



ptęćmy pod prać

biuletyn

POLSKIE
TOWARZYSTWO
STWARDNIENIA
ROZSIANEGO

Oddział Łódzki

ISSN 1731-8629



POLSKIE TOWARZYSTWO
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

nr 1/2020

Wigilia 2019

str. 10-13

**Wycieczka do Częstochowy**

listopad 2019

str. 20-23

**Debata**

grudzień 2019

str. 28



Redakcja nie zwraca tekstów nie zamówionych
oraz zastrzega sobie prawo do ich redagowania i skracania

Wydawca: Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi. 91-496 Łódź, Nastrojowa 10

tel./fax: 42 649 18 03, email: lodz@ptsr.org.pl

Zespół redakcyjny:

Jolanta Kurylak-Osińska – redaktor prowadzący

Monika Koza – kierownik wydania

Karol Turski – opracowanie graficzne

Wydrukowano ze środków:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Wstęp

Zakończył się rok 2019 i myślimy o tym czy osiągnęliśmy wyznaczone przez nas cele, które zapewne każdy sobie wyznacza na początku roku. Jest to bardzo ważne, ponieważ motywuje nas to do działania. A każdemu z nas jest to potrzebne po to, żeby polepszać swój stan zarówno psychiczny, jak i fizyczny.

W tym biuletynie znajdziecie artykuły na temat leczenia SM, jak i porady psychologa, zdrowego odżywiania i rehabilitacji. Przeczytajcie je dokładnie i zacznijcie wprowadzać je w życie w celu poprawy swojego stanu zdrowia.

W tym biuletynie kontynuujemy artykuł mówiący o lekach stosowanych w leczeniu SM. Kolejny opisany lek to Tecfidera, lek pierwszej linii, zarówno sposób działania, jak i skutki uboczne. Pozyskamy również dużo informacji z zakresu komunikacji werbalnej, jak i funkcji poznawczych z SM. Psycholog i neuropsycholog diagnozują problemy poznawcze, a następnie zlecają ćwiczenia i edukują w zakresie radzenia sobie z doświadczanymi problemami i emocjami, które chorym towarzyszą.

Poznacie formy rehabilitacji pacjentów w większości stosowane przez naszych rehabilitantów tj. Metoda PNF i Metoda Bobath gdyż rehabilitacja odgrywa ważną rolę terapeutyczną i powinna obejmować wiele aktywności, co wpłynie na sprawność osoby chorej. Kolejna seria to porady o zdrowym odżywianiu, które jest bardzo ważne dla każdego człowieka.

Z okazji Świąt Bożego Narodzenia odbyło się nasze coroczne spotkanie wigilijne, na którym zostały pierwszy raz wystawione przez uczestników „Klubu dla osób niesamodzielnych” działających w siedzibie PTSR O/Łódź „Jasełka”, co było dużą niespodzianką zarówno dla gości jak i członków Stowarzyszenia.

Uczestnicy w/w Klubu byli na pielgrzymce na Jasnej Górze, podczas której ogromnym niezapomnianym przeżyciem było odsłonięcie jak i zasłonięcie obrazu Matki Boskiej Jasnogórskiej.

Wszystkim naszym członkom Rada Oddziału składa życzenia: zdrowia, miłości i radości w Nowym 2020 Roku.

Fumaran dimetylu (Tecfidera) – doustny lek pierwszej linii

1 lipca 2016 r. wszedł w życie projekt zmian w wykazie leków refundowanych. Ministerstwo Zdrowia ogłosiło w nim, iż do leków pierwszej linii, które mogą otrzymać pacjenci chorzy na stwardnienie rozsiane (SM – *Sclerosis Multiplex*) dołącza fumaran dimetylu (Tecfidera). Dla pacjentów źle znoszących objawy niepożądane interferonów oraz tych, którym nie odpowiadała forma ich podawania (iniekcje), pojawiła się nowa opcja – lek doustny.

W celu wykazania skuteczności i bezpieczeństwa leczenia SM Tecfiderą przeprowadzono dwa dwuletnie randomizowane badania kliniczne z zastosowaniem podwójnie ślepej próby, kontrolowane placebo: badanie DEFINE z udziałem 1234 uczestników oraz badanie CONFIRM z udziałem 1417 uczestników. Doprowadziły one do zarejestrowania Tecfidery do leczenia dorosłych pacjentów z rzutowo-remisyjną postacią stwardnienia rozsianego. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) od niedawna refunduje leczenie m.in. tym lekiem u pacjentów chorych na SM już od 12 rż., przy spełnieniu pewnych kryteriów.

