

# SMExpress



POLSKIE TOWARZYSTWO  
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

**PTSR na forum międzynarodowym**

str. 18-19

**W numerze:**

*Co nam daje unijna dyrektywa  
o leczeniu transgranicznym*

czytaj str. 4-5

*Opieka paliatywna - radzimy  
jak radzić sobie z bólem*

czytaj str. 6-7

*Tomaszów w poszukiwaniu  
własnych sposobów na SM*

czytaj str. 9-11

*Prof. Kotowicz o nowych lekach  
i nadziei na bezterminowe leczenie*

czytaj str. 15-17









# Leczenie transgraniczne - rewolucja czy „papierowy tygrys”?

**C**alkiem niedawno przez polską prasę przetoczyła się fala artykułów dotyczących tzw. „dyrektywy transgranicznej”. Związane to było z nie dotrzymaniem przez Polskę terminu (25 października 2013 r.), który przewidziany był na zastosowanie tej dyrektywy do polskiego porządku prawnego. Proces dostosowania sprowadza się do uchwalenia przepisów krajowych, które regulują kwestie oznaczone w dyrektywie w sposób, który jest ramowo określony. W sytuacji, gdy – w przewidzianym w dyrektywie terminie – nie następuje uchwalenie odpowiednich aktów prawa krajowego, to przepisy samej dyrektywy winny być (o ile pozwala na to ich charakter, w tym ich jasność i bezwarunkowość) stosowane bezpośrednio w relacjach obywatel - państwo. W szczególności mieć to będzie znaczenie, gdy do takiego bezpośredniego stosowania przepisów dyrektywy przystąpią – rozstrzygając spór między państwem a obywatelem – sądy krajowe.

W omawianym przypadku zakres bezpośredniego stosowania dyrektywy będzie zapewne krótkotrwały - już na początku października Minister Zdrowia przekazał do dalszych konsultacji wstępny projekt nowych regulacji, dotyczących właśnie leczenia transgranicznego. Liczyć się należy z tym, że dojdzie do dość szybkiego uchwalenia proponowanych przepisów (co „ucywilizuje” zwrot pacjentom należności za poniesione przez nich w takich przypadkach koszty leczenia). **Przyjętym w tym projekcie rozwiązaniom warto się przyjrzeć bliżej, gdyż to właśnie one wyznaczają najprawdopodobniej kształt opieki transgranicznej na najbliższe lata.**

Co do samej dyrektywy, której pełny tytuł to: „Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w opiece zdrowotnej” (zwana będzie ona dalej dla ułatwienia po prostu „Dyrektywą” bez

dotychczasowych oznaczeń; opublikowana została w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej z 4.04.2011 r., L 88, s. 45-65), to jest ona przede wszystkim dopełnieniem już istniejącego systemu udzielania zgody na leczenie poza granicami kraju. System ten powstał na bazie przepisów koordynujących systemy ubezpieczenia społecznego (w tym opieki zdrowotnej) pomiędzy krajami Unii. Na taki właśnie uzupełniający charakter prawa unijnego wskazuje obszerna preambuła (zajmująca przeszło 9 z 21 stron, na których opublikowano Dyrektywę), odwołująca się zarówno do obowiązujących już przepisów unijnych dotyczących ubezpieczeń społecznych, jak też do znajdującego w tych sprawach zastosowanie orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości. **Co istotne, z preambuły tej odczytać można, że nie jest bynajmniej zamiarem unijnego ustawodawcy pełna liberalizacja opieki medycznej na terenie Unii, ani też całkowite ujednoczenie zakresu takiej opieki.**

Dyrektywa potwierdza m.in. swobodę każdego z krajów członkowskich „do decydowania o rodzaju opieki zdrowotnej, jaki uważa za właściwy”; właśnie w „krajowym kontekście” mają być podejmowane „decyzje dotyczące koszyka usług zdrowotnych”, czy też „mechanizmów finansowania” zawartych w koszyku świadczeń. Nie należy się więc spodziewać, że Dyrektywa da szerszy dostęp do tych metod leczenia, których polskie władze refundować nie zamierzają, choć w innych krajach Unii są już one dostępne.

Jasno też dano w Dyrektywie do zrozumienia, że nawet w zakresie tego, co znajduje się w „koszyku usług zdrowotnych” nie jesteśmy, jako obywatele Unii, uprawnieni do w pełni swobodnego uzyskania świadczeń za granicą naszego kraju macierzystego. Odwołując się do orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości, Dyrektywa podkreśla, że indywidualne prawo chorego do podjęcia wolnej decyzji, co do miej-

scą uzyskania świadczeń, może podlegać ograniczeniom ze względu na interes ogólny. Państwa uprawnione są do stosownego planowania w zakresie zapewnienia wystarczającego dostępu do świadczeń zdrowotnych na terenie kraju, a także racjonalnego kontrolowania kosztów z tym związanych.

Wynikające z takich przyczyn obostrzenia, co do możliwości leczenia pacjentów za granicą, uznawane są w orzecznictwie Trybunału Sprawiedliwości za dopuszczalne. Z tego też powodu należy wątpić, by w najbliższym czasie - na gruncie prawa unijnego - zostały europejskim pacjentom zasadniczo poszerzone możliwości leczenia zagranicznego. W dobie wszechobecnego kryzysu i koncentracji rządów na minimalizowaniu wydatków z publicznej kiesy, trzeba się liczyć z tym, że będzie to tym bardziej prawdziwe w odniesieniu do procedur kosztowych i skomplikowanych.

Tę ostatnią konstatację potwierdza zresztą pozostawienie poza obrębem dyrektywy świadczeń, które ze względu na masowość lub cenę mogłyby - w przypadku ich transgranicznego wykonywania - realnie zachwiać rynek usług zdrowotnych. Dyrektywa nie obejmuje bowiem kwestii opieki długoterminowej, szczepień ochronnych, ani też problematyki przeszczepów.

W świetle powyższego, nie należy spodziewać się po Dyrektywie przełomu w transgranicznej opiece zdrowotnej, a co najwyżej większej jasności prawnej, co do procedur realizacji przysługujących pacjentom uprawnień.

**Jak w świetle Dyrektywy rysuje się proponowana polska regulacja, mająca na celu wprowadzenie w życie praw unijnego?**

Po pierwsze, z nieznacznymi zmianami, utrzymany został – tak co do procedury, jak też przesłanek wydania decyzji - dotychczasowy system uzyskiwania zgody na leczenie zagraniczne, który w obecnym kształcie regulowany jest w ustawie o świadczeniach

opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jak było to już wspomniane, opiera się on na przepisach unijnych dotyczących ujednolicenia systemów zabezpieczenia społecznego państw członkowskich.

Udzielanie zgody jest zróżnicowane w zależności od tego, czy dotyczy sposobu leczenia dostępnego także na terenie kraju, czy też takiego, które przeprowadzić można wyłącznie zagranicą.

Przesłanką udzielenia zgody w tym pierwszym przypadku jest - podobnie jak do tej pory - ustalenie czy, gdy idzie o sytuację zdrowotną konkretnego pacjenta, przekroczony został dopuszczalny czas oczekiwania ze strony chorego na świadczenie, do którego jest uprawniony. Nowością jest wprowadzenie dwuinstancyjnego trybu podejmowania decyzji (w pierwszej instancji dyrektor wojewódzkiego oddziału NFZ, w drugiej - Prezes NFZ), dotychczas była tylko jedna instancja. Co do leczenia niedostępnego w kraju decyzję nadal podejmuje wyłącznie Prezes NFZ, a podstawą do ewentualnego wyrażenia zgody jest konieczność udzielenia wnioskowanego świadczenia, w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia pacjenta. System ten został uzupełniony o, wynikającą z Dyrektywy, możliwość refundacji ex post kosztów leczenia zagranicznego.

