

Katedra i Klinika Neurologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Department of Neurology, Medical University of Lublin, Lublin, Poland

EWA BELNIAK, IWONA HALCZUK,
MARTA TYNECKA-TUROWSKA, KONRAD REJDAK

Czy ze stwardnieniem rozszianym można „normalnie” żyć?

It is possible for patient with Multiple Sclerosis to have „normal” life?

Słowa kluczowe: stwardnienie rozsziane, sport, ciąża, dieta, praca

Key words: multiple sclerosis, sport, pregnancy, diet, work

WSTĘP

Stwardnienie rozsziane (SM) jest chorobą autoimmunologiczną narządowo swoistą. Choroba występuje z częstością 30-100 zachorowań na 100000 mieszkańców - na świecie żyje więc 2,5 mln chorych na stwardnienie rozsziane. Szczyt zachorowania na SM przypada na 20-40 rok życia (średni wiek zachorowania 30 lat), dwukrotnie częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn, a w około 10-15% przypadków choroba występuje rodzinie. Jest to najczęstsza choroba neurologiczna powodująca inwalidztwo u młodych dorosłych do 40 r.ż.. Średnia długość życia od chwili zachorowania wynosi 25-35 lat i jest o 7 lat krótsza od oczekiwanej (30-40% zgonów to wynik powikłań choroby). U 50% chorych w ciągu 15 lat od rozpoznania występują kłopoty z chodzeniem.

Wszystko to powoduje, że rozpoznanie SM często jest traktowane jako „wyrok”, który diametralnie może zmienić dalsze życie chorego. Postawienie rozpoznania SM sprawia, że dalsze życie pacjenta rodzi wiele pytań, często staje się nieprzewidywalne, wymaga ciągłego przystosowywania się do zmieniającej się sytuacji. Pogodzenie się z rozpoznaniem i przystosowanie się do życia z SM może zabrać sporo czasu, ale przy właściwej opiece medycznej, oraz wsparciu rodzinnym i społecznym, większość osób z SM całkiem dobrze funkcjonuje i „radzi sobie” z chorobą.

Dla części osób dużym problemem jest przyznanie się do choroby w środowisku pracy, a czasem również członkom własnej rodziny (współmałżonkowie, dzieci). Bardzo często osoby najbliższe zastanawiają się jak postępować z chorym na SM, a często stają się nadopiekuńczy, zabraniają wszelkiego wysiłku fizycznego, wprowadzają ograniczenia dietetyczne, społeczne itp.

Należy pamiętać, że najważniejszą radą dla chorych na SM jest „żyć normalnie”. Oczywiście istnieją pewne zalecenia, a i sama choroba z czasem może stworzyć pewne ograniczenia, do których z czasem trzeba będzie się przystosować, ale zanim to nastąpi często mijają lata.

Pacjenci z SM i ich rodziny zadają wiele z pozoru prostych pytań dotyczących codziennego życia tą chorobą, na które nie zawsze można udzielić jednoznacznej odpowiedzi.

CZY MOŻNA PRZEWIDZIEĆ, JAKI BĘDZIE PRZEBIEG CHOROBY?

W chwili obecnej nadal nie jest możliwe, aby już na początku choroby z całą pewnością przewidzieć, jaki będzie jej przebieg. Na podstawie wielu prac wykazano jednak pewne czynniki, które związane są z dobrym lub złym rokowaniem.

Lepsze rokowanie, co do przebiegu choroby występuje u kobiet, u osób, u których choroba rozpoczęła się w młodszym wieku, u chorych, u których pierwszymi objawami choroby było pozagłokowe zapalenie nerwu wzrokowego lub zaburzenia czucia, u chorych, u których choroba od początku ma przebieg rzutowo-remisyjny i po pierwszym rzucie objawy wycofały się całkowicie lub prawie całkowicie, oraz gdy na początku choroby występują długie przerwy między rzutami. Gorsze rokowanie, występuje natomiast u osób, u których choroba rozpoczęła się w starszym wieku (początek SM po 40 roku życia), gdy podczas pierwszego rzutu występuje wiele różnych objawów i są wśród nich objawy piramidowe, gdy na początku choroby występują krótkie przerwy między rzutami, gdy w ciągu pierwszych 5 lat choroby doszło do rozwoju znacznej niesprawności, gdy na początku choroby w płynie mózgowo-rdzeniowym obecne są prącki oligoklonalne