Tecfiderę przyjmuje się w formie kapsułek, dwa razy dziennie po 240 mg. Dawka początkowa jest o połowę mniejsza, stosuje się ją przez tydzień lub ewentualnie dłużej, aby uniknąć działań niepożądanych leku, które z reguły nie są groźne dla pacjenta, ale mogą być dokuczliwe. Najczęstsze z nich to nagłe, przemijające szybko zaczerwienienie skóry głównie górnej części ciała (występuje u co trzeciej osoby przyjmującej ten lek, w początkowej fazie leczenia i zazwyczaj ma nasilenie łagodne lub umiarkowane) oraz objawy ze strony układu pokarmowego (biegunka, nudności, bóle w nadbrzuszu).

Tecfidera ma krótki okres półtrwania, dlatego konieczne jest stosowanie jej dwa razy dziennie. Ciekawostką jest, że główną drogą eliminacji fumaranu dimetylu (60% dawki) jest wydychane powietrze, a konkretnie zawarty w nim dwutlenek węgla.

Mechanizm terapeutyczny działania fumaranu dimetylu nie jest w pełni poznany. Wyniki badań przedklinicznych wskazują, że farmakodynamiczny efekt tego leku wynika głównie ze zwiększenia ekspresji genów ochrony antyoksydacyjnej zależnych od pewnego

czynnika jądrowego (Nrf2). Wykazano jego właściwości przeciwzapalne i immunomodulacyjne. Hamuje on aktywację komórek układu odpornościowego oraz wynikające z niej uwalnianie prozapalnych cytokin. Zaktywowane komórki odpornościowe i wydzielane przez nie substancje (cytokiny) są odpowiedzialne za niszczące procesy w SM, które prowadzą do rozpadu mieliny, a w dalszym efekcie również neuronów i powstanie tzw. blaszek (plak) demielinizacyjnych, co na tym etapie jest już zjawiskiem nieodwracalnym.

Efektem działania leku jest spadek poziomu limfocytów we krwi, czyli limfopenia. W trakcie leczenia Tecfiderą w ramach badań klinicznych liczba limfocytów u pacjentów zmniejszyła się o około 30% w porównaniu do wartości początkowych. Średnia liczba limfocytów zmniejszała się w ciągu pierwszego roku, osiągając następnie plateau, czyli mniej więcej stałą wartość. Dlatego przed rozpoczęciem leczenia lekarz zleca pacjentowi pełną morfologię krwi, a później monitoruje zarówno poziom limfocytów, jak i funkcje wątroby i nerek. U niektórych pacjentów w badaniach klinicznych wyniki laboratoryjne ujawniły wzrost stężenia enzymów wątrobowych, ale w związku z tym leczenie przerwano w mniej niż 1% przypadków (podobnie u pacjentów leczonych produktem Tecfidera, jak i pacjentów otrzymujących placebo).

Leczenie Tecfiderą, mimo spadku poziomu limfocytów we krwi, nie wpływa na częstość występowania zakażeń. Funkcje ochronne organizmu pełnią bowiem jeszcze inne komórki układu odpornościowego. W organizmie dochodzi do rekompensacji „niedoboru” funkcji limfocytów innymi komórkami immunologicznymi w celu zapewnienia obrony przed patogenami. Prawdopodobnie dzięki ograniczeniu populacji limfocytów aktywność SM zostaje zmniejszona, co ma odzwierciedlenie w mniejszej ilości rzutów w ciągu roku, mniejszej progresji choroby, mniejszej liczbie nowych lub powiększających się zmian w obrazach T2-zależnych rezonansu magnetycznego oraz zmian wzmacniających się po podaniu kontrastu gadolinowego.

Zanotowano niestety kilka przypadków innego, niebezpiecznego działania niepożądanego leczenia fumaranem dimetylu, a mianowicie postępującej wielogniskowej leukoencefalopatii (PML – *Progressive Multifocal Leukoencephalopathy*). Polega ona

na „uaktywnieniu się” występującego u większości ludzi oportunistycznego wirusa Johna-Cunninghana (JCV), co może prowadzić do zgonu lub ciężkiej niesprawności. Chorobę tą najprawdopodobniej wywołuje połączenie kilku czynników. Do czynników ryzyka jej wystąpienia w obecności JCV należy nieprawidłowa odpowiedź immunologiczna lub osłabiony układ odpornościowy oraz potencjalnie genetyczne lub środowiskowe czynniki ryzyka.

Pacjent z postacią rzutowo-remisyjną SM, u którego w ciągu ostatniego roku wystąpił minimum 1 rzut kliniczny albo co najmniej 1 nowe ognisko wzmacniające się po podaniu kontrastu gadolinowego w okresie 12 miesięcy przed kwalifikacją ma szansę (przy spełnieniu jeszcze kilku innych kryteriów) na refundację tego leku, a dobrą wiadomością jest, że leczenie to będzie kontynuowane bez żadnego limitu czasowego tak długo, jak długo osiągnana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia u tego chorego.