**Będzie to możliwe, w przypadku tych typów leczenia i diagnostyki, które objęte są krajowym „koszykiem świadczeń”. Refundacja następować będzie wyłącznie do wysokości tej kwoty, która jest płatna w przypadku takich świadczeń na rzecz świadczeniodawców krajowych.** Może to stać się poważną przeszkodą dla pacjentów, biorąc pod uwagę niejednokrotnie zgłaszane przez szpitale i lekarzy niedoszacowanie przez NFZ ceny świadczeń. Może okazać się, że - w zderzeniu z rzeczywistymi kosztami takich procedur naliczanymi przez podmioty zagraniczne - wypłacane przez NFZ kwoty obejmą jedynie nieznaczną część rzeczywiście poniesionych przez chorego kosztów.

**W celu uzyskania refundacji osoba uprawniona musi złożyć odpowiedni wniosek do NFZ, a także dostar-**

**czyć m.in. dokumentację medyczną uzasadniającą poniesione koszty, jak też rachunki potwierdzające rzeczywiste pokrycie przez wnioskodawcę wydatków.**

Warto dodać, że zanim chory zdecyduje się na leczenie zagraniczne, musi spełnić wszystkie te wymogi, których wypełnienie byłoby konieczne, gdyby „normalnie” korzystał ze świadczeń krajowych. Dotyczy to uzyskania wszystkich niezbędnych skierowań lub zleceń, co może skutecznie spowodować dostęp do leczenia, który można by mieć lecąc się za granicą. **Dla osób chorych na stwardnienie rozsiane szczególne znaczenie może mieć konieczność uzyskania wstępnie „krajowej” kwalifikacji do udziału w programie zdrowotnym. Ponieważ jest to „wąskie gardło”, gdy idzie o dostęp do leczenia innowacyjnego, wymóg taki skutecznie osłabia pozytywny wpływ Dyrektywy na sytuację cierpiących na SM.**

Wniosek o zwrot kosztów składany jest do dyrektora właściwego wojewódzkiego oddziału NFZ w terminie 6 miesięcy od wystawienia rachunku za leczenie, którego dotyczy wniosek. Samo rozstrzygnięcie, co do wypłaty kwoty refundacji powinno nastąpić w terminie do 6 miesięcy od złożenia wniosku. Niekorzystna decyzja o zwrocie kosztów może być zaskarżona przez chorego do Prezesa NFZ. Najistotniejszą systemową przeszkodą dla szerokiego zastosowania refundacji leczenia zagranicznego będzie z pewnością wprowadzenie, ustalonego przez Ministra, wykazu świadczeń, które będą wymagały uzyskania wstępnej zgody NFZ na pokrycie ich kosztów, jeszcze przed podjęciem leczenia.

Choć nie znamy dziś projektowanej listy świadczeń, to należy się spodziewać, że zakreślona ona będzie dość szeroko. Dyrektywa, a za nią projekt ustawy, pozwala Ministrowi wciągnięcie na taką listę świadczeń wymagających planowania ponoszonych na nie wydatków, o ile wiążą się ze spędzeniem przez pacjenta przynajmniej jednej nocy w szpitalu lub wymagają zastosowania wysokospecjalistycznej i kosztownej infrastruktury lub aparatury medycznej. Takie ujęcie

problemu umożliwi właściwie objęcie rzeczoną listą znaczącej większości istotnych procedur medycznych. **Najistotniejszą przesłanką odmowy udzielenia zgody na refundację kosztów świadczenia, wciągniętego na tę listę, jest możliwość uzyskania przez pacjenta świadczenia w kraju w terminie „uwzględniającym dopuszczalny czas oczekiwania na dane świadczenie”, biorąc pod uwagę stan zdrowia chorego.**

Nawet jeśli okaże się, że koszt uzyskania przez pacjenta świadczenia podlega refundacji, to także procedura odzyskania zapłaconych kwot może okazać się dla chorego uciążliwa.

Projekt ustawy umożliwi „zawieszanie” do końca danego roku wypłat refundacji w przypadku, gdy ich łączna wysokość przekroczy sumę rezerw finansowych - ogólnej oraz przewidzianej przez Fundusz właśnie w celu refundacji świadczeń zagranicznych. Kwota rezerw ulega dodatkowemu pomniejszeniu, w przypadku uzyskania przez Fundusz mniejszych wpłat z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, niż było to przez Fundusz prognozowane. Zmniejszenie następować będzie o „brakującą” sumę składek. Doprowadzić to może do szybkiego wyczerpania zasobów na refundację i zawieszenie wypłat. Dla Funduszu to sytuacja opłacalna, gdyż w takim przypadku pacjentom nie przysługują jakiegokolwiek odsetki od zawieszonych wypłat. Z pewnością będzie to skuteczny instrument w miarkowaniu zakresu korzystania pacjentów z refundacji kosztów leczenia. Nie każdy może sobie bowiem pozwolić na nieoprocenowaną „pożyczkę” na rzecz NFZ.

Podsumowując, nowa regulacja dotycząca leczenia transgranicznego, choć wyjaśnia sytuację prawną pacjenta, nie może być uznana za przełom w umożliwieniu pacjentom leczenia zagranicznego na obszarze Unii. **Bieżący kształt projektów przepisów krajowych wskazuje na to, że będziemy mieli do czynienia z możliwie restrykcyjnym podejściem aparatu administracyjnego do korzystania przez pacjentów z tej ścieżki dostępu do świadczeń.**

■■■■■■■■■■■ *Mec. Krzysztof Maśliński*















**W**góry, w góry miły bracie - tam przygoda czeka na cię - kierując się tymi słowami wybraлиśmy kierunek na południe kraju. Wymarzona wycieczka do Zakopanego odbyła się w imponującym stylu. Autokar z Sieradza ruszył w trasę o 4-tej rano. Niektórzy mieli tzw. "piasek w oczach", gdyż noc zapewne upłynęła pod znakiem przygotowań do eskapady. Ale to nic - jedziemy... Za oknami autokaru ciemno, bo to przecież wczesny ranek. Większość pasażerów zaczęła odsypiać nieprzespaną noc. Zaczęło się chmurzyć i pogoda nie napawała optymizmem.

Dotarliśmy do Wadowic, które przywitały nas rześystym deszczem. Jednak nie przeszkodziło nam to w zwiedzaniu rodzinnego domu Jana Pawła II i miejsc kultu związanych z życiem duchowym naszego papieża. Nie obyło się oczywiście bez skosztowania słynnych kremówek, które smakowały wybornie.

Następny punkt naszej wycieczki - stolica Tatr, Zakopane było już całkiem niedaleko.

W miarę zbliżania się autokaru do miasta było wśród nas wyczuwalne podniecenie i ciekawość. Rosnące góry i pojawiające się szczyty nie do końca były widoczne, gdyż przysłaśniała je mgła i wiszące chmury. Przybyła nasza pani przewodnik. Bardzo sympatyczna i elokwentna osoba. Pod przewodnictwem p. Krysi zaczęliśmy zwiedzać miejsca kultu Maryjnego. Udaliśmy się na Krzeptówki do Sanktuarium Matki Boskiej Fatimskiej. Z zapartym tchem podziwialiśmy wszystkie dzieła sztuki wykonane ludzką ręką.