Duże znaczenie rokownicze mają również wyniki badania MRI. Brak ognisk demielinizacyjnych w tym badaniu jest związane ze znacznie lepszym rokowaniem, ale nie pozwala całkowicie wykluczyć rozwoju SM w przyszłości. Natomiast, jeżeli już w pierwszym badaniu MRI stwierdzane są zmiany demielinizacyjne (u 50-70% chorych z pierwszym rzutem stwierdza się zmiany demielinizacyjne w MRI) to im więcej jest tych zmian tym większe jest prawdopodobieństwo rozwoju pewnego SM (13)

CZEGO NALEŻY UNIKAĆ, CO MOŻE POGORSZYĆ STAN CHOROGE, NASILIĆ OBJAWY CHOROBY?

Na podstawie obserwacji klinicznych i badań naukowych zaobserwowano, że przebywanie w wysokiej temperaturze **otoczenia (upały, sauna), pod wpływem gorąckich, opalania (na słońcu, w solarium) oraz wzrostu temperatury ciała z powodu wysiłku czy gorącej kąpieli może** pogarszać samopoczucie, funkcjonowanie i wydolność fizyczną chorych na SM, a nawet może przyczynić się do wystąpienia rzutu. **Możliwe objawy to przemijające zaburzenia widzenia (co nazywa się objawem Uhthoff'a) (22), nasilone zmęczenie, ogólne osłabienie, osłabienie siły mięśniowej kończyn, nasilenie spastyczności i inne. Objawy są przejściowe i ustępują po spadku temperatury. W związku z nadwrażliwością na gorąco pacjentom z**

SM zaleca się więc przebywanie w klimatyzowanych pomieszczeniach, wykonywanie ćwiczeń fizycznych z przerwami, w przewietrzonych i chłodnych pomieszczeniach, oraz unikanie upałów i innych źródeł gorąca takich jak sauna, gorąca kąpiel.

Nie oznacza to jednak, że jak uważano dotychczas chorym nie wolno się opalać. Zaobserwowano, bowiem, że światło słoneczne i umiarkowane przebywanie na słońcu jest dla chorych na SM korzystne, gdyż pod wpływem promieniowania ultrafioletowego zawartego w świetle słonecznym produkowana jest witamina D, która ma korzystny wpływ na chorych z SM. Innymi czynnikami, które mogą spowodować pogorszenie samopoczucia chorego czy nawet wystąpienie rzutu jest stres i infekcje wirusowe czy bakteryjne szczególnie te związane z występowaniem wysokiej gorączki.

CZY CHORY NA SM POWINIEN STOSOWAĆ SPECJALNĄ DIETĘ?

Chociaż istnieje wiele najróżniejszych propozycji diet w SM to ich skuteczność lecznicza, nie została udowodniona. Wykazano jednak, że dieta hiperkaloryczna bogata w sól, tłuszcze zwierzęce, czerwone mięso, słodkie napoje, smażone pokarmy może zwiększać proces zapalny i zaostrzać objawy SM. Niskokaloryczna kompletna dieta z dużą ilością warzyw i owoców, chude mięso, drób i ryby, razowe pieczywo, nabiał z niską zawartością tłuszczu zwiększa metabolizm oksydacyjny przyczyniając się do zmniejszenia produkcji cytokin prozapalnych. (17). Dieta taka nie jest oczywiście cudowną dietą „leczącą” SM, ale dobrze wpływa na funkcjonowanie całego organizmu a dbałość o zachowanie zasad zdrowego żywienia, które dostarcza organizmowi odpowiednie ilości wszystkich niezbędnych składników pokarmowych jest bardzo istotne (8, 21)

Nie ma również żadnych dowodów na to, że dieta uzupełniona o dodatkową ilość witamin i innych składników odżywczych przynosi jakiegokolwiek efekty.

