanych przez lekarza leków, wydała Anecie środki na alergię. – Niezły początek – pomyślała.

Leki brała regularnie. Organizm funkcjonował dobrze, za to psychika zaczęła podupadać. To, co najbardziej dokuczało Anecie, to obniżony poziom reakcji, zwłaszcza za kierownicą, oraz rozchwiane emocje – *Na przykład szłam przez las i płakałam bez powodu. Do tego towarzyszyła mi niemoc, która działała deprymująco.* Po roku terapii organizm Anety był osłabiony, dopadła ją biegunka, trwająca około miesiąca. Gdy reumatolog wyrównał dawkę, wszystko wróciło do normy.

Nordic walking na RZS

Mimo choroby Aneta nadal żyje aktywnie. – *Nie odczuwam żadnych skutków RZS. Co jakiś czas dokuczają mi bóle mięśni, ale jestem przyzwyczajona do bólu. Zakwasy towarzyszą osobom, które uprawiają sport.*

Tylko raz na kursie nordic walkingu spotkała inną kobietę chorą na RZS. A jak przekonuje, to aktywność idealna dla pacjentów zmagających się z tą dolegliwością. Z tego powodu misją Anety jest – *uświadomienie innym pacjentom, jak wiele pozytywnych zmian w ich życie może wnieść nordic walking.* Oczywiście, jeśli uprawia się go prawidłowo.

– *Nordic walking okazał się dla mnie wybawieniem, ponieważ dzięki niemu moje stawy są cały czas aktywne. Mój reumatolog również popiera tę aktywność. Uważam, że nordic walking jest idealnym sportem dla osób z RZS. Chory może dostosować tempo i dynamikę marszu do własnych możliwości – tłumaczy Aneta.*

Podczas szybkiego i dynamicznego marszu pracuje 90 procent naszych mięśni!

Aneta przekonuje, że aby odczuć znaczną poprawę sprawności, trzeba chodzić przynajmniej dwa-trzy razy w tygodniu po godzinie, koniecznie po naturalnym podłożu. – *Unikajmy chodzenia po chodnikach. Ja maszeruję nawet kilka razy dziennie, a do tego ćwiczę na siłowni i uczestniczę w zajęciach fitness* – opowiada.

Nasza bohaterka o tej dziedzinie sportu może opowiadać godzinami. Nordic walking to dla niej także sposób na chandrę. – *Nie tylko „naoliwia” stawy i dotlenia organizm, ale przede wszystkim uszczęśliwia* – przekonuje.

Na pytanie, czy stosuje specjalną dietę, Aneta odpowiada. – *Jak każda kobieta, staram się po prostu jeść zdrowo. Całe życie się odchudzam!* – sięga po kije i idzie przed siebie. ●

Żyć dobrze

MIMO BÓLU

Ból to dla wielu chorych na RZS chleb powszedni. O tym, jakie czynniki wpływają na poziom jego odczuwania oraz jak nie pozwolić, by ból i batalia z nim zdominowały całe nasze życie, rozmawiamy z **Sabiną Sadecką – psychologką i psychoterapeutką**, która swoją wiedzę w tych dziedzinach dzieli się ze studentami, szerzy ją także za pośrednictwem różnego typu mediów.

ROZMAWIAŁA MAGDALENA RÓG

Podejście do bólu diametralnie zmieniło się na przestrzeni wieków. Czy w tym, jak traktuje się go obecnie, jest coś, co panią jako psychologkę irytuje?

– We współczesnej medycynie dominuje – nadal! – mechaniczyczne podejście do bólu. W myśl tego podejścia ból to oznaka, że w ciele, tak jak w maszynie, coś się popsuło. Jeśli w owej maszynie nie znajdujemy żadnej usterki, to nazywamy taki ból psychogennym lub czynnościowym (dla odróżnienia od bólu somatycznego, mającego przyczynę w ciele). Tymczasem terapia akceptacji i zaangażowania (w skrócie ACT – red.) wskazuje na to, że ból, niezależnie od tego, czy ma charakter somatyczny, czy psychogeny, wydarza się zawsze w pewnym kontekście. I ten kontekst bardzo nam doświadczenie bólu zmienia.

Co się na ów kontekst składa?

– Kontekstem jest wszystko to, co wiąże się z bólem, a więc m.in. to, jak traktuje się go w kulturze, w której wznosimy, jak wyglądały nasze osobiste z nim doświadczenia czy jak był on przyjmowany w naszej rodzinie. Kultura Zachodu przepelniona jest awersją do bólu – zarówno fizycznego, jak i psychicznego.