Kolejny cel - słynne Krupówki przprawiły niektórych o zawrót głowy.

Mnogość i różnorodność asortymentu jest nie do opisania. Niestety przeskodzą tu stały się również opady deszczu. Następnego dnia zaplanowaliśmy wypad za granicę... Tak, tak - bo przecież Słowacja to już inny kraj. Pod przewodnictwem p. Krysi ruszyliśmy właśnie w tamte strony. Może się narażę, ale mnie Tatry podobały się bardziej właśnie od strony słowackiej. Należy tu nadmienić, iż większość, bo 80% Tatr leży właśnie po stronie południowych sąsiadów. U nas zostaje tylko 20 procent tych gór.

Na Słowacji dotarliśmy do jeziora położonego w malowniczych Tatrach Wysokich. Jest to Śtrbskie Pleso (Szczyrbskie Jezioro), położone na wysokości 1350 m n.p.m. Kolor tafli wody w jeziorze, okoliczne szczyty Tatr i pejzaże sprawiają, że żyjemy jakby w innym świecie. Następne kroki skierowaliśmy do dwu tzw. Jeziorok Miłości. Nazwa pochodzi pewnie z jakiejś legendy, ale przyznam, że można tam stracić głowę. Sam poczułem jak gdyby muśnięcie strzałą Amora - a może to z wrażenia? W jeziorokach tych jest niesamowicie czysta, krystaliczna woda - po prostu bajeczny krajobraz. Po męczącym dniu po słowackiej stronie

wróciliśmy do Zakopanego, do miejsca naszego zakwaterowania, czyli ośrodka wczasowo - rehabilitacyjnego „Marzenie”. Wieczorem, po kolacji, mieliśmy przyjemność spotkania z góraliskim folklorem. Wieczór z góraliską muzyką i... góraliską herbatką szybko minął.

Trzeciego dnia po śniadaniu, oczywiście z naszą wspaniałą panią przewodnik, wyruszyliśmy do znanej jej baczki. W tym tradycyjnym góraliskim domku były produkowane słynne oscypki. Oczywiście zrobiliśmy pewne zapasy tego regionalnego produktu, aby po powrocie do domu poczęstować znajomych. Na koniec wycieczki odwiedziliśmy jeszcze Dolinę Kościeliską. Niektórzy doszli trasą do Kapliczki Matki Boskiej Zbójnickiej. Niektórzy - bo osoby o mniejszej sprawności ruchowej po prostu zrezygnowały. Po powrocie i zjedzeniu obiadu z przykrością zaczęliśmy szykować się do wyjazdu, do domu. Tatry są piękne po polskiej i słowackiej stronie, jednak pamiętajmy, że są też niebezpieczne. Mile będziemy wspominać czas spędzony w górach. Trudno to wyrazić słowami - po prostu było przecudownie. Opuszczając Zakopane byliśmy pod wrażeniem piękna naszych gór.

|||||||||||||||||| **Zbigniew Przycki.**





# SM już mamy, co z resztą zdrowia?

**W siedzibie Starostwa Powiatowego w Tomaszowie Mazowieckim, 19 listopada b.r. miało miejsce spotkanie Promotora Zdrowia, mgr Grażyny Cieślik z osobami chorymi na SM, ich rodzinami i bliskim. Inicjatorem spotkania była przewodnicząca oddziału - Anna Tomkiewicz. Działamy dopiero 3 miesiące, takie więc spotkania pomogą nam przetrwać nawet najtrudniejsze chwile.**

## Słówko od Przewodniczącej...

SM to choroba, z którą „trzeba chcieć i umieć żyć” – to moja życiowa dewiza. Chorując na SM nigdy nie wiesz, czy i kiedy choroba przejmie kontrolę nad Twoim ciałem. W jej nieprzewidywalności można doszukać się pewnych „pozytywów”, które każą wierzyć i mieć nadzieję, że już nigdy nie będzie... gorzej. Doświadczenie nauczyło mnie jednak, że nadzieja i wiara nie mogą być pozostawione samym sobie, ale muszą być wspomagane konkretnymi działaniami, w których to my sami kreujemy jakość życia w chorobie. Żyjąc z SM na co dzień, nigdy nie ustawałam w poszukiwaniu metod, spoza działań farmakologicznych, które pomogłyby mi odzyskać zdrowie, zabrane przez chorobę. Do medycyny naturalnej zawsze miałam ogromne zaufanie i to zaufanie, pozwoliło mi spojrzeć na swój organizm z innej perspektywy. Uświadomiłam sobie, że w SM choruje całe ciało, a nie tylko układ nerwowy. Dlatego, moim zdaniem leczenie SM powinno być postrzegane przez medycynę i samych zainteresowanych wielowymiarowo. Tak jak ważne jest leczenie, tak samo ważne jest wspomaganie naturalnej zdolności organizmu powrotu do zdrowia. Nie jestem ekspertem w dziedzinie leczenia SM, ale jestem praktykiem, który żyje z tą chorobą od lat. Nie skupiam uwagi na chorobie, ale na

zdrowiu i jakości życia z SM. Zwracam uwagę na dietę i regularnie stosuję suplementy diety, po których czuje się lepiej. Swoje osobiste doświadczenia chcę przekazywać innym, by zwiększyć ich wiarę w skuteczność własnych działań i zmobilizować do walki o sprawność i samodzielność. Z tego powodu zaprosiłam na spotkanie z SM-owcami mgr Grażynę Cieślik – Promotora Zdrowia, by w sposób fachowy przybliżyła zebranym temat „Suplementów diety w profilaktyce SM”

## Zrelacjonuję pokrótce, czego dowiedzieli się uczestnicy spotkania.

Medycyna współczesna na temat SM wie coraz więcej, ale wciąż za mało, by ją wyleczyć. Wieloletnie badania nad mechanizmami SM, jak dotąd, nie dały jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, co jest konkretną przyczyną choroby, a tym samym jak ją skutecznie leczyć. Wiele osób na własną rękę poszukuje rozwiązań innych, od tych jakie proponuje im medycyna, skupiona przede wszystkim na zmniejszaniu objawów choroby. Większość pacjentów nie zdaje sobie sprawy z tego, że stwardnienie rozsiane jest efektem niewydolności całego organizmu, spowodowanej wieloma czynnikami takimi jak: długotrwały niedobór substancji odżyw-

czych, zakwaszenie organizmu, toksemia organizmu, infekcja, stres.

Wbrew powszechnie przyjętym opiniom, organizm chorych na SM jest w stanie zatrzymać lub wyraźnie spowolnić chorobę, o ile stworzy mu się właściwe warunki, których podstawą jest radykalne odżywienie, oczyszczenie całego ciała oraz wspomaganie działań naprawczych organizmu z udziałem sprawdzonych i dobrej jakości suplementów diety. Suplementy diety mogą powstrzymać autogenny atak immunologiczny na mielinę i pomóc komórkom nerwowym naprawić zniszczenia. Dzięki suplementom diety możemy poprawić przewodnictwo nerwowe, nastrój i pamięć, wspomagać funkcję wątroby i układu pokarmowego, pokonać zmęczenie, poprawić wydolność i sprawność mięśni.