Pewnym wyjątkiem jest być może witamina D, której rola jako ewentualnego środka zapobiegającego rozwojowi choroby jest od lat 70-tych ubiegłego stulecia bardzo intensywnie badana. Istnieją pewne przesłanki, że chorzy z SM cierpią na niedobór tej witaminy, oraz że witamina D (czy to w postaci promieni słonecznych, ryb, mleka czy w kroplach lub kapsułkach) może odgrywać pewną rolę w zapobieganiu SM. Wykazano, że witamina D ma pozytywny wpływ na układ immunologiczny i przebieg SM. Ryzyko wystąpienia SM wśród zdrowych młodych dorosłych u których poziom 25(OH) witaminy D wynosił >100 nmol/l było około 60% niższe w porównaniu do odpowiedniej pod względem wieku i płci grupy w której poziom 25(OH) witaminy D w surowicy wynosił <100 nmol/l. (2).

Stwierdzono, że przyjmowanie przez ludzi witaminy D w dawkach 599-714 IU/dzień powoduje zmniejszenie ryzyka wystąpienia SM o 40%. Wykazano również, że witamina D pochodząca z suplementów i diety bogatej w produkty rybne, oliwę oraz ekspozycja na światło słoneczne może prowadzić do zmniejszeniem częstości rzutów i nasilenia objawów SM. Ze względu na potencjalnie korzystny wpływ na rozwój i przebieg SM zaleca się więc umiarkowane zwiększenie przyjmowania witaminy D. Witamina D ma również pozytywny wpływ na kości, co przy częstym przyjmowaniu sterydów przez chorych jest bardzo istotne. (15)

ALKOHOL A SM

Niewielka ilość alkoholu, np. okazjonalny drink czy lampka czerwonego wina nie wpływa negatywnie na zdrowie pacjenta z SM. Natomiast większe ilości czy nadużywanie alkoholu jest niekorzystne dla wszystkich, a dla osób z SM może być szczególnie niebezpieczne ze względu na zmniejszoną tolerancję alkoholu, która zmniejsza się wraz z postępem choroby. Alkohol może dodatkowo powodować nasilone zaburzenia równowagi i koordynacji ruchów, problemy z pęcherzem moczowym i nadmierne uczucie zmęczenia. Spożywanie alkoholu może skutkować niebezpiecznymi interakcjami z przyjmowanymi lekami, zwłaszcza z lekami obniżającymi napięcie mięśniowe. Nadużywanie alkoholu może wiązać się z wystąpieniem depresji, zaburzeń myślenia, a nawet nasileniem objawów neurologicznych. (24)

PALENIE PAPIEROSÓW A SM

Wykazano, że palenie papierosów zwiększa ryzyko wystąpienia i postępu SM (1) Może też wpływać na pojawianie się rzutów choroby w postaci rzutowo-remisyjnej oraz nasilać postęp niepełnosprawności w postaciach postępujących SM. (25) U chorych na SM, którzy palą papierosy w badaniu MRI stwierdzono obecność większej liczby zmian demielinizacyjnych i większego zaniku mózgu. Dodatkowo wykazano, że palenie papierosów przez osoby chore na SM zwiększa częstość występowania zaburzeń poznawczych w porównaniu do chorych na SM nie palących tytoniu (14). Palenie papierosów zwiększa również śmiertelność związaną z SM (12)

Biorąc pod uwagę powyższe obserwacje palący pacjenci z SM powinni zrezygnować z palenia tytoniu.

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA, SPORT, REKREACJA, ĆWICZENIA REHABILITACYJNE A SM

Bardzo ważna dla chorych z SM jest właściwa ocena swoich sił i możliwości. Oznacza to jedynie zaplanowanie właściwej organizacji codziennego funkcjonowania, a nie wycofywanie się z jakichkolwiek działań, w tym aktywności fizycznej.