Jego odczuwanie uznajemy za patologię. W XXI wieku wydaje nam się, że na każdy ból musimy od razu zaaplikować tabletkę, a jeśli tej tabletki nie ma lub ona nie działa, czujemy, że tracimy kontrolę nad sobą i swoim życiem. Ból występujący w takim kontekście może być naprawdę traumatyzujący. Nie bez wpływu na poziom odczuwania bólu pozostaje też to, na ile wrażliwe jest na niego nasze ciało i jaki w ogóle mamy do niego stosunek – czy traktujemy swoje ciało jak wspomnianą wcześniej maszynę do wykonywania zadań wyznaczanych przez głowę, czy może raczej jako jej partnera. Ważne jest również, jak traktowano nasze ciało, gdy byliśmy dziećmi – czy roztrzęsano każde nasze zadrapanie, kichnięcie lub mrowienie pod zębami, czy raczej mówiono, żebyśmy przestali się mazać i sygnały płynące z naszego ciała ignorowano.

Jak przeszłe doświadczenia związane z bólem mogą wpływać na intensywność jego odczuwania w terażniejszości?

– Osobista historia bólu i wynikająca z niej relacja do niego może nam ból zaostrzać lub łagodzić. Czasami wystarczy bowiem tylko spodziewać się tego, że dany bodziec wywoła ból, by odbierać go bardziej intensywnie (mimo że faktycznie nie różni się on nasileniem od innych). Nazywa się to tzw. efektem



SABINA SADECKA – psycholożka i psychoterapeutka pracująca od lat w nurcie terapii akceptacji i zaangażowania, zaliczanej do terapii poznawczo-behawioralnych tzw. trzeciej fali. Prowadzi portal wiedzy psychologicznej opsychologii.pl. Pracuje psychoterapeutycznie z klientami po traumach w prywatnym gabinecie w Poznaniu. Dodatkowo wykłada psychologię w Collegium Da Vinci i na SWPS. Pisze o niej w internecie, prasie oraz mówi na radiowej antenie.

nocebo (w przeciwieństwie do placebo). Dlatego już sam widok innych cierpiących pacjentów może sprawić, że pozostali będą cierpieć bardziej. Również słowa „teraz pana zaboli” mogą spotęgować odczuwanie bólu. Podobny efekt potrafi też wywołać każdy inny skojarzony z bólem bodziec, np. specyficzny zapach gabinetu dentystycznego.

Co ze sferą emocjonalną – czy ona również wpisuje się w złożoną sieć czynników, które warunkują odczuwanie bólu?

– Jak najbardziej. Ważne jest tu po pierwsze to, czy udaje się nam adekwatnie regulować reakcje emocjonalne, czy też pozostają one poza naszym wpływem. Po drugie liczy się stan emocjonalny, w jakim jesteśmy, gdy ból się pojawia. Niektóre emocje (np. lęk) intensyfikują bowiem jego odczuwanie, inne zaś (np. radość) je łagodzą.

Ból nikomu nie jest obcy. Ten nagły, ostry, ma nawet aspekt pozytywny, ponieważ ostrzega, że w organizmie dzieje się coś złego. Osoby z RZS często doświadczają jednak bólu przewlekłego nawet wtedy, gdy choroba jest dobrze kontrolowana lub gdy cielesna jego przyczyna, tzn. zapalenie konkretnego stawu czy stawów została wyeliminowana. Jak psychologia odnosi się do tego rodzaju bólu?

– W przypadku bólu chronicznego sprawa się komplikuje, gdyż do czynników mających na niego wpływ dochodzi także historia samej choroby oraz stosunek do niej zarówno pacjenta, jak lekarzy i bliskich. Akurat temu rodzajowi bólu często nadawana jest etykieta „psychosomatyczna”, bywa on odbierany jako udawany, używany przez chorego do wywarcia wpływu na otoczenie i w efekcie staje się dla tego otoczenia niewidoczny. Tymczasem warto pamiętać, że bardzo wiele z naszych reakcji ma charakter psychogeny, czyli łączący się z emocjonalnością. Ich przykładem jest np. czerwienienie się lub nerwowe kichanie. Nierzadko też same osoby cierpiące z powodu przewlekłego bólu, którego przyczyn nie można znaleźć w ciele, uważają go za gorszy, dyskwalifikujący je w oczach innych. I taki stosunek do własnej przypadłości, szczególnie jego konsekwencje emocjonalne (np.: smutek, lęk, rozgoryczenie) również mogą powodować, że się ona nasila lub utrzymuje. Dlatego, żeby terapia bólu przewlekłego była skuteczna, powinna uwzględniać cały jego zarówno wewnętrzny, jak i zewnętrzny kontekst.

Czy istnieje grupa osób szczególnie predysponowanych do tego, by doświadczać tego rodzaju bólu?