Układ nerwowy budują komórki nerwowe, które mają określone potrzeby żywieniowe. Pod wieloma względami ich potrzeby są podobne do potrzeb bilionów innych komórek ciała, a pod innymi wyjątkowe. Badania z dziedziny neurofizjologii żywienia dowodzą, że dla pełnej sprawności, ludzki mózg potrzebuje: glukozy, tlenu, witamin z grupy B: szczególnie B3, B6, B12, kwasu foliowego, witaminy C, E. Zaskakujący jest związek deficytu witaminy D3, a częstotliwością rzutów choroby, szczególnie w okresie jesieni i zimy. Ważnym elementem diety powinno być pożywienie zawierające minerały Ca, MG, Zn, Fe, Li, kwasy tłuszczowe NNKT (omega-3) oraz lecytynę. Najnowsze badania nad składnikami pożywienia istotnymi w profilaktyce SM wskazują na potrzebę przyjmowania suple-

















Czy nowe leki jakie wchodzi  
na nasz rynek, są przełomem  
w leczeniu SM? Czy istnieją  
szanse na poprawę dostępu  
do rehabilitacji?

Czy zniesione zostaną wkrót-  
ce ograniczenia w refundacji  
leczenia?

Takie i inne jeszcze – palące  
– tematy, poruszyliśmy  
w rozmowie z neurologiem,  
profesorem  
Jerzym Kotowiczem.

*Nie polecam wysyłania  
pacjentów do Chin*

**Czy są szanse na zniesienie ograniczenia czasu refundowanego leczenia? Ostatnio Ministerstwo Zdrowia wystosowało do Agencji Oceny Technologii Medycznej wniosek o opinie w tej sprawie.**

Miesiąc temu uczestniczyłem w posiedzeniu Podkomisji ds. Stwardnienia Rozsianego Sejmowej Komisji Zdrowia i wtedy prezes AOTM-u poinformował posłów, że pozytywna opinia agencji w tej sprawie będzie wkrótce przesłana do Ministerstwa Zdrowia. Sprawa jest zatem obecnie na poziomie ministerstwa, które musi się do tego ustosunkować. Z pewnością konieczne są rozmowy z funduszem zdrowia, co do finansowania. Ze zniesieniem ograniczeń wiąże się przecież znalezienie dodatkowych pieniędzy, co nie będzie niestety łatwe. Fundusz ma co prawda pewne oszczędności, ale z każdej strony wyciągają się ręce po pieniądze, których w systemie niestety brakuje.

Myszę jednak, że są duże szanse na zniesienie ograniczenia czasu refundowanego leczenia. Mamy nacisk opinii publicznej – Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego, mamy pozytywną opinię AOTM, pozostaje zatem tylko kwestia znalezienia pieniędzy. Prawdopodobnie w tym roku już się tych zmian nie doczekamy. Myszę, że zaistnieje to wraz z przyszłorocznym budżetem.

**Na polski rynek weszły ostatnio nowe leki – Tysabri i Gilenya. Jak ocenia Pan ich skuteczność? Pojawiają się też następne leki. Czy jest szansa na przełom w leczeniu SM?**

Na razie, poza wyżej wymienionymi oraz lekami stosowanymi w leczeniu objawowym (Fampyra, Sativex) nie pojawiają się inne leki. W przypadku leczenia podstawowego, pierwszego rzutu stosuje się od wielu lat te trzy czy cztery interferony beta 1a i 1b. W Ameryce mają już na tym polu ponad dwudziestokilkuletnie doświadczenia. Wiadomo, że gdy leki zastosuje się na początku choroby i zażywa przez dłuższy czas, opóźnia się wystąpienie inwalidztwa. Ponadto wydłuża się czas życia pacjentów. Zbliża się do przeciętnej długości życia w społec-

zeństwie. Leczenie pierwszego rzutu ma jednak skuteczność na poziomie 30 – 40 procent.

U części pacjentów choroba przebiega bardzo łagodnie. Niektóre osoby nawet nie wiedzą, że są chore. Diagnoza postawiona zostaje przypadkowo, albo nawet po latach. Takie osoby w ogóle nie są leczone.

W części przypadków choroba jest jednak bardzo agresywna. Wtedy lek pierwszego rzutu nie skutkuje. Sięgamy wtedy po drugi rzut. Tutaj do wyboru mamy na razie tylko trzy leki: stosowany od dawna, bardzo toksyczny Mitoxantron, dożylnie podawany raz na miesiąc Tysabri, oraz największą zdobycz – lek doustny Fingolimod, czyli Gilenya.

Leki drugiego rzutu mają, niestety, więcej działań ubocznych. W przypadku leków pierwszego rzutu, po ponad dwudziestu latach nie stwierdzono ani nowotworów, ani jakichś większych powikłań. Leki drugiego rzutu w swoich wskazaniach i przeciwwskazaniach, mają zapisane, że mogą w ich przypadku wystąpić działania uboczne. Ponadto mamy do czynienia z określonymi przeciwwskazaniami. Na przykład Tysabri nie można podać nosicielom wirusa JVCa powodującego zapalenie istoty białej mózgu. Konieczna są zatem stosowne badania przed podaniem tego leku i nie może też być uprzednio stosowany np. interferon. Mamy wtedy do czynienia z osłabioną odpornością organizmu, którą jeszcze bardziej osłabia drugi lek. Wtedy bakterie i wirusy, którymi nosicielami może być każdy z nas, stają się chorobotwórcze, bowiem organizm nie jest w stanie ich zwalczyć.

Przy leku doustnym Gilenya, już nie ma takiego niebezpieczeństwa. Preparat poleca się w przypadku, gdy leczenie pierwszego rzutu jest nieskuteczne. Podaje się tylko jedną tabletkę dziennie. Oczywiście ten lek też ma działania uboczne. Trzeba monitorować sam początek leczenia, czy nie występują na przykład zaburzenia rytmu serca.

Jeśli mówić możemy o przełomie w leczeniu to o tyle, że skuteczność leków pierwszego rzutu wynosi 30 – 40 procent, natomiast skuteczność tych drugiego rzutu, jest prawie dwukrotnie większa. Poza tym leki te są podawane, raz na miesiąc lub za sprawą jed-



nej tabletki dziennie. Dotychczasowe przyjmowano podskórnie co drugi dzień, czy nawet codziennie, ewentualnie raz w tygodniu domięśniowo.

Tak więc przyszłość na pewno należeć będzie do leków doustnych. Po pierwsze są wygodne dla pacjentów. Po drugie istnieją już leki, o których nie można jeszcze mówić, bo nie są zarejestrowane ani w Unii Europejskiej, ani w Stach, które mają lepszy profil bezpieczeństwa i wygodniejszą formę podawania dla pacjenta.

**W dniu 25 października zaczęła obowiązywać europejska dyrektywa o leczeniu transgenicznym. Czy chorym na SM w Polsce daje to jakąś nadzieję na poprawę dostępu do leczenia?**

Z takiego leczenia transgenicznego pacjenci już korzystali. Znam osoby, które wykorzystywały po prostu fakt, iż pracowały w Niemczech.

W Polsce zaczynamy leczyć pacjentów zbyt późno. Według przepisów, zawartych w programach lekowych, możemy leczyć wtedy, gdy wystąpi drugi rzut choroby, czyli gdy klinicznie ta choroba się już potwierdza. Natomiast obserwując zmiany w rezonansie magnetycznym, świadczące o wcześniejszych zmianach i obserwując świeże ognisko chorobowe, powinniśmy zacząć leczenie, nie czekając na wystąpienie drugiego rzutu. Tego według przepisów nie możemy jednak robić.



Tymczasem w Niemczech czy Czechach jest to możliwe. Tam zaczyna się leczenie od razu gdy są wskazania, że chorobą może być stwardnienie rozsiane. Choćby istniał nawet niewielki procent możliwości, że jest to na przykład borelioza, nie popełniamy żadnego błędu. Te leki pierwszego rzutu mają bowiem niski profil działań ubocznych, więc można przerwać leczenie i nie zaszkodzimy pacjentowi. Możemy mu jednak istotnie pomóc, bo im wcześniej zaczyna się leczenie lekami pierwszego rzutu, tym lepsze jest ich działanie.