W kontekście zjawiska Uthoffa uważa się, że wysiłek fizyczny, który powoduje podwyższenie temperatury ciała może pogarszać sprawność chorych na SM. Z drugiej jednak strony wiadomo, że systematyczna aktywność fizyczna obniża ciśnienie krwi, pozwala kontrolować wagę i zmniejsza stres, co u pacjentów z SM wydaje się mieć to szczególne znaczenie zwłaszcza w kontekście dodatkowo występujących u nich zaburzeń sprawności ruchowej, depresji i objawów przewlekłego zmęczenia. Przeprowadzone badania wykazują, że umiarkowana aktywność fizyczna nie tylko nie pogarsza, ale nawet poprawia ogólne samopoczucie pacjentów chorych na SM. (5, 7) Należy jednak pamiętać o zasadzie, aby wszelką aktywność fizyczną wykonywać jedynie do „granicy zmęczenia”.

Również rehabilitacja odgrywa ważną rolę terapeutyczną w SM. Dzięki niej osoba niepełnosprawna zdobywa wiedzę i umiejętności pomagające jej funkcjonować możliwie jak najlepiej przy istniejącym upośledzeniu funkcji organizmu. Pozwala to na przystosowanie się do stanu niesprawności, stosowanie technik przeciwdziałających

wtórny komplikacjom, oraz technik umożliwiających samodzielne funkcjonowanie. Rehabilitacja jest procesem długotrwałym i dotyczącym różnych aspektów zdrowia pacjenta, a w związku z tym wymagającym współpracy specjalistów z różnych dziedzin (fizjoterapeutów – kinezyterapeutów, lekarzy neurologów i rehabilitantów, psychologów, logopedów, urologów). Rodzaj rehabilitacji powinien być dostosowany indywidualnie do potrzeb każdego pacjenta. W przypadku umiarkowanego zaburzenia funkcji neurologicznych – można uzyskać zwiększenie zakresu ruchomości kończyn i siły mięśni, co przynosi poprawę w poruszaniu się i wykonywaniu codziennych czynności. U pacjentów z zaawansowaną chorobą rehabilitacja ma na celu zapobieganie powikłaniom: zmniejszenie spastyczności, zwiększenie zakresu ruchów biernych i przeciwdziałanie przykurczom stawowym, zespołom bólowym. W czasie rzutu choroby rehabilitacja powinna być mniej intensywna, przeciwwskazany jest duży wysiłek fizyczny, rehabilitacja powinna ograniczać się do ćwiczeń biernych i oddechowych. Stosowane techniki prowadzą do zwiększenia siły mięśni, utrzymywania pełnego zakresu ruchów biernych w stawach kończyn, stabilizacji i rozluźnienia mięśni, poprawy koordynacji ruchów, zachowania prawidłowej postawy ciała, poprawy chodu. Korzystne są ćwiczenia w wodzie o obniżonej temperaturze, które poprzez odciążenie umożliwiają niedokładny m.in poruszanie niedowładnymi kończynami, oraz poprawienie funkcji ruchowych. Ćwiczenia nie powinny być zbyt intensywne ani zbyt długie, najkorzystniej jest, gdy odbywają się w krótkich cyklach kilka razy dziennie. Po osiągnięciu pierwszego progu zmęczenia należy je przerwać. W czasie ćwiczeń należy robić kilkunastominutowe przerwy na odpoczynek. Pomieszczenie, w którym przeprowadza się ćwiczenia powinno być przewietrzane lub wyposażone w klimatyzację.

SZCZEPIENIA OCHRONNE A SM

Nawet pospolite infekcje górnych dróg oddechowych, jak przeziębienie, zwiększają ryzyko zaostrzenia SM. Z tego powodu wszelkie zachowania prozdrowotne, które zmniejszają ryzyko infekcji są bardzo wskazane. Pacjenci z SM często obawiają się, że szczepienie może spowodować rzut choroby. Większość badań klinicznych z grupą kontrolną nie potwierdziła, aby szczepienia wiązały się ze zwiększeniem aktywności choroby. Wykazano, że u pacjentów wolnych od rzutu choroby w ciągu 12 miesięcy poprzedzających szczepienie, ryzyko rzutu po tym szczepieniu się nie zwiększa. Tym niemniej – w rzadkich przypadkach – szczepienie może powodować wystąpienie rzutu choroby, a największe ryzyko występuje 2 miesiące po szczepieniu.

