

 Iwona Schymalla, 2018-08-09 09:43

Prof. Głuszko: Dla chorych z ŁZS i ZZSK mamy doskonałą alternatywę



Z prof. Piotr Głuszko, kierownikiem Kliniki i Polikliniki Reumatologii w Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji – rozmawia Iwona Schymalla.

Łuszczycowe zapalenie stawów i zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa to choroby, o których wiedza, także wśród lekarzy POZ, jest niewielka...

Wiedza o nich jest niewielka. Znacznie częściej mówi się o reumatoidalnym zapaleniu stawów, a to też choroby zapalne i także dotyczą sporą grupę osób (szacuje się, że około 150 tysięcy). W tej chwili wiemy, że na łuszczycę choruje w Polsce ponad dwa miliony osób, na łuszczycowe zapalenie stawów – kilkanaście procent. Choroba dotyka pacjentów w różnym wieku, na różnym etapie ich życia. Jest bardzo dokuczliwa, dlatego że daje zmiany skórne i stawowe, jest nieprzyjemna ze względów estetycznych przez co wpływa na psychikę. Jeśli do tego dochodzą jeszcze bóle stawów, kręgosłupa i ograniczenia w poruszaniu się, to zaczyna się poważny problem. Zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa to podobna grupa, ale tu nie ma zmian skórnych. Problem zapalny toczy się tu w kręgosłupie. Szalenie silne dolegliwości bólowe dotykające ludzi młodych, częściej mężczyzn, oraz postępujące usztywnienie kręgosłupa znacznie ograniczające sprawność ruchową powodują problem z prostymi czynnościami jak np. zawiązanie buta, prowadzenie samochodu, czy schyłanie się. Bóle nasilają się w nocy, więc odpoczynek, który powinien dać relaks i uspokoić dolegliwości, nie daje ich. Wręcz odwrotnie, bóle zmniejszają się przy wysiłku. Dlatego ludzie ci lubią ruch i rehabilitację, bo dają im one pewną ulgę. Ale niestety nie mogą oni spać z powodu dolegliwości bólowych.

Jesteśmy rekordzistami Europy, jeśli chodzi o czas, który mija od pierwszych objawów do postawienia diagnozy. Bywa, że to kilkanaście lat.

Nie ma dobrych szczegółowych statystyk. Ale z wieloletniego doświadczenia mogę powiedzieć, że te osoby trafiają do reumatologa dosyć późno. Dolegliwości bólowe pleców są częste i ludzie radzą sobie z nimi sami albo korzystają z pomocy rehabilitantów, kojarzą je często z jakimś przeciążeniem albo innymi zachowaniami np. siedzeniem na krzywym krześle, pracą przy komputerze, noszeniem ciężkich rzeczy. Tymczasem to choroba zapalna, dosyć groźna, bo postępująca i zwłaszcza bóle nocne powinny tu być ostrzeżeniem. Jeżeli są obrzęki stawów obwodowych, a w obu tych chorobach pojawiają się, to jest to sygnał dla pacjenta mocniejszy, zwraca na nie uwagę. Kiedy jest obrzęk kolana czy nadgarstka, to pacjent chętniej idzie z tym objawem do lekarza. A z bólem pleców już niekoniecznie. W związku z tym następuje opóźnienie z pójściem do doktora. I teraz lekarz albo wyłowi pacjenta spośród grupy innych narzekających na bolący kręgosłup, że ma on chorobę zapalną i wdroży leczenie albo pośle do specjalisty, albo tak się nie stanie. I wtedy to opóźnienie jest groźne, dlatego że taki chory pozostaje pod opieką lekarza rodzinnego czy opieki podstawowej przez wiele lat, a choroba postępuje bez adekwatnego leczenia. Następuje usztywnienie kręgosłupa, zachodzą bardzo poważne i nieodwracalne zmiany. A poza tym pacjent cierpi. Zupełnie niepotrzebnie.

Jeśli już pacjent trafi do specjalisty lekarza reumatologa, to czy specjalista ma odpowiednie narzędzia? Jakie są standardy leczenia ŁZS i zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa w tej chwili w Polsce?

Te standardy są bardzo precyzyjnie opisane przez Europejskie Towarzystwo Reumatologiczne. Jesteśmy w Europie i staramy się wdrażać te standardy, które obowiązują. Chcemy bardzo, ale nie zawsze możemy z powodu rozmaitych barier m.in. biurokratycznych. Oczywiście, podstawą leczenia są niesteroidowe leki przeciwzapalne w obu tych grupach chorób. I dla części chorych zupełnie są wystarczające. Jeżeli są zmiany skórne, jak w łuszczycy, oczywiście prosimy o pomoc dermatologów, bo ona jest niezbędna. I wtedy leczenie jest kompleksowe. Ale w obu tych grupach chorych są przypadki wymagające absolutnie poszerzenia diagnostyki i terapii o nowoczesne środki.