– Ból chroniczny często spotyka się u osób, które wiele miesięcy, lat, a nawet dekad spędziły w stanie nadmiernego pobudzenia emocjonalnego. Szczególnie mocno narażone są na niego również osoby, które doznały traumy, zarówno jednostkowej (np. przeżyły pożar), jak i relacyjnej, długotrwałej (np. doświadczały przemocy lub były świadkami takiej przemocy wobec osób im bliskich w dzieciństwie). Fakt, że trauma z przeszłości może być czynnikiem sprzyjającym pojawieniu się bólu chronicznego w przyszłości, łatwiej jest zrozumieć, mając świadomość, że ośrodki bólu uruchamiają się w mózgu

nie tylko, gdy cierpi nasze ciało, ale i wtedy, gdy doświadczamy odrzucenia społecznego. Nasz mózg reaguje bólem na skaleczenie czy pobicie, ale też na upokorzenie czy izolację. Oczywiście trauma to niejedyne wyjaśnienie dla chronicznego bólu. Nikogo pewnie nie zaskoczy, że doświadczyć go mogą osoby nadwrażliwe, ale też takie, które nie mają dostępu do odczuć płynących z ciała i swoich emocji. W swojej pracy obserwuję też u tych osób sporą tendencję do katastrofizowania, dużej czujności związanej z bólem, raczej zamknięcia się w sobie. Trudno jednak powiedzieć, czy jest to przyczyna chronicznego bólu, czy raczej jego konsekwencja.

Jednak ból, mimo że na jego odczuwanie wpływa tak wiele czynników, zwykliśmy hamować po prostu środkami przeciwbólowymi. Czy uważa pani to za dobrą strategię?

– W naszej kulturze zakłada się, że ból to coś, z czym musimy sobie poradzić. Tak jak w opisanym przeze mnie na początku przykładzie – boli mnie, więc biorę tabletkę. Wyobraźmy sobie jednak, że ktoś zażywa tabletkę lub pije alkohol za każdym razem, gdy czuje ból. W efekcie takiej strategii leki lub substancje odurzające, choć aplikowane w coraz większych dawkach, zaczynają tracić na skuteczności, a my sami stajemy się coraz bardziej wrażliwi na ból. Próby usunięcia tego uczucia z naszego życia sprawiają zatem, że mamy go coraz więcej. W ATP podkreśla się tymczasem, że wysiłki podejmowane w celu rozwiązania problemu bywają bardziej obciążające niż sam problem. Terapeuci pracujący zgodnie z tym nurtem porównują unikanie za wszelką cenę bólu (fizycznego i psychicznego) do karmienia małego tygrysa. Początkowo wydaje się nam niewinne i nieszkodliwe poczęstowanie tygrysa kawałkiem mięsa po to, by przestał warczeć i został w klatce. Z czasem jednak ten słodki tygrysek rośnie i na uspokojanie go musimy poświęcać coraz więcej czasu i energii, a i tak pewnie kiedyś nas dorwie.

Mam z tego rozumieć, że psychoterapeuci pracujący w nurcie ACT, czy też psychologowie w ogóle, stoją na stanowisku, żeby nie stosować żadnych środków przeciwbólowych?

– Nie, ważne jest jednak, żeby takie środki przyjmować z głową, uważnie, pamiętając o długofalowych konsekwencjach ich zażywania. Jeśli tak się do nich podejdziesz, to mogą one świetnie wspierać psychologiczny proces radzenia sobie z bólem.

Na czym ten psychologiczny proces radzenia sobie z bólem polega?

– W ACT uczymy pacjentów, jak być z bólem, a nie jak z nim walczyć. Bardzo ważną częścią tej terapii jest zatem akceptacja

bólu, nie zaś próba jego kontrolowania. Akceptacja nie oznacza jednak rezygnacji, poddania się, lecz gotowość do kreowania swojego życia pomimo bólu, a nie bez bólu. Wiele osób doświadczających bólu chronicznego żyje w tzw. trybie warunkowym i zakłada, że pójdzie do pracy czy na randkę, gdy ból się skończy albo wtedy, kiedy znajdą jego przyczynę. W ACT pokazujemy, że każdy z nich może podążać w kierunku ważnych dla siebie wartości w dowolnej chwili, że może to zrobić już dziś, z tym bólem, który aktualnie odczuwa.

Jakich argumentów używa pani, żeby przekonać pacjentów, że życie według ich scenariusza, a nie scenariusza pisanego przez ból i chorobę, faktycznie jest możliwe?

– Jedno z moich ulubionych pytań zadawanych pacjentom podczas pracy w nurcie ACT brzmi: „Czy nie wystarczyło ci już naciernieć?”. Cierpienie definiowane jest w tej terapii jako opór przed bólem, natomiast sam ból uznawany jest za naturalną część życia. Wyewoluowaliśmy dzięki temu, że nasze mózgi doświadczały bólu, doświadczając go, to tak naprawdę być żywym. Jednak wtedy, gdy bardzo nie chcemy go czuć, pojawia się dodatkowe cierpienie, tzw. brudny ból. Uczymy naszych klientów, że może im się nie udać pozbyć czystego bólu, ale że są w stanie od teraz przestać dodawać sobie do niego ból brudny. Wiele czasu w rozmowach z pacjentami poświęcamy także temu, jak chcieliby żyć, nawet jeśli w tym życiu ból będzie obecny. Pytam ich np., czym by się zajmowali, gdyby nie musieli nieustannie go unikać.