Najwięcej problemów budzi zazwyczaj szczepienie przeciw grypie sezonowej. Pacjenci z SM nie należą do grupy osób, którym zaleca się obowiązkowe szczepienie przeciw grypie – decyzja o zastosowaniu takiego szczepienia u każdego pacjenta powinna być podejmowana indywidualnie. W badaniach klinicznych udowodniono, że zastosowanie szczepionki przeciw grypie sezonowej nie zwiększa znacząco ryzyka wystąpienia rzutu SM. Ryzyko rzutu choroby w wyniku grypy wynosi 33%, podczas gdy ryzyko rzutu w wyniku szczepienia jest znikome. W większości przypadków ryzyko powikłań grypy, których można uniknąć wcześniejszymi szczepieniami, jest większe niż ryzyko rzutu SM. (16)

Doniesienia na temat stosowania u chorych na SM szczepionki przeciwko WZW nie są jednoznaczne, dlatego szczepieniom powinni być poddani tylko pacjenci narażeni na ryzyko zakażenia WZW typu B (np. przed zabiegiem operacyjnym, pracownicy służby zdrowia). Szczepionki żywe inaktywowane, jak szczepionka BCG (przeciwko gruźlicy) i szczepionka przeciwko ospie wietrznej są bezpieczne u pacjentów z SM i nie zwiększają ryzyka rzutu choroby.

Pacjenci z SM powinni kierować się zaleceniami z Programu Szczepień Ochronnych; szczepienia nie należy wykonywać podczas rzutu choroby, należy je odłożyć do czasu stabilizacji stanu neurologicznego, co najmniej do 4-6 tygodni od początku rzutu.

Pacjenci, którzy po zranieniu wymagają przyjęcia szczepienia przeciwko tężcowi, powinni je otrzymać, nawet jeśli są w trakcie rzutu choroby.

Szczepienie przeciwko pneumokokom należy stosować u pacjentów z zaburzoną funkcją układu oddechowego, leżący czy poruszający się na wózkach inwalidzkich.

DOUSTNA ANTYKONCEPCJA A SM

Wykazano, że stosowanie antykoncepcji hormonalnej nie wpływa na przebieg SM. Większość badań dowiodła też, że antykoncepcja nie zwiększa ryzyka wystąpienia choroby, nawet w przypadku długotrwałego przyjmowania leków antykoncepcyjnych.

CZY CHORZY NA SM POWINNI MIEĆ DZIECI?

Czynniki genetyczne mogą mieć pewien wpływ na zachorowanie na SM, ale stwardnienie rozsiane nie jest chorobą dziedziczną. Mimo wielu badań nie udało się określić jednego, konkretnego genu odpowiedzialnego za wystąpienie choroby. Możliwe jest, że pewna kombinacja genów powoduje, że niektóre osoby są bardziej podatne na zachorowanie na SM a udział czynników genetycznych ogranicza się jedynie do dziedziczenia predyspozycji do wystąpienia objawów stwardnienia rozsianego. Z przeprowadzonych do tej pory badań wynika, że ryzyko zachorowania na SM w rodzinach osób już chorujących jest nieco wyższe niż w populacji ogólnej. Dotyczy to przede wszystkim tych rodzin, w których więcej niż jedna osoba jest chore na SM (przypadki rodzinne).

Wprawdzie ryzyko poczęcia chorego dziecka przez osobę chorą na SM jest nieco wyższe niż przez osobę zdrową (o 2% w porównaniu z populacją ogólną), lecz jest ono nadal tak niewielkie, że nie ma przeciwwskazań, aby kobieta czy mężczyzna chorzy na SM zostali rodzicami.

