



Witold Laskowski, 2017-03-16 09:20

SM: programy lekowe są zbyt restrykcyjne

Z prof. Jarosławem Sławkiem, pomorskim konsultantem ds. neurologii rozmawia Witold Laskowski.

Panie profesorze, w jaki sposób można ograniczyć niepełnosprawność wśród chorych na stwardnienie rozsiane?

Niepełnosprawność musimy ograniczać od samego początku choroby, kiedy chory jeszcze jest na pozór zupełnie sprawny. Ma tylko rzuty choroby, potem są remisje. Długo nic się nie dzieje, ale wiemy, że choroba nie śpi, że ona jest. To jest najlepszy sposób, tak jak profilaktyka w innych chorobach gdzie możemy zniwelować czynniki ryzyka. Tutaj takiej profilaktyki nie mamy, ale mamy możliwość zmodyfikowania przebiegu choroby poprzez zastosowanie wczesnego leczenia hamującego proces zapalny.

W 2016 roku zaszło dużo zmian w leczeniu SM. Na jakie grupy pacjentów miały one największy wpływ?

Na pewno największe zmiany dotyczą chorych w początkowej fazie choroby leczonych tzw. pierwszą linią. Pojawił się po raz pierwszy lek doustny. Problem stosowania tych leków, które podawane są podskórnie, czy domięśniowo, związany jest z działaniami niepożądanymi, niewygodą w stosowaniu, jest rozwiązany w bardzo prosty sposób. Mamy terapię doustną, czyli bardzo wygodną, łatwą i dla pacjenta lepiej tolerowaną formę podania leku. Natomiast to, na co czekamy z niecierpliwością, to te leki, które możemy też stosować u chorych z bardziej nasilonymi objawami. W tej chwili mamy tylko dwa leki, ale czekamy na takie, które w niektórych krajach są stosowane od samego początku terapii u chorych z bardzo agresywną postacią. To jest tzw. leczenie indukcyjne. Słyszałem, że są pewne nadzieje na porozumienie między firmą farmaceutyczną, a Ministerstwem Zdrowia i być może te leki będą dostępne. Niestety boję się czy one będą dostępne rzeczywiście dla pacjentów przy tym ograniczonym budżecie na leczenie. Mam jednak nadzieję, że te środki będą stale rosnąć.

Czy są jakieś różnice w wytycznych terapeutycznych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i programami lekowymi, które obowiązują urzędowo?

W pryncypiach one są zbieżne. Natomiast, co do szczegółów programy lekowe są zbyt restrykcyjne w sensie administracyjnym i nie pozwalają - w sytuacjach trudnych, życiowych, które się nie mieszczą w tych ramach opisanych w programach - lekarzowi podjąć samodzielnie odpowiedniej decyzji terapeutycznej. W krajach skandynawskich ten proces jest uwolniony i to lekarz decyduje jak zaczyna leczenie, jaki lek stosuje. Ten szeroki wybór leków, to nie jest alternatywa, że możemy wybrać ten lub inny. Każdy ma swoją specyfikę i powinien być dopasowany do odpowiedniego profilu pacjenta, do odpowiedniego profilu jego choroby, zmian w rezonansie i wielu innych czynników, które grają rolę podczas wyboru terapii.