Czy można nauczyć się efektywnie radzić sobie z bólem bez profesjonalnej psychoterapii, na którą przecież nie wszystkich stać?

– Terapia akceptacji i zaangażowania jest raczej treningiem, a nie terapią w tradycyjnym tego słowa znaczeniu. W treningu tym może nam pomóc wyszkolony terapeuta, ale wiele osób korzysta z odkryć i metod ACT, bazując jedynie na samopomocowej literaturze (polskojęzyczne poradniki ACT zostały wydane przez Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne) i taka droga też ma potwierdzoną naukowo skuteczność. W pracy z chronicznym bólem bardzo pomaga też uważność. Polega ona na tym, że przyglądamy się naszemu ciału, ale też emocjom i myślom w momencie, gdy pojawia się ból, zamiast natychmiast na niego reagować. Dzięki temu nasz mózg uczy się, że to uczucie może być doświadczane i nie musi być od razu zwalczane. Przyglądanie się myślom, jakie powstają w naszym umyśle w związku z bólem, daje też szansę, by te z nich, które są nieprawdziwe, albo – na co zwraca się uwagę w ACT – stają na drodze między nami a wartościowym życiem, najpierw zidentyfikować, a potem zignorować. ●

JAK KOMPLEKSOWO

dbać o narząd ruchu

CZ. 1

RZS zostało sklasyfikowane w grupie układowych chorób tkanki łącznej, co wskazuje, że zmiany chorobowe mogą dotyczyć wielu narządów. **Codzienny ruch oraz prawidłowo dobrany do etapu choroby program rehabilitacji to podstawa postępowania leczniczego**, uzupełniająca leczenie farmakologiczne.

DR N. MED. ELŻBIETA SKORUPSKA

FIZJOTERAPEUTA, ADIUNKT W KATEDRZE REUMATOLOGII I REHABILITACJI UM W POZNANIU

RZS dotyczy najczęściej kobiet dojrzałych, po 50. roku życia. Zmiany chorobowe nakładają się w tym przypadku na typowe problemy narządu ruchu, charakterystyczne dla kobiet po 40. roku życia, tj. spadek wydolności fizycznej, początek utraty masy mięśniowej, a u kobiet po menopauzie – przyspieszenie procesu demineralizacji kości oraz przebudowa aktywnej masy ciała (zmiana proporcji pomiędzy ilością tkanki mięśniowej i tłuszczowej, na niekorzyść tej pierwszej).

ISTOTĄ DBANIA O NARZĄD RUCHU CHOROGE NA RZS JEST PROGRAM REHABILITACJI DOBRANY DO ETAPU CHOROBY

Podstawowe zasady dotyczące aktywności ruchowej

1. W okresie rzutu choroby wstrzymaj się od ćwiczeń; w okresie remisji realizuj program ćwiczeń dobrany do stanu twojego zdrowia przez fizjoterapeutę.
2. Zadbaj o prawidłową postawę.
3. Zadbaj o wydolność.
4. Stosuj metody ochrony stawów zmienionych chorobowo.
5. Dbaj o kontakty z innymi ludźmi.
6. Walcz z bólem w każdy możliwy sposób, przy pomocy lekarza (farmakoterapia), fizjoterapeuty (terapia manualna, fizykoterapia), psychologa (trening autogenny itp.).



Nie staraj się kontrolować lub/i poprawiać sylwetki samodzielnie. NALEŻY TO ZROBIĆ Z FIZJOTERAPEUTĄ

We współpracy z fizjoterapeutą

Nieprawidłowa postawa ciała oraz brak elastyczności objawiają się najczęściej przykurczami tylnej grupy mięśni kończyn dolnych, pogłębieniem lordozy lędźwiowej oraz typową „zgarbioną” sylwetką (ryc. 1). W przypadku chorego z RZS najbardziej niebezpieczne jest ustawienie głowy w protrakcji (wychylenie do przodu), szczególnie jeśli dodatkowo współwystępują zmiany chorobowe w górnym odcinku szyjnym kręgosłupa. Dlatego bardzo istotny jest jak najszybszy powrót do prawidłowego ustawienia głowy.

Ćwiczenia usprawniające stawy

1. Ćwiczenia bazowe to korekcja zmienionych chorobowo stawów oraz ćwiczenia wzmacniające pod kontrolą fizjoterapeuty, wzbogacone o dobrany indywidualnie program ćwiczeń domowych.
2. Praca nad funkcjonalnością obręczy barkowej (bez znaczenia, czy są zmiany chorobowe, czy nie) polegająca na wprowadzeniu ćwiczeń wzmacniających jej mięśnie.
3. Praca nad funkcjonalnością chodu poprzez poprawę długości, szybkości kroku oraz wyrównanie symetrii obciążenia obu kończyn dolnych.
4. Poprawa wydolności.