Z medycznego punktu widzenia nie ma przesłanek, aby kobietom chorym na SM odradzać posiadanie dzieci. Należy jednak brać pod uwagę to, że SM jest chorobą przewlekłą, która powoduje w konsekwencji pogłębiającą się niesprawność i w przyszłości mogą pojawić się pewne problemy w opiece i wychowaniu dziecka. Jeżeli jednak bliscy (rodzina, partner) chorego są przygotowani do niesienia pomocy to nie ma powodu, aby rezygnować z posiadania normalnej pełnej rodziny

CIAŻA A STWARDNIENIE ROZSIANE

Odrębną kwestią jest wpływ ciąży na przebieg SM. W wielu badaniach wykazano, że w czasie ciąży, a szczególnie w III trymestrze rzuty występują rzadziej, lub nie ma ich wcale, natomiast w okresie połogu (do 3 miesięcy po porodzie) częstość rzutów może wzrastać (3, 6, 20)

Wiadomo również, że SM nie ma negatywnego wpływu na przebieg ciąży, na poród i stan dziecka. Choroba nie zwiększa ryzyka powikłań ciąży i porodu czy wad wrodzonych u dziecka w porównaniu z populacją ogólną (nie zwiększa się więc ryzyko samoistnego poronienia, porodów martwych i powikłań położniczych, np. porodu przedwczesnego). Tylko pojedyncze badania wykazały, że SM może być przyczyną nieco mniejszej masy urodzeniowej noworodków (średnio o 101-123 g, tj. 3-4 % w stosunku do noworodków z grupy kontrolnej). (4)

SM u kobiety ciężarnej nie jest też wskazaniem do cięcia cesarskiego przy braku wskazań położniczych. Jednakże liczba planowych cięć cesarskich u ciężarnych z SM jest wyższa, niż u zdrowych kobiet. U chorych na SM rodzących drogą naturalną poród często postępuje powoli i wymaga interwencji – może to być częściowo związane z osłabieniem mięśni krocza, spastyecznością i zmęczeniem związanym z chorobą.

Znieczulenie zewnątrzoponowe w czasie porodu jest bezpieczne i nie niesie ze sobą dodatkowego ryzyka u kobiety z SM

Karmienie piersią również nie wpływa na aktywność SM, a w niektórych badaniach wykazano nawet, że karmienie piersią w ciągu pierwszych 2 miesięcy zmniejsza częstość rzutów (do 5 razy) w okresie poporodowym. Dodatkowo, ze względu na pozytywny wpływ na zdrowie dziecka (zmniejszenie ryzyka chorób noworodków i niemowląt - zapalenia ucha środkowego, chorób dróg oddechowych, zaparcie, nietolerancji mleka i alergii), pacjentkom z SM zaleca się karmienie piersią. (9)

Kolejną sprawą jest problemem ciąży i stosowanego leczenia immunomodulującego i immunosupresyjnego. Kobiетom, które przyjmują tego typu leczenie w tym czasie nie zaleca się zachodzenia w ciążę. (18) Również w okresie karmienia piersią leki te, jak również duże dawki kortykosterydów są przeciwwskazane. Biorąc jednak pod uwagę ryzyko zwiększenia częstości rzutów w okresie połogu zasadne jest jednak najwcześniejsze włączenie leczenia immunomodulującego po porodzie pamiętając oczywiście, że takie leczenie wyklucza możliwość karmienia piersią. (19)

CZY U CHORYCH Z SM MOŻNA PRZEPROWADZAĆ ZABIEGI OPERACYJNE I STOSOWAĆ ZNIECZULENIE

Znieczulenie podpajęczynówkowe, oraz znieczulenie zewnątrzoponowe wydają się bezpieczne i nie są przeciwwskazane u pacjentów z SM. Większość pacjentów z SM dobrze toleruje znieczulenie, jedynie w przypadku pacjentów z zaawansowaną niesprawnością lub mających problemy z oddychaniem anestezjologów powinni zachować szczególną ostrożność. Należy pamiętać o tym, że nie samo znieczulenie, ale gorączka lub infekcja związana z operacją może zaostrzyć objawy choroby. Pacjenci leżący z dużym zaawansowaniem niesprawności mogą dłużej dochodzić do zdrowia po zabiegu chirurgicznym.