Czyli są pacjenci, którzy nie odpowiadają dobrze na standard?

Tym standardem również są leki, które my nazywamy modyfikującymi jak: metotreksat, leflunomid itd. Są to leki dosyć niedrogie, popularne w stosowaniu i mamy z nimi spore doświadczenie, ale też nie zabezpieczają wszystkich pacjentów. One bardzo pomagają, ale dochodzimy do pewnego etapu, w którym trzeba podjąć decyzję o dość kosztownym leczeniu. W tej grupie pacjentów też dysponujemy lekami bardzo nowoczesnymi od wielu lat, ale, niestety, są one bardzo kosztowne. Mówimy o leczeniu biologicznym, chociaż nie tylko, bo są nowe cząsteczki, które biologiczne de facto nie są, a uderzają w bardzo ważne i istotne miejsca układu immunologicznego, hamując proces chorobowy. Wracając do leków biologicznych, mamy co najmniej pięć blokerów, jednym z nich jest bloker zapalny TNF. Jest program Narodowego Funduszu Zdrowia, który zapewnia pełną refundację tego leczenia. Musi być ono prowadzone przez aptekę szpitalną przyporządkowaną do szpitala specjalistycznego. To działa. Ci chorzy są leczeni. Ale chcielibyśmy, aby było ich więcej leczonych. Za długo czekamy aż ten chory znajdzie się w jednostkach specjalistycznych mogących podjąć tego typu kurację.

Czy istnieją w tej chwili terapie, które mogłyby podnieść istotnie standard leczenia?

To są właśnie te grupy leków. Ale trzeba pamiętać, że my wciąż nie potrafimy wyleczyć tych pacjentów. To dlatego, że mamy z jednej strony przyczynę genetyczną, z drugiej pewne czynniki środowiskowe, ale nie ma jednego czynnika, którym potrafilibyśmy wyeliminować chorobę. To nie są bakterie, które możemy zwalczyć antybiotykiem. Jeśli ten proces chorobowy ruszy, to trwa przez całe życie. Stąd problem. Potrafimy wyciszyć chorobę, wyhamować pewne mechanizmy immunologiczne, dać choremu pewien komfort. To też jest pewien czas na skuteczną rehabilitację, by chory się odnalazł w swoim życiu.

Mówimy o grupie trudnych pacjentów nieodpowiadających na standardowe leczenie. Czy stosowane leki biologiczne, które celują w interleukinę siedemnastą to dobra dla tych pacjentów propozycja?

Pani redaktor wspomniała o zupełnie nowej grupie leków biologicznych, które uderzają akurat w ten czynnik zapalny, jakim jest interleukina siedemnasta. To jest lek stosunkowo niedawno zarejestrowany w UE. Bardzo się cieszymy z tej rejestracji, że możemy go stosować właśnie w ŁZS i zesztywniającym zapaleniu stawów kręgosłupa, bo jest to alternatywa dla tych pacjentów, którzy byli już leczeni inaczej, odpowiedzieli bądź nie na leczenie, i efektywność tego leczenia wygasła. Niestety, taka grupa jest. I jest ona całkiem spora dlatego, że organizm jest skomplikowany i gdy hamujemy jedną ścieżkę, pojawia się następna. I musimy umiejętnie balansować układem immunologicznym, tak by wyhamowując poszczególne elementy, choremu nie zrobić krzywdy. Kij ma zawsze dwa końce. Nasze działanie to też obniżenie odporności oraz zwiększenie ryzyka zakażenia. Trzeba podejść do pacjenta indywidualnie i obserwować jaka jest jego reakcja. U większości leki biologiczne dają ulgę, lepszy komfort życia przez co zyskują czas na skuteczną rehabilitację. Chorzy wracają do pracy i aktywności społecznej, rodziny, czują się lepiej. Ale, niestety, po pewnym czasie wygasza się aktywność tych leków. I nowy preparat, interleukina siedemnasta, jest doskonałą alternatywą. W Polsce nie mamy jeszcze na niego refundacji. Kilka innych leków też czeka na refundację. Cieszymy się, że mamy szansę na tę refundację. Tylko dajmy ją też naszym chorym. Póki co są to bardzo kosztowne preparaty i niewiele osób może sobie pozwolić na opłacenie z własnej kieszeni tej kuracji.