Poprawa wydolności u chorego z RZS powinna odbywać się według powszechnie stosowanej zasady, tj. trzy razy w tygodniu 30 minut wysiłku ciągłego o umiarkowanej intensywności. Poziom obciążenia wyznacza pomiar tętna, które powinno mieścić się w zakresie 120–140 uderzeń na minutę. Jeśli taka intensywność ćwiczeń jest zbyt dużym obciążeniem, należy zacząć wg zasady dwa razy w tygodniu 20 minut wysiłku ciągłego przy tętnie 120 uderzeń na minutę. Najlepszą formą opisanego wysiłku są ćwiczenia aerobowe (tlenowe). Dla chorych z RZS będzie to np. jazda na rowerze stacjonarnym, a dla tych bardziej zaawansowanych i bez zmian chorobowych w odcinku szyjnym kręgosłupa – pływanie. ●



Do podologa

MARSZ!

Zniekształcenia na stopach powodują dolegliwości bólowe i często wymagają noszenia obuwia lub wkładek ortopedycznych. **Naszym stopom potrzebna jest także specjalistyczna pielęgnacja**, która m.in. z powodu ograniczonej ruchomości dłoni do najłatwiejszych nie należy.

MAŁGORZATA MARSZAŁEK

Podolog to specjalista od stóp, który w odróżnieniu od pedikiurzystki zajmuje się nie tylko stopami zdrowymi, ale i pielęgnacją oraz korekcją stóp zmienionych chorobowo. Specjalizacja ta jest czymś pomiędzy pielęgnacją estetyczną a działaniami medycznymi na stopach. Wśród osób chorujących przewlekłe do wizyty u podologa najczęściej zachęceni są diabezy z powodu grożącego im powikłania – zespołu stopy cukrzycowej. A przecież w bardzo podobnej sytuacji są osoby z RZS, u których może dojść do powstania tzw. stopy reumatoidalnej.

Stopa reumatoidalna – jak ją rozpoznać

Mianem stopy reumatoidalnej określa się zespół patologicznych objawów dotyczących stopy w przebiegu RZS. Zdarza się, że mniej zaawansowane objawy stopy reumatoidalnej, takie jak zauważalny obrzęk którejkolwiek części stopy, ból w okolicy któregoś ze stawów śródstopno-paliczkowych oraz sztywność poranna (niemożliwość zgięcia palców stóp), są pierwszymi objawami, które uruchamiają diagnostykę w kierunku RZS.

Do najbardziej charakterystycznych deformacji występujących w obrębie stopy pacjenta z RZS zalicza się: płaskostopie, paluchy koślawe, koślawe ustawienie tylostopia, palce młoteczkowate¹. Na stronie podeszwy stopy pacjenta z RZS często występują duże zmiany skórne w postaci bolesnych modzelei.

Podolog zajmuje się wszelkimi zmianami na stopach, takimi jak: odciski, modzele, grzybica, brodawki, łuszczyca, wrastające paznokcie, zrogowaciałe i pękające pięty. Podstawowym zabiegiem pielęgnacyjno-leczącym w gabinecie podologa jest pedikiur podologiczny, który może trwać nawet 1,5 godziny.

W przypadku zaawansowanych postaci stopy reumatoidalnej u pacjentów może pojawić się metatarsalgia, czyli dolegliwości bólowe okolicy podeszwy głów kości śródstopia, które często współwystępują z płaskostopiem poprzecznym i podłużnym oraz ww. paluchem koślawym i palcami młoteczkowatymi. Zniekształcenia w obrębie stopy powodują ból, a to z kolei zaburza sposób poruszania się pacjenta. U osób ze stopą reumatoidalną zmienia się prawidłowe przetaczanie stopy. Chód staje się powolny, a kroki krótsze. Odciski i modzele pojawiają się na opuszkach i od strony grzbietowej palców.

To wszystko sprawia, że pielęgnacja stopy reumatoidalnej wymaga sporej wiedzy i umiejętności. Podolog jest w tym przypadku o tyle dobrym adresem, że ma solidne podsta-

wy wiedzy medycznej oraz zwyczajowo współpracuje on ze specjalistami od danego schorzenia, w tym przypadku reumatologiem i ortopedą. Pacjenci z RZS mogą zgłaszać się do podologa zarówno w celu wykonania tradycyjnego pedikiuru (w tym przypadku będzie to pedikiur podologiczny), jak i z poważniejszymi problemami, jak pogrubione czy wrastające paznokcie, przerwanie ciągłości skóry, rany ropiejące itp.