Ryzyko znieczulenia ogólnego dla pacjentów z SM jest w przybliżeniu takie samo jak w populacji ogólnej. Wyjątkiem są pacjenci z zaawansowaną chorobą, posuniętą niesprawnością i problemami oddechowymi, które wiążą się z ryzykiem komplikacji. Nie ma też przeciwwskazań do znieczulenia miejscowego w SM, gdy istnieje taka konieczność. (10, 11)

CZY Z SM MOŻNA NORMALNIE UCZYĆ SIĘ I PRACOWAĆ?

SM nie jest przeszkodą uniemożliwiającą podjęcie lub kontynuowanie nauki. Planując naukę lub/i studia należy pamiętać jednak, że niektóre zawody wymagają dużego wysiłku fizycznego lub znacznej sprawności manualnej, a to w przyszłości może stanowić dla chorego z SM trudność. Większość uczelni posiada pewne udogodnienia dla osób niepełnosprawnych, ale nie pokonają one objawów związanych z SM (męczliwość, problemy z koncentracją). Nie oznacza to jednak, że należy rezygnować z kształcenia, ale raczej dobrać taki rodzaj studiowania, który pozwoli na pewną elastyczność w czasie nauki.

Około 30% osób z nowo zdiagnozowanym SM traci swoją pracę w ciągu pierwszych 4 lat po postawieniu rozpoznania. Wiele osób po rozpoznaniu SM jest jednak nadal aktywne zawodowo i często pracuje w pełnym wymiarze godzin. Niektórzy decydują się na pracę w domu lub pracę w niepełnym wymiarze czasowym. Wykazano, że wykonywanie pracy zawodowej przez osoby chore na SM wiąże się z lepszym funkcjonowaniem fizycznym, pamięciowym i mniejszymi objawami zmęczeniuowymi. Niestety porównaniu do osób niepracujących zarobkowo.. (23)

Nie ma obowiązku informowania pracodawcy o chorobie, jednak należy pamiętać, że pracodawca, który nie został poinformowany o chorobie lub niepełnosprawności, nie ma obowiązku zapewnienia osobie z SM odpowiednich warunków pracy, co może wpłynąć na zdrowie i bezpieczeństwo zarówno chorego, jak i otoczenia. Niechęć do informowania pracodawcy o chorobie wynika zazwyczaj z obawy, że pracodawca będzie chciał się „pozbyć” chorego pracownika

CZY CHORY NA SM MOŻE PROWADZIĆ SAMOCHÓD

Osoby z SM mogą prowadzić samochód tak długo, jak pozwala na to ich sprawność fizyczna. Wprawdzie w Polsce nie ma obowiązku zgłaszania odpowiednim organom pojawienia się niepełnosprawności, ale każdy kierowca powinien czuć się odpowiedzialny nie tylko za siebie, ale również za innych na drodze.

PIŚMIENNICTWO

1. Arruti M i wsp. Smoking and multiple sclerosis NRev Neurol. 2015 Feb 16;60(4):169-78.
2. Ascherio A Environmental factors in multiple sclerosis Expert Rev Neurother. 2013 Dec;13(12 Suppl):3-9.
3. Ferrero S i wsp. Multiple sclerosis: management issues during pregnancy Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2004 Jul 15;115(1):3-9.