Te leki po pięciu latach prawie już nie działają. Działają na początku, bo stwardnienie rozsiane jest chorobą zapalno-immunologiczną. Interferony gaszą zatem ten proces. Niestety my nie możemy podawać tych leków zaraz na początku. Urzędnicy narzucili nam uniemożliwiające to przepisy. Mogę oczywiście przepisać te leki, ale pacjent zapłaci za leczenie 2,5 – 3 tys. zł. Są tacy, którzy to robią, uważając, że zdrowie jest najważniejsze.

Podsumowując: pierwszą z bolączek jest to, że leczymy zbyt późno. Drugą natomiast, że leczymy zbyt małą liczbę pacjentów. Statystyki pokazują, że u nas jest to jakieś 12 procent chorych. W Czechach, czy Niemczech leczy się około 30 – 40 procent pacjentów. Po trzecie leczymy zbyt krótko, co poruszyliśmy już na początku rozmowy.

### ***Chorzy w Polsce mają ograniczony dostęp do rehabilitacji. Czy w najbliższym czasie jest szansa na zmianę tej sytuacji? Jakie znaczenie ma w przypadku SM rehabilitacja?***

Rehabilitacja ma znaczenie podstawowe. Stwardnienie rozsiane jest chorobą zapalno-immunologiczną. Na początku dominuje proces zapalny. Są rzuty choroby, które mogą całkowicie ustępować. Jednocześnie, od samego początku, postępuje niestety zanik neuronów. Po pewnym czasie powoduje to narastający stopień inwalidztwa.

Jeżeli wyjściowy organizm mamy mocny, sprawny, z dobrze rozwiniętym układem mięśniowym, pacjent

może nawet nie odczuć rozwijania się niedowładu. Jeśli ktoś jest wątpliwy, nie zajmuje się sportem, wtedy inwalidztwo dopada go znacznie wcześniej.

Jeśli zatem rehabilitujemy się od samego początku – uprawiamy jakiś sport – choroba, gdy już nas dotknie, nie spowoduje takich spustoszeń. Mamy bowiem lepszą kondycję fizyczną. Natomiast gdy od początku występują zaburzenia ruchowe (niedowłady) powinniśmy pacjenta bezwzględnie rehabilitować.

Rehabilitacja powinna być wczesna i stała. Nie może mieć miejsca sytuacja, że pacjent zapisuje się na turnus raz w roku. Ponadto mamy w Polsce ledwie kilka ośrodków, a wyspecjalizowane są tylko Dąbek i Borne Sulinowo. Trzeba czekać na rehabilitację i trzeba do niej dopłacać. To jest podstawowy problem.

Brak refundacji zabiegów rehabilitacyjnych, czyni pacjentom wielką szkodę. Analizując ile osób ze stwardnieniem rozsianym korzysta w Polsce z renty, po trzech czy czterech latach choroby, dostrzegamy różnice w stosunku do innych krajów.

U nas mamy wczesne przechodzenie na rentę, ale występuje też zjawisko ukrywania swojej choroby przed pracodawcą. Powstaje strach, że chorzy zostaną zwolnieni z pracy. Dla przykładu w krajach skandynawskich ten problem nie występuje. Tam łatwiej jest powiedzieć o swojej chorobie otrzymać pomoc.

Najważniejsze bowiem, by ludzie z SM pracowali jak najdłużej. Wtedy są przydatni społecznie i płacą podatki. Ponadto wczesne rozpoczęcie rehabilitacji, powoduje mniejsze wydatki społeczne na takiego pacjenta, niż zostawienie go bez leczenia i bez rehabilitacji. Taka osoba wcześniej wchodzi w inwalidztwo, a więc w rentę i to kosztuje znacznie więcej. Ministerstwo Zdrowia oblicza, że za leczenie płaci jakąś tam kwotę. Nie liczy się natomiast w ogóle kosztów społecznych. Przecież nawet rodzina chorego, jeśli się nim opiekuje, także nie może wykonywać pracy w pełnych wymiarach godzin. Czesi to policzyli i wiadomo, ile zyskuje państwo na tym,

że pacjent jest wcześniej leczony i skutecznie rehabilitowany.

PTSR pięć lat temu złożyło Narodowy Program Leczenia Stwardnienia Rozsianego. W tym programie były zawarte wszystkie te rzeczy: leczenie i rehabilitacja. Gdyby taki program przyjęto, znalazłyby się środki i rehabilitacja należałaby się pacjentom z tzw. automatu. W tej chwili jednak się nie należy.

### ***Co Pan sądzi na temat nowej, zabiegowej metody terapii chorych na SM: autologicznych przeszczepów komórek krwiotwórczych? W Polsce wykonuje te zabiegi tylko Klinika Hematologii w Katowicach. Pomogli już w ten sposób dziewięciu osobom.***

W bardzo agresywnej postaci stwardnienia rozsianego, można stosować plazmaferezę, czyli wymianę osocza. Można też zrobić przeszczepianie szpiku. Chodzi o zniszczenie wszystkich przeciwciał atakujących mielinę, a następnie o wytworzenie nowych. To jest jednak zabieg inwazyjny. Dla pacjenta uciążliwy, ponadto drogi. Pojawia się też możliwość działań ubocznych. Przeprowadza się go w sytuacji, gdy choroba postępuje bardzo ostro.

To nie jest jednak przyszłość w leczeniu stwardnienia rozsianego. Być może taką przyszłością będą przeszczepy komórek macierzystych. Prowadzi się takie badania na świecie i efekty są zachęcające. Nadal jest to jednak terapia eksperymentalna. Nie wiadomo też na jak długo byłaby pomocna.

Jest to o tyle korzystne, że komórki te można byłoby pobierać nie ze szpiku, co jest rzeczą inwazyjną, ale na przykład z tłuszczu brzuszego.

Podkreślam jednak, że wciąż jest to terapia eksperymentalna i nie radzę wysyłać pacjentów do Chin, gdzie to robią. Nie jest to jeszcze rzecz, którą moglibyśmy polecić pacjentom.

***Bardzo dziękuję za rozmowę z profesorem Jerzym Kotowiczem rozmawiał Wojciech Czubatka***

# Współpraca zagraniczna PTSR

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego udziela się aktywnie na forum międzynarodowym; jesteśmy członkiem dwóch organizacji parasolowych, zrzeszających stowarzyszenia SM z krajów, zarówno europejskich – EMSP, jak i działających na szczeblu światowym – MSIF. Jako członek obu organizacji PTSR ma prawo głosu przy wyborach ich władz, jak również zgłaszania kandydatów do zarządu.