Przebieg wizyty u podologa

W odróżnieniu od typowych zabiegów kosmetycznych, u podologa można się poczuć jak u lekarza. Podczas pierwszej wizyty pacjent ma zakładaną kartę oraz jest przeprowadzany dokładny wywiad na temat jego stanu zdrowia. Podobnie jak w przypadku wizyty u reumatologa, tak i do tej należy się dobrze przygotować. Także psychicznie – na to, że specjalista będzie uważnie oglądał nasze stopy z każdej strony, co dla wielu pacjentów jest krępujące, szczególnie jeśli są one zdeformowane chorobą. Podologa trzeba jednak traktować jak specjalistę, który ma nam pomóc w doprowadzeniu stóp do jak najlepszej kondycji (z uwzględnieniem RZS), a nie jak osobę, która ocenia estetykę naszych stóp. Podczas wizyty może się zdarzyć, że podolog będzie wykonywał zdjęcia stóp, szczególnie jeśli na skórze występują bardziej zaawansowane zmiany. To standardowa procedura, uzupełnienie dokumentacji medycznej, które pozwala po czasie ocenić efekty terapii. Niezależnie od kondycji stóp, podstawowym zabiegiem wykonywanym przez podologa, na który warto się wybrać, jest pedikiur podologiczny, podczas którego usuwany jest zrogowaciały naskórek, odciski, modzele czy nagniotki. Podolog ma do dyspozycji specjalistyczne narzędzia, takie jak: skalpel, dłuto, frezarkę podologiczną z różnymi rodzajami frezów, dzięki którym jego interwencja jest znacznie głębsza, niż ma to miejsce w gabinecie kosmetycznym. A przede wszystkim zabiegi podologiczne wykonywane są z zachowaniem wszelkich standardów higieny.

Błędy domowej pielęgnacji

Wizyta u podologa to też dobra okazja, by porozmawiać o tym, jak samemu w domu optymalnie dbać o stopy. Najczęstsze błędy w domowej pielęgnacji skóry stóp to nadmierne ścieranie naskórka, które prowadzi do bolesnych, krwawiących pęknięć na piętach. Częste mechaniczne usuwanie naskórka prowadzi do jego stymulacji, a w konsekwencji do jeszcze szybszego narastania. W celu usunięcia zrogowaceń najlepiej stosować krem do stóp z dużą zawartością mocznika. Mocznik zwykle kojarzony jest z właściwościami nawilżającymi, bo faktycznie takie posiada, ale przy mniejszym stężeniu. Im więcej mocznika w preparacie, tym bardziej działa on rozmiękczająco. W przypadku pacjentów z RZS kremy z dużą zawartością tej substancji przydadzą się do usuwania zrogowaciałej skóry, te, które zawierają go mniej – do codziennego nawilżania. W pielęgnacji stóp liczy się systematyczność, kremy należy stosować 1-2 razy dziennie, jeśli raz dziennie – to na pewno na noc. ●

¹ <https://docplayer.pl/24075354-Deformacje-stop-w-reumatoidalnym-zapaleniu-stawow-leczenie-operacyjne-i-rehabilitacja.html>

SPACEREM PO

parku

Kontakt z przyrodą w mieście jest nie tylko możliwy, ale i potrzebny. Choć wiele mówi się o ogrodach i parkach miejskich jako „zielonych płucach” miast to bardzo często... na mówieniu się kończy.

Tymczasem spacer po parku czy ogrodzie może przynieść wiele korzyści.

MARCIN PACHO

Wydawać by się mogło, że ideałem, do jakiego należy dążyć w przestrzeni miejskiej, jest projektowanie ogrodów terapeutycznych, które coraz częściej są tworzone przy nowoczesnych placówkach służby zdrowia. Na popularności zyskuje bowiem hortiterapia, czyli terapia związana z przebywaniem w ogrodzie. Jednak tego typu miejsca przeznaczone są dla ściśle określonych grup pacjentów i trudno byłoby zastosować ich specjalistyczne funkcje w powszechnie dostępnych parkach i ogrodach miejskich. Jaki więc powinien być park miejski, aby pozytywnie na nas oddziaływał i relaksował?

Park idealny

Po pierwsze, ważny jest aspekt psychologiczny. Atrybutami przestrzeni sprzyjającymi regeneracji są rozległe, ale uporządkowane widoki, różnorodność takich elementów, jak woda, duże drzewa, kwiaty i krzewy. Aby park przynosił relaks, musi dostarczać umysłowi określonych bodźców. Ośrodek mózgu wpływający na odczuwanie przyjemności w reakcji na piękno jest jednocześnie odpowiedzialny za łagodzenie bólu. A zatem widok np. spójnych, geometrycznych form biologicznych ma także korzystne dla zdrowia działanie. Nasz mózg i oczy potrzebują elementów, na których można skupić uwagę – a w ten sposób oderwać się od negatywnych myśli i zregenerować psychikę. Otoczenie, które odbieramy jako puste, wywiera na nas negatywny wpływ. W takim środowisku czujemy się źle, a symptomy neurologiczne, jakie się wówczas mogą pojawiać, są analogiczne do stanów chorobowych, takich jak m.in. zwyrodnienie płamki żółtej czy udar mózgu¹. Po drugie, liczy się praktyczna funkcjonalność. Na dobroczynne właściwości parku wpływa m.in. ukształtowanie struktury przestrzennej (np. układ ławek i innych „punktów przystankowych”). Ważny jest też m.in. rodzaj nawierzchni przeznaczo-

nych dla użytkowników – np. zmiana materiału nawierzchni i jej koloru oraz każdy inny rodzaj zróżnicowania ścieżki to bodźce, które wymagają wysiłku i skupienia uwagi. Choć doskonale w tej roli wypadają różne formy naturalnych nawierzchni, nie można zapominać, że zwłaszcza na głównych ścieżkach nie może zabraknąć powierzchni sztucznych, nieprzepuszczalnych, które umożliwią poruszanie się np. osobom niepełnosprawnym na wózkach inwalidzkich. Choć bowiem przestrzeń parkowa ma relaksować poprzez różnorodność impulsów, musi też dawać poczucie bezpieczeństwa².