4. Frago I YD i wsp. Pregnancy and multiple sclerosis: the initial results from a Brazilian database *Arq. Neuro-Psiquiatr.* vol.67 no.3a São Paulo Sept. 2009
5. Hassanpour-Dehkordi A, Jivad N Comparison of regular aerobic and yoga on the quality of life in patients with multiple sclerosis.. *Med J Islam Repub Iran.* 2014 Dec 6;28:141
6. Hellwig K i wsp. Reproductive counselling, treatment and course of pregnancy in 73 German MS patients. *Acta Neurol Scand.* 2008 Jul;118(1):24-8..
7. Kasser SL i wsp. Effects of balance-specific exercises on balance, physical activity and quality of life in adults with multiple sclerosis: a pilot investigation. *Disabil Rehabil.* 2015 Mar 4:1-12.
8. Konikowska K, Regulska-Ilow B The role of diet in multiple sclerosis *Postepy Hig Med Dosw (Online).* 2014 Mar 27;68:325-33.
9. Langer-Gould A. I wsp. Exclusive Breastfeeding and the Risk of Postpartum Relapses in Women With Multiple Sclerosis *Arch Neurol.* 2009;66(8):958-963.
10. Lu E i wsp. Obstetrical epidural and spinal anesthesia in multiple sclerosis. *J Neurol.* 2013 Oct;260(10):2620-8.
11. Makris A i wsp. Multiple sclerosis: basic knowledge and new insights in perioperative management. *J Anesth.* 2014 Apr;28(2):267-78.
12. Manouchehrinia A i wsp. Tobacco smoking and excess mortality in multiple sclerosis: a cohort study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2014 Oct;85(10):1091-5.
13. O’Riordan JI, i wsp: Asymptomatic spinal cord lesions in clinically isolated optic nerve, brain stem and spinal cord syndromes suggestive of demyelination *J Neurosurg Psychiatry,* 1998, 64, 353-357
14. Ozcan ME i wsp. Association between smoking and cognitive impairment in multiple sclerosis *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014 Sep 10;10:1715-9.
15. Pakpoor J, Ramagopalan S. Evidence for an Association Between Vitamin D and Multiple Sclerosis. *Curr Top Behav Neurosci.* 2014 Dec 13.
16. Pellegrino P i wsp. Efficacy of vaccination against influenza in patients with multiple sclerosis: The role of concomitant therapies. *Vaccine.* 2014 Aug 20;32(37):4730-5.
17. Riccio P, Rossano R. Nutrition facts in multiple sclerosis *ASN Neuro.* 2015 Feb 18;7(1)
18. Sandberg-Wollheim M i wsp. Pregnancy outcomes during treatment with interferon beta-1a in patients with multiple sclerosis *Neurology.* 2005 Sep 27;65(6):802-6.
19. Saraste M i wsp. Clinical and immunologic evaluation of women with multiple sclerosis during and after pregnancy. *Gend Med.* 2007 Mar;4(1):45-55.
20. Saraste M, i wsp. Clinical and immunologic evaluation of women with multiple sclerosis during and after pregnancy. *Gend Med.* 2007 Mar;4(1):45-55.

21. Schmitz K, i wsp. "Disease modifying nutraceuticals" for multiple sclerosis Pharmacol Ther. 2015 Apr;148C:85-113.
22. Uthoff D, Müller-Ruchholtz W, Böke W. [Immunopathogenesis of the Vogt-Koyanagi-Harada syndrome. Albrecht Von Graefes Arch Klin Exp Ophthalmol. 1979 Jun 15;210(4):251-9.
23. Van der Hiele Ki i wsp. A pilot study on factors involved with work participation in the early stages of multiple sclerosis. PLoS One. 2014 Aug 25;9(8):
24. Wang YJ i wsp.. The epidemiology of alcohol consumption and multiple sclerosis: a review. Neurol Sci. 2015 Feb;36(2):189-96.
25. Weston M, Constantinescu CS. What role does tobacco smoking play in multiple sclerosis disability and mortality? A review of the evidence Neurodegener Dis Manag. 2015 Feb;5(1):19-25.

STRESZCZENIE

Stwardnienie rozsiane (SM) jest chorobą autoimmunologiczną powodującą z czasem znacznego stopnia niesprawność u ludzi młodych. Rozpoznanie SM często jest traktowane jako wyrok, który diametralnie może zmienić dalsze życie chorego. Pogodzenie się z rozpoznaniem i przystosowanie się do życia z SM jest bardzo istotne i przy właściwej opiece medycznej, oraz wsparciu rodzinnym i społecznym, większość osób z SM całkiem dobrze funkcjonuje, a nawet w wielu przypadkach chorym z SM udaje się „normalnie” żyć.

ABSTRACT

Multiple sclerosis (MS) is the autoimmunologic disease causing the considerable degree disability at young adults. The diagnosis of SM is often treated as judgement, which can diametrically change patient's life. It is very important to accept diagnosis and to adapt to life with MS. Proper medical care and family and social support cause that most of MS patients function quite well and even in most cases patients with MS can have "normal" life.

Artykuł zawiera 26874 znaki ze spacjami