## EMSP - Europejska Platforma Stwardnienia Rozsianego

Założona w 1989 roku EMSP jest organizacją parasolową zrzeszającą 38 towarzystw SM z 34 krajów, reprezentuje interesy organizacji pacjentów SM na poziomie europejskim. Misją EMSP jest zapewnienie wysokiej jakości leczenia i opieki nad osobami z SM na terenie Europy. Wśród kluczowych projektów Platformy, w których uczestniczy PTSR, wymienić można:

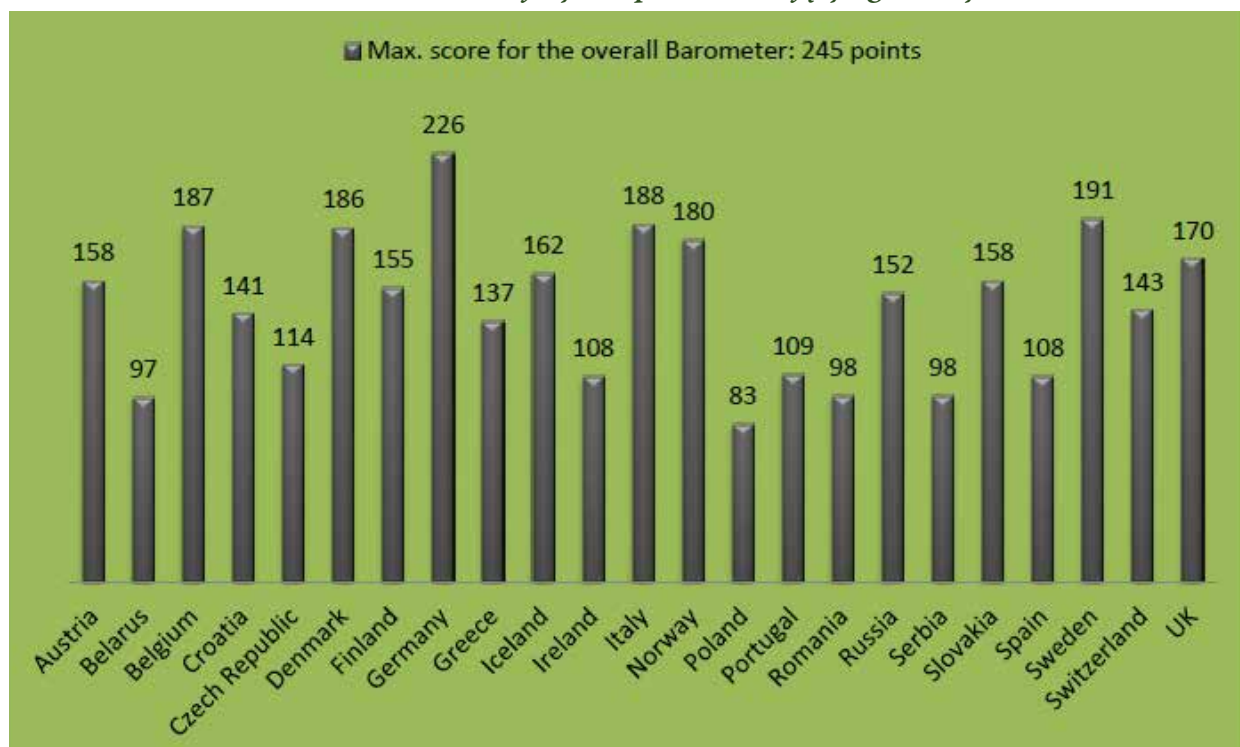
**EUReMS** – projekt mający na celu stworzenie Europejskiego Rejestru

pacjentów z SM, jest to projekt trzyletni, finansowany ze środków Komisji Europejskiej, ma na celu opracowanie ogólnoeuropejskiej bazy danych pacjentów z SM do celów epidemiologicznych, a także obserwację długoterminowego działania leków immunomodulujących. Inne cele EUReMS to oszacowanie kosztów choroby (bezpośrednich, jak i społecznych), a także identyfikacja dobrych praktyk w dziedzinie stwardnienia rozsianego w poszczególnych krajach Europy.

**Barometr SM** – narzędzie porównawcze sytuacji, w tym jakości życia osób z SM, w różnych krajach Europy. U podstaw Barometru leży przekrojowy kwestionariusz dotyczący wielu aspektów życia z SM, wypełniany przez towarzystwa z poszczególnych krajów przy współudziale ekspertów medycznych. Otrzymaliśmy już wyniki Barometru SM za 2013 rok. **W porównaniu z 2011 rokiem Polska przesunęła się z czwartego od końca na ostatnie miejsce w rankingu Barometru.** Wynikać to może z faktu, że w tym roku Bułgaria i Bośnia i Hercegowina nie wzięły udziału w badaniu, natomiast Białoruś na pytania o refundację odpowiedziała nie do końca konsekwentnie. Wciąż standard życia z SM w Polsce jest niższy od standardu w Czechach i Rumunii, natomiast w rankingu w dalszym ciągu przodują Niemcy. Maksymalny wynik do osiągnięcia – 245 punktów, Polska zdobyła 87. Poszczególne sekcje Barometru 2013:

1. Dostęp do leczenia i terapii – ofi-

*Poniżej wykres przedstawiający ogólne wyniki Barometru 2013*











# Zadbaj o swój mózg i układ nerwowy

**Doskonale zdajecie sobie sprawę, jak ważny jest to organ, szczególnie dla nas, „sm-owców”. Zależy nam, aby jak najdłużej pracował „na pełnych obrotach”. A według ostatnich badań, można zachować pełną sprawność do późnych lat.**

Z wiekiem obniża się aktywność neuronów; z tego powodu spada szybkość myślenia, kojarzenia faktów, zapamiętywania. W wyniku badań naukowcy odkryli, że winne nie jest tylko starzenie organizmu. W wielu przypadkach przyczyna tkwi w niezdrowym sposobie odżywiania! Tłuste potrawy, słodkie napoje, do tego nadwaga i niewystarczająca ilość snu znacznie „postarza” ten organ. Na szczęście niekorzystne zmiany da się odwrócić. Już dziś zadbaj o właściwą dietę – zrezygnuj z cukru (albo chociaż ogranicz!), bo nadmiar glukozy we krwi upośledza transmisję bodźców w komórkach mózgowych. Ćwicz, ruszaj się regularnie; więcej dotlenionej krwi dotrze do mózgu a to sprawi, że powstaną nowe komórki nerwowe. Staraj się też spać minimum sześć godzin dziennie. Ale to nie wszystko, trzeba go codziennie stymulować. W jaki sposób pobudzić go do pracy? Jest pięć naprawdę łatwych sposobów.

**1. Staraj się jak najczęściej pisać ręcznie** – chodzi m.in. o sprawniejsze współdziałanie zmysłów, gdy przesuwamy długopis i dociskamy go do kartki. To pobudza obszary

odpowiedzialne za myślenie abstrakcyjne i percepcję wzrokową. Stukanie w klawiaturę nie przynosi podobnych efektów.

**2. Pokochaj ręczne robótki.** Manipulowanie palcami pobudza nie tylko zmysł dotyku, ale przede wszystkim polepsza działanie ośrodków odpowiedzialnych za koordynację wzrokowo – ruchową. Ponadto ćwiczenia manualne zwiększają ilość połączeń między neuronami. Nie lubisz robić na drutach, szydełkować? Jedz pałeczkami, „kręć młynka”, graj na gitarze, sklejać modele samolotów, możliwości jest mnóstwo!

**3. Grałeś kiedyś w tetris?** To taka komputerowa gra logiczna; spadające z różną szybkością rozmaite klocki. Twoim zadaniem jest wpasować je obok siebie. Naukowcy udowodnili, że tetris to nie tylko przyjemna rozrywka – grając, obniżasz znacznie poziom stresu. To też wspaniałe antidotum na bezsenność. To nie koniec korzyści: zyskujesz precyzyjność wyrażania myśli i zdolność błyskawicznego przetwarzania informacji. Grę znajdziesz m. in. na [www.wyspagier.pl](http://www.wyspagier.pl)

**4. Jeżeli masz możliwość tańczenia, korzystaj z niej jak najczęściej!** Taniec dotleni mózg, pozytywnie wpłynie na twój nastrój. Płynne ruchy w rytm muzyki poprawią koordynację półkul mózgowych. I jeszcze jedna, niezwykle ważna w tej porze roku, zaleta – płasanie nie pozwoli wkraść się do twojego życia depresji.