Podążając szlakiem najpiękniejszych parków w Polsce, odwiedźmy także koniecznie m.in. Zabytkowy Park Pszczyński, łódzki park Żródliska oraz miejski park w Zamościu.

Na tym lista cech, jakimi powinien charakteryzować się idealny park miejski, wcale się nie kończy. Nie ulega jednocześnie wątpliwości, że bardzo trudno spełnić wszystkie. Z pewnością jednak tym, które w Polsce od lat przodują w rankingach najciekawszych i najpiękniejszych, do ideału nie jest tak daleko. Oto kilka naszych rekomendacji.

W japońskim stylu

Wrocławski park Szczytnicki zajmuje blisko 100 hektarów. Mimo ogromu przestrzeni, pobyt w różnych jego zakątkach nie nastroża problemów w komfortowym zwiedzaniu. Leży w centrum miasta, a dostać można się do niego głównymi ulicami miasta – m.in. alejami Różyckiego i Paderewskiego oraz ulicą Mickiewicza. Z uwagi na fakt, że teren obfituje w popularne atrakcje, m.in. unikatowy w skali kraju ogród japoński,



Park Szczytnicki we Wrocławiu

drewniany kościół z przełomu XVI i XVII wieku czy słynną wrocławską fontannę, nie tylko nie brakuje dobrze wyposażonych punktów przystankowych (w tym ławek), ale i szerokich, dobrze utwardzonych dróg, ścieżek czy mostków – łagodnych w podejściu i podjeździe. Teren wypełniają nie tylko strefy zielone, ale i liczne mniejsze i większe akwenty, a to gwarantuje doceniane przez wszystkie grupy parkowych gości atrakcyjne różnicowanie krajobrazu.

Z mazurkiem w tle

Odnowiony w 2010 r. park w Żelazowej Woli to dziś miejsce, które przyciąga nawet bardziej niż sam dworek – dom narodzin Fryderyka Chopina. Uwagę przykuwa tu wyjątkowe nagromadzenie roślin – od drzew przez krzewy po rabaty kwiatowe – które otulają gości i są na „wyciągnięcie ręki”, a to dzięki gęstej sieci dobrze poprowadzonych ścieżek. Przy każdej spacerowicze znajdą wygodne ławki – na każdych kilkudziesięciu metrach kwadratowych można ich znaleźć co najmniej kilkanaście. Dzięki tarasowemu układowi terenu z okolic dworku mamy widok na cały park, schodzący ku rzece Utracie. Co istotne, wizyta w parku to okazja do relaksu, nie tylko z uwagi na piękno krajobrazu, ale i muzykę, która dochodzi z głośników ukrytych w całym parku. Nie od dziś wiadomo, że klasyczne dźwięki muzyki Chopina także mają działanie terapeutyczne.

Ze źródłu

Jeśli uporządkowane, geometryczne formacje to jedna z cech parku miejskiego spełniającego swoje funkcje terapeutyczne,

to to miejsce możemy uznać za wzór. Mowa o zabytkowym parku Zdrojowym w Nałęczowie, stworzonym w myśl koncepcji spójnego w formie i treści miasta ogrodu. Znajdziemy tu jednak nie tylko piękne dywany kwiatowe (otoczone szerokimi deptakami i doskonale oświetlone po zmierzchu), które możemy podziwiać w trakcie spacerowania lub w czasie odpoczynku na licznych tutaj ławkach (m.in. w towarzystwie Bolesława Prusa). Atrakcjami parku są: staw, termy, Wyspa Miłości, słynna pijalnia oraz wyjątkowo klimatyczna palmiarnia. Tak zwaną rehabilitację klimatyczną zapewniają – nie tylko cierpiącym na problemy z ciśnieniem – naturalne trasy biegnące alejkami parku. Pełen atrakcji relaks i efekt terapeutyczny gwarantowane!

Śniadanie na trawie

„Zielone płuca Górnego Śląska” – właśnie tak nazywany jest park Śląski, który ma ponad 600 ha i m.in. blisko 30 niezależnych atrakcji. Dzięki nim park jest miejscem dla całych rodzin, które odwiedzają m.in. najstarsze w Polsce planetarium, mieszące się w sercu parku. Jedną z najpopularniejszych cyklicznych imprez w parku są „Sobotnie śniadania na trawie”, które przyciągają tłumy. Ceniącym kontakt z przyrodą szczególnie uważamy polecamy Rosarium (największe w Polsce), a także Ogród Bylinowy. Biorąc pod uwagę cechy, jakie spełniać powinien park miejski jako miejsce relaksu, ale i wspierające terapię w chorobie, istotne jest, że park w Chorzowie podzielony jest na 2 strefy.

