



Iwona Schymalla, 2018-08-07 07:04

Nie skazujemy osób z ŁZS i ZZSK na inwalidztwo!

Z prof. Brygidą Kwiatkowską, kierownikiem Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów w Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji - rozmawia Iwona Schymalla.

I.S.: Jaka jest w tej chwili sytuacja pacjentów chorych na łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS) i zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK)?

B.K.: Sytuacja chorych na te dwie choroby (dość częste i dotyczące osób młodych) nie jest ciekawa w Polsce, bo, po pierwsze, mamy ograniczone możliwości dostępu do terapii, które od dawna już są stosowane w Europie zachodniej oraz USA. Po drugie, kryteria włączenia do programu lekowego w sytuacji, gdy standardowa terapia nie pomaga są na tyle wysokie, że liczba pacjentów uczestniczących w nich jest bardzo niska. To powoduje, że my - lekarze musimy frustrować się w wielu sytuacjach: kiedy nie możemy włączyć skutecznej terapii młodej osobie, kiedy to, co skuteczne, jest nieosiągalne, kiedy musimy czekać, aż stan pacjenta pogorszy się, by mógł „przeskoczyć” próg kwalifikacyjny do programów lekowych.

I.S.: Jaki jest obraz dostępu do nowoczesnej farmakoterapii, szczególnie w kontekście stanowiska PTR, które opisało tę sytuację?

B.K.: W przypadku ŁZS i ZZSK w tej chwili mamy do dyspozycji w programach lekowych tylko dwa leki o tym samym mechanizmie działania. Mamy do dyspozycji inhibitory TNF-alfa. W sytuacji, kiedy leki działają w ten sam sposób i są do dyspozycji tylko dwa, ograniczone są możliwości skutecznego leczenia. Te leki nie są skuteczne u wszystkich chorych. W momencie kiedy przestają być skuteczne, to możliwość jakiegokolwiek pomocy osobie ciężko chorej już się nam zamykają. Gdy można zastosować lek o innym mechanizmie działania, jest on z reguły skuteczniejszy niż lek o tym samym mechanizmie działania. Obecnie zaś cała grupa pacjentów włączonych już do programów lekowych, u których stosowano dostępne leczenie i u których przestało ono być skuteczne - nie może sięgać po kolejną terapię dającą poprawę skuteczności leczenia.

I.S.: Co powinni mieć w tym zakresie pacjenci, którzy nie odpowiadają na leki dostępne w programie lekowym?

B.K.: Przede wszystkim po dwóch inhibitorach TNF-alfa, pacjenci powinni mieć do dyspozycji leki, które są już zarejestrowane i szeroko stosowane w Europie zachodniej, a więc leki wpływające na interleukinę 17 (IL-17). Jest to cytokina najważniejsza jeśli chodzi o patomechanizm ŁZS i ZZSK. [Leki wpływające na nią] są niezwykle skuteczne i dają możliwość uzyskania remisji w tych dwóch schorzeniach.

I.S.: Na czym polega mechanizm działania tych leków, tzn. jak poprawiają one jakość życia pacjenta czy też hamują rozwój choroby?

B.K.: Celem jest oczywiście osiągnięcie remisji czyli całkowitego zahamowania procesu chorobowego. Bardzo obiecujące i szczęśliwe dla pacjenta jest to, że na każdym etapie ZZSK, nawet przy zaawansowanych zmianach w kręgosłupie i pojawieniu się syndesmotów [skostnienia chrząstek międzykręgowych i międzystawowych oraz tkanek okołokręgosłupowych], zastosowanie inhibitorów IL-17 powoduje zahamowanie tego procesu, czyli usztywnienia kręgosłupa. Są to więc leki niezwykle skuteczne i obiecujące. I w zasadzie ze strony pacjentów, ale też lekarzy, jest duża frustracja z powodu braku dostępności stosowania tej grupy leków.

I.S.: Zwłaszcza, że w krajach ościennych pacjenci wymagający takiej terapii są leczeni tymi lekami.

B.K.: Oczywiście, że tak. Jak powiedziałam, leki te są już od dawna stosowane szeroko w całej Europie, ale w Polsce nie ma do nich dostępu. A wynikiem tego jest krótsze życie naszych pacjentów. Trzeba sobie powiedzieć, że nie są to choroby dające tylko dolegliwości bólowe i zmniejszenie jakości życia. Niewłaściwe leczenie powoduje zgony tych chorych. I umierają oni głównie z powodu powikłań sercowo-naczyniowych. Zgony te wchodzi potem w statystyki kardiologów, którzy mogą powiedzieć, że mają tylu a tylu chorych, których muszą leczyć.

I.S.: Jeśli mówimy o ZZSK, to - wbrew obiegowej opinii - choroba ta dotyczy młodych i bardzo młodych ludzi, u których brak włączenia szybkiej terapii powoduje szybkie kalectwo.

B.K.: Tak. Nasi pacjenci z ZZSK to częściej mężczyźni. Choroba może się zacząć nawet w wieku dziecięcym. Natomiast w kryteriach rozpoznawczych to jest początek zapalnego bólu do 40. roku życia. Można sobie więc wyobrazić, że jest to populacja ludzi, którzy się uczą albo pracują. Dla nich jest istotne jest prawidłowe funkcjonowanie w społeczeństwie, rozwój życia zawodowego i osobistego. Tymczasem choroby reumatyczne, w tym ŁZS i ZZSK, utożsamia się z populacją osób starszych. I taka jest ogólna świadomość społeczeństwa. Uważa się, że choroby reumatyczne to przypadłość osób starszych, którzy i tak mają już swój wiek, więc nie warto walczyć o poprawę jakości i przedłużenie ich życia. Absolutnie tak nie jest! Jeżeli zainwestujemy w młodych pacjentów na początku ich choroby, to przełoży się to na ich całkowicie prawidłowe funkcjonowanie, dobrą jakość życia i brak konieczności przejścia na rentę inwalidzką.