**5. Korzystaj, jak długo będzie można, z pięknej, słonecznej aury.** Wyjdź na krótki spacer albo przy-



najmniej wpuść światło dzienne do pokoju, kuchni. Nie odgradzaj się od niego żaluzjami, roletami, zasłonami. Naturalne światło wpływa na polepszenie pamięci i zwiększa efektywność pracy – udowodnili belgijscy naukowcy.

A co jeść, aby mieć dobre samopoczucie i zachować mózg jak najdłużej sprawnym?

- **Brązowy ryż, chleb razowy, kasze** – to węglowodany złożone, podstawowe „paliwo” dla mózgu. By zaspokoić dzienne zapotrzebowanie, trzeba je jeść do każdego posiłku.

- **Olej lniany, tłuste ryby morskie** – zawierają nienasycone kwasy tłuszczowe omega 3. Przeciwdziałają m. in. kłopotom z zapamiętywaniem, chronią przed alzheimerem. Oleju najlepiej używać codziennie, ryby jeść min. dwa razy w tygodniu.

- **Jagody, jeżyny, borówki, truskawki, winogrona** – to silne antyoksydanty, chronią mózg przed wolnymi rodnikami. Zwiększają liczbę połączeń między neuronami i dzięki temu poprawiają pamięć i kojarzenie. Najlepiej serwować na śniadanie

- **Kapusta, sałata, brokuły, szpinak, brukselka** – są bogate w kwas foliowy, dzięki niemu powstaje serotonina – związek odpowiedzialny za dobry nastrój. Warzywa podawaj do obiadu i kolacji.

- **Migdały, orzechy, czekolada (gorzka!), kakao** – mają dużo magnezu, który reguluje pracę układu nerwowego i hamuje uwalnianie „hormonu stresu”. Do podjadania!

# Zrozumieć chorobę i siebie

Z Grzegorzem Czebotarem, przedsiębiorcą chorującym na SM, rozmawia Tomasz Poleć

*Muszę przyznać, że Pańskie postrzeganie choroby, jej przyczyn i przebiegu, nie jest typowe. Podobnie jak radzenie sobie z SM. Ma Pan swoją teorię stwardnienia rozsianego...*

Według mnie to określona grupa ludzi choruje na stwardnienie rozsiane, a nie odwrotnie - że to chorzy stają się specyficzni. Moim zdaniem podłoże choroby powstaje już w dzieciństwie, bo to przecież wtedy kształtuje się nasza wizja świata, zależności, podległości. Kolejną sprawą, ale podkreślam, że to moje spojrzenie na przyczynę choroby, są relacje z rodzicami, szczególnie poczucie braku zainteresowania, czułości z ich strony oraz przesadna reakcja na autorytet rodzica, nauczyciela. To powoduje u młodego człowieka poczucie niższości, słabości, ale też poczucie, że nie mamy wpływu na swoje życie. Podobnie

jest później z doбором partnera, często wybieramy takiego, który kieruje naszym życiem, ale jednocześnie w kwestiach uczuć jest wstrzemięźliwy.

W wyniku wspomnianych przyczyn tworzy się w naszych umysłach frustracja. Mechanizmem obronnym jej jest regresja, która nas uszkadza. Poniżej znowu czujemy się dzieckiem. To może dla wielu osób jest trudne, ale jeśli prześledzi się swoje życie, często właśnie ta chęć powrotu do azylu dzieciństwa sprawia, że nasz organizm bez naszego udziału doprowadza do nieporadności, ponieważ wtedy możemy liczyć na ciepło, na czyjąś opiekę, na uczucie.

*To dosyć odważne stwierdzenie. Chorobę nazywa się w końcu autoimmunologiczną, czyli organizm niszczy sam siebie, ale czy takie*

*wnioski nie są zbyt daleko idące?*

Ja nie twierdzę, że znalazłem odpowiedź na pytanie, której szuka tysiące naukowców na całym świecie. Mówię tylko o swoich przemyśleniach. Moim zdaniem ta choroba ma związek ze sferą uczuć, relacji z rodzicami, wzajemnym okazywaniu sobie czułości. Proszę zwrócić uwagę, że w tzw. krajach trzeciego świata matka nawet na chwilę nie rozstaje się ze swoim dzieckiem, tylko targa go w jakimś tobołku na plecach albo w chustce przy piersi. Jeśli musi na chwilę zostawić malucha oddaje go starszemu rodzeństwu. Tam cały czas jest bliskość, tam dziecko jest niemal święte. Jest bieda, ale jeszcze więcej jest miłości i ciepła. W tamtych rejonach nie słyszy się o stwardnieniu rozsianym. To kraje uznane za cywilizowane odnotowują wzrost zachorowań.

*No tak, ale jest przecież mnóstwo osób, których dzieciństwo też nie należało do łatwych, a nie chorują...*

Tak, ale w takich przypadkach mechanizmem obronnym może być agresja, a nie regresja. Agresja jest odreagowaniem emocjonalnych napięć na zewnątrz. Regresja to według psychologii zachowania typowe dla zachowań wczesnego okresu rozwojowego. W regresji brak jest umiejętności wyrażania emocji. Myślę,



że nie przypadkiem coraz więcej pojawia się w krajach uprzemysłowionych przypadków SM, ponieważ pęd życia, kariera czy chęć osiągnięcia sukcesu ponad wszelką cenę doprowadza do zaniku sfery uczuć. Ostatnio znajomy opowiadał mi taki przypadek: w Oświęcimiu straż miejska dostała sygnał, że na parkingu przed wejściem do obozu stoi samochód na skandynawskich numerach, a wewnątrz jest zamknięte dziecko w wieku około 4 lat. Strażnicy oczywiście przyjechali, ponieważ było gorąco, a szyby w aucie były pozamykane, wybili szybę, żeby dziecko miało czym oddychać. Po około 3 godzinach wrócili rodzice i proszę sobie wyobrazić - mieli pretensję do funkcjonariuszy, że uszkodzili samochód. Twierdzili, że w ich kraju takie zachowania to norma! Wtedy powiedziałem znajomemu, że na pewno w Skandynawii jest duża zachorowalność na SM. Sprawdziłem w necie i okazało się, że nawet w dzielnicach skandynawskich w Stanach Zjednoczonych jest wyższa niż w dzielnicach innych narodowości. Jest to oczywiście nieświadome działanie dorosłych osób, które wpadły w wir pracy, pogoni za karierą, pieniędzmi. Są żłobki, przedszkola, szkoły, po co więc ja będę się jeszcze zajmował dzieckiem - tak myśli spora część rodziców. Zresztą są na ten temat prace naukowe, które wprost mówią, że niewyrażone emocje, zawsze prowadzą do uszkodzenia systemu nerwowo-mięśniowego. To potwierdza moją teorię o przyczynach SM.