Główna część ma charakter leśny, jest poprzecinana siecią dróg, alejek i traktów piesznych (do parku prowadzi aż 7 wejść), mających sprzyjać wyciszeniu, bardziej biernemu relaksowi i rekreacji. Pozostała część parku to tereny o charakterze kulturalno-rekreacyjnym i miejsca sprzyjające czynnemu wypoczynkowi. ●

¹ Parki i ogrody terapeutyczne, Monika Trojanowska, PWN, Warszawa 2017

² Ibidem



Karta Praw Pacjenta z RZS.

ZOBACZ, DO CZEGO MASZ PRAWO

Komunikacja w gabinecie lekarskim bywa trudna. Często pacjent nie otrzymuje od lekarza wyczerpujących informacji, a sam nie wie, o co zapytać. W konsekwencji czuje się zagubiony i szuka wiedzy w internecie, korzystając bardzo często z niesprawdzonych źródeł. To nie powinno tak wyglądać. **Jako pacjenci powinniśmy wiedzieć, jakie przysługują nam przywileje i do czego mamy prawo.** Wówczas będzie nam łatwiej rozmawiać z lekarzem o swoich potrzebach.

Na stronie Ministerstwa Zdrowia można znaleźć ogólne informacje o prawach pacjenta, opracowane przez ekspertów na podstawie ustawy z 2008 roku, obejmujące wszystkich korzystających z opieki zdrowotnej. Brakuje w nich jednak szczegółowych danych dotyczących konkretnych grup chorych. Dlatego we współpracy z ekspertami powstała Karta Praw Pacjenta z Reumatoidalnym Zapaleniem Stawów.

Stworzona w ramach kampanii RZS Porozmawiajmy Karta Praw Pacjenta to przegląd najważniejszych praw chorego, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb pacjenta z RZS. W Karcie znajdziemy zarówno konkretne zapisy, np. dotyczące dostępnych możliwości leczenia rekomendowanych przez EULAR (Europejską Ligę Przeciw Reumatyzmowi), jak i prawa uniwersalne, takie jak równy dostęp do opieki medycznej, tajemnicy lekarskiej czy prawo do świadczeń publicznych i wyboru miejsca, w którym chcemy być leczeni.

Pacjent ma prawo pytać lekarza prowadzącego o swój aktualny stan zdrowia, o prognozy na przyszłość i możliwe konsekwencje. Wszelkie decyzje dotyczące stanu zdrowia, w tym doboru leków i terapii, powinny opierać się na wspólnej decyzji pacjenta i lekarza.

Rozpoznanie jak i wybór sposobu leczenia powinny być oparte na przyjętych w Europie rekomendacjach EULAR, które – opraco-

wane przez wybitnych ekspertów – stanowią zbiór zasad prowadzących do optymalizacji leczenia i wyśrodkowują korzyści i ewentualne powikłania. W ich stosowaniu pacjent powinien zostać potraktowany indywidualnie, a udzielane świadczenia medyczne powinny być uzależnione od okoliczności i stanu jego zdrowia – zaznaczyła dr n. med. Małgorzata Tłustochowicz, reumatolog, współautorka Karty.

Karta Praw Pacjenta to inicjatywa wielu osób i instytucji: Stowarzyszenia „3majmy się razem”, Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej oraz organizatorów kampanii RZS Porozmawiajmy.

Kartę opracowały wybitne specjalistki w swoich dziedzinach. Treść dotyczącą diagnostyki i leczenia opracowała dr n. med. Małgorzata Tłustochowicz z Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, natomiast część o zagadnieniach prawnych – prof. dr hab. Dorota Karkowska z Instytutu Praw Pacjenta.

Inicjatorzy powstania Karty wierzą, że dzięki niej pacjenci poznają dokładniej swoje prawa, co w konsekwencji przyczyni się do poprawy jakości leczenia i stanu ich zdrowia. Karta zwraca uwagę na ogromną rolę do odegrania w terapii samego chorego. Każdy pacjent to bowiem inna historia i inny człowiek, a nie kolejny przypadek medyczny.

Pełna Karta Praw Pacjenta dostępna jest na stronie
www.rzsporozmawiajmy.pl



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



WWW.RZSPOROZMAWIJMY.PL

SERWIS DLA PACJENTÓW
CHORYCH NA RZS I ICH RODZIN!



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.RZSPOROZMAWIJMY.PL**
I DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ NA TEMAT RZS!

Serwis www.rzsporozmawiajmy.pl powstał w ramach ogólnopolskiej kampanii „RZS Porozmawiajmy”, której celem jest edukacja na temat RZS oraz zwrócenie uwagi na problem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych i zachęcenie do skutecznej komunikacji na linii pacjent-lekarz.