### ***Mimo tej wiedzy nie potrafił Pan nie dopuścić u siebie do choroby. Dlaczego?***

Proces rozwoju choroby jest poza naszą świadomością. Dopiero po długim czasie doszedłem do tych wniosków, o których rozmawiamy. Od tamtej pory starałem się szukać rozwiązań. Zrozumiałem, że skoro SM to przede wszystkim permanentna frustracja, układ nerwowy, mózg, tam trzeba szukać rozwiązań. I tak zainteresowałem się filozofią Wschodu. Dziś mogę śmiało powiedzieć, że nawet w chwilach gorszego samopoczucia fizycznego, jestem w stanie panować nad swoim stanem psychicznym. Przez długi czas spastyczność nie pozwalała mi spać. Przez całe noce nogi „tańczyły” po łóżku, a rano byłem kompletnie wyczerpany. Dziś i z tym sobie radzę. Wiem, że medytacja i dieta jest podstawą, dostarczenie organizmowi odpowiedniej ilości mikroelementów, oraz właściwe na-

wodnienie organizmu. Muszę mieć wystarczająco dużo magnezu, potasu, wapnia i sodu czyli minerałów, które wchodzi w skład elektrolitów. Jeśli zakwaszę organizm to są one zużywane do neutralizacji pH, a jak nie dostarczę ich znowu, to brak jest odpowiedniego środowiska do przewodzenia sygnałów nerwowych.

Wiele osób zwracało się do mnie z pytaniami co robić ze spastycznością. Niektórzy, gdy zastosowali się do moich wskazówek, nie mają problemu ze spaniem. W przypadku SM gospodarka wodna jest niezwykle ważna i ja zwracam na to szczególną uwagę.

Podsumowując uważam, że można okiełznać SM, ale tylko wtedy, gdy spojrzymy w siebie, w nasz umysł bez uprzedzeń i będziemy przestrzegać odpowiedniego stylu życia. Po prostu musimy poznać i zrozumieć siebie.

***Dziękuję za rozmowę.***



## Czasem zabawnie, czasem strasznie...



Marcina Meller nikomu przedstawiać nie trzeba. Autor „Gaumardzów” – pięknej opowieści o Gruzji, napisanej wraz z żoną. Reporter tygodnika Polityka, pro-

wadzący Drugie śniadanie mistrzów w TVN24, i eks redaktor naczelny Playboy, obecnie felietonista Newsweeka. Co jakiś czas swoimi tekstami wkłada kij w mrowisko i wywołuje burzę, choćby spostrzeżeniem, że Polacy średnio się myją, ale koszulki na ramię chętnie noszą i w komunikacji miejskiej pachę wypinają. Myjący się zgodnie przytaknęli, ale zainteresowani odpowiedzieli z grubej rury. Autor felietonu, czyli formuły na swój sposób satyrycznej został niemal zlinczowany. Na szczęście tylko słownie.

Książka jest zbiorem reportaży i felietonów z ostatnich dwudziestu lat. Czyli stanowią pewnego rodzaju podsumowanie.

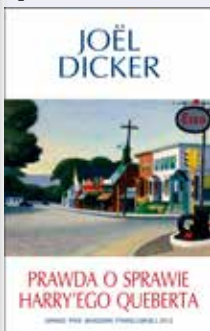
Autor wybrał te teksty, które według niego nie straciły na aktualności, może nie tyle czasowej, co intelektualnej. Znajdziemy tu efekty reporterskich wypraw wojennych: do ogarniętego armeńsko-azerskim konfliktem zbrojnym Górnego Karabachu czy do Krajiny – miejsca wyjątkowo zacieklej walk serbsko-chorwackich.

Przeczytamy reportaż wcieleniowy z podróży z kibicami Legii na mecz, który zakończył się jej jedynym awansem do Ligi Mistrzów.

Sam autor przyznał w jednym z wywiadów, że chciałby, aby „Między wariatami” było dobrą lekturą do pociągu, na plażę i do łóżka. I trzeba przyznać, że „Między wariatami” nadaje się na każdą z tych okazji.

**Marcin Meller „Między wariatami. Opowieści terenowo - przygodowe”, Wielka Litera 2013**

## Co kryje przeszość?

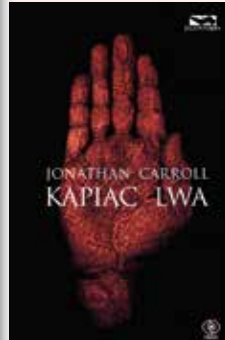


Jonathan Carroll to jeden z najbardziej popularnych pisarzy amerykańskich w Polsce. Jest przedstawicielem realizmu magicznego. Autor m.in. tak głośnych powieści jak Kraina Chichów, Dziecko na niebie, Kości Księżycy. Teraz do naszych rąk trafia jego najnowsza książka „Kąpiąc lwa”.

I od razu zaznaczmy nie jest to poradnik do kąpania. Piątka przyjaciół żyjąca z dala od zgiełku wielkiego miasta, pewnej nocy ma dość nietypowy sen. Otóż właśnie tu, na granicy jawy i snu, wychodzą na jaw najbardziej skrywane tajemnice każdego z nich. Dziwne? Przeróżające? Z pewnością! Na dodatek kilka dni później to co było tylko nocnym koszmarem, wkracza do rzeczywistego świata. Ale to dopiero początek, bowiem przed bohaterami kosmiczna walka, wiele oryginalnych wyzwań oraz podróży do własnej przeszłości. Z pewnością nikt nudzić się podczas lektury nie będzie. Bohaterowie będą musieli przystąpić do kosmicznej batalii, w której siły Chaosu ścierają się z Porządkiem i Sensem. Czy staną na wysokości zadania? Język książki jest barwny, styl prosty a fabuła wciągająca. Nieszablonowa akcja oraz umiejętne wplecenie realizmu magicznego i elementów science fiction. Całość tworzy wybuchową mieszankę.

**Jonathan Carroll „Kąpiąc lwa”, Rebis 2013**

## Tajemnica, miłość, literatura, zbrodnia...



Na początku trzeba zacząć od ostrzeżenia. „Prawda o sprawie Harry'ego Queberta” to książka dość gruba - ponad 700 stron, jednak możliwo-

ści jej odłożenie z każdym rozdziałem spadają niemal do minimum. Wszystko przestaje się liczyć, ważny jest tylko następny rozdział. A ostatnie sto stron to istna galopada wydarzeń. Nie ma też sensu szukania związku ze Stiegem Larssonem autorem Millenium, do czego w kampanii promującej książkę posunął się wydawca. Bo poza objętością nie ma żadnego związku. Jest rok 2008, bohater książki Joela Dickera jest poczytnym pisarzem, jego debiut literacki okazał się ogromnym sukcesem, nazywa się Marcus Goldman. Wszyscy czekają na kolejną książkę. Jednak jej premiera odkładana jest z miesiąca na miesiąc. Nie może być inaczej. Nowej książki po prostu nie ma! Pewnego dnia dzwoni do niego mieszkający od wielu lat w Aurorze, niewielkiej miejscowości pod New Hampshire jego dawny mistrz i mentor Harry Quebert. Obok domu tego szanowanego pisarza odkryto bowiem zakopane w ziemi ludzkie szczątki, które mogą być zwłokami Noli Kellergan, dziewczyny zaginionej trzydzieści trzy lata wcześniej. Co więcej, przy szczątkach znajduje się rękopis książki Queberta! Harry zostaje aresztowany i oskarżony o zabójstwo. Marcus wyrusza, by udowodnić, że jego przyjaciel jest niewinny. Razem z nim odkrywamy kto zabił Nolę? Co wydarzyło się w New Hampshire latem 1975 roku? Jak napisać dobrą powieść?

„Prawda o sprawie Harry'ego Queberta” to nie tylko trzymający w napięciu thriller, to także refleksja na temat współczesnego społeczeństwa amerykańskiego, literatury, wymiaru sprawiedliwości oraz mediów.

**Joel Dicker „Prawda o sprawie Harry'ego Queberta”, Albatros 2013**