Dzięki ciągłemu postępowi nauki i badań klinicznych, medycyna ma coraz to nowe i silniejsze oręża do walki z chorobami takimi jak np. stwardnienie rozsiane, a nas lekarzy cieszy fakt, że coraz lepsze i skuteczniejsze leki stają się dostępne dla polskiego pacjenta.

dr n. med. neurolog Agnieszka Machlańska

Komunikacja c.d.

Mowa niewerbalna

Jest to pierwotna forma komunikacji, znacznie starsza od mowy. Język ludzkiego ciała to najbardziej wiarygodny i uniwersalny język na świecie. Język ciała prawie zawsze odsłania prawdziwe intencje. W procesie komunikacji interpersonalnej słowa przekazują jedynie 7% informacji, 38% przekazuje brzmienie głosu a aż 55% zachowanie niewerbalne. Rozmawiamy zatem całym naszym ciałem.

Rola komunikacji niewerbalnej:

- Komunikowanie postaw i emocji

- Wspomaganie komunikacji językowej, uzupełnianie wypowiedzi słownej. Komunikat niewerbalny dostarcza rozmówcy mnóstwo bezcennych informacji.
- Podtrzymywanie komunikacji werbalnej.
- Zastępowanie mowy, gdy utrudniony jest kontakt werbalny. Gesty zastępują słowa, gdy np. odległość jest zbyt duża.
- Zaprzeczenie komunikacji słownej – nasze sygnały niewerbalne przeczą naszym słowom.
- Podkreślenie wagi wypowiedzianych treści. To wyeksponowanie określonego fragmentu wypowiedzi.

Głos – w skład barwy głosu wchodzi: wysokość głosu, natężenie i tempo mówienia. Zmiana barwy głosu może wskazywać na emocje, jakie odczuwa rozmówca, ich rodzaj oraz natężenie. Prawidłowe tempo mówienia to mniej więcej 80–120 słów wypowiedzianych w ciągu minuty.

Ważna jest także czystość mowy. To zaburzenia wypowiedzi, jąkanie się, mamrotanie, robienie pauz, nerwowy śmiech, wzdychanie, dźwięki – „eee”, „yyy”.

Co mówi o nas nasz sposób mówienia?

- Wyższa nuta głosu – silne reakcje wewnętrzne, takie jak podniecenie, gniew, frustracja.
- Niższy głos – chęć wycofania się rozmówcy z tematu, emocje doświadczane w stanie depresji.
- Głośnie wyrażanie się – podniecenie, strach, gniew.
- Obniżenie natężenia głosu – smutek, chęć wycofania się z rozmowy, niepewność, brak swobody.
- Wzrost tempa mówienia – poirytowanie lub podekscytowanie.
- Wolniejsze tempo mówienia – smutek, brak zainteresowania lub trudności w komunikowaniu się.
- Zaburzenia wypowiedzi, jąkanie, mamrotanie – stres, ukrywanie czegoś.
- Nerwowy śmiech – stres.
- Wzdychanie – depresja, pojawia się po długim stawianiu oporu.

Wskazówki:

- Jeśli chcemy przykuć uwagę słuchacza, podkreślić wagę sprawy – zwolnijmy tempo mówienia.
- Róbmy krótkie przerwy – są one korzystne dla słuchacza, jak również dla nas – pozwalają obu stronom uporządkować myśli i lepiej zrozumieć temat.
- Mówmy ciszej rzeczy ważne, ściszej głos, jeśli chcemy przykuć uwagę rozmówcy.

AKTYWNE SŁUCHANIE**Funkcje aktywnego słuchania w relacjach międzyludzkich:**

Słuchając dajemy naszemu rozmówcy poczuć naszą akceptację i chęć zrozumienia go. Aktywne słuchanie prowokuje drugą osobę do mówienia. Pozwala, by mówiła o tym, co czuje.

1. Właściwe słuchanie umożliwia mówiącemu odszukanie rozwiązania.
2. Pozwala osobie mówiącej uzmysłwić sobie na czym polega problem.
3. Uczy nie obawiać się własnych uczuć.
4. Zwiększa zaufanie między rozmówcami i chęć dalszego kontaktowania się.
5. Zmniejsza u rozmówcy stres związany z pewnym wydarzeniem.
6. Dystansujemy się do własnych sposobów myślenia, przeżywania

Jak powinien zachować się dobry słuchacz. Elementy aktywnego słuchania:**I. Komunikaty niewerbalne:**

- a. Koncentracja uwagi na tym, co mówi rozmówca. Nie przeszkadzanie mu w żaden sposób.
- b. Kontakt wzrokowy z rozmówcą – od 30 do 60% czasu rozmowy. Jeśli patrzenie w oczy sprawia nam trudność patrzymy na usta rozmówcy.
- c. Postawa nachylona nieco w stronę drugiej osoby, ale bez naruszenia jej obszaru prywatności.
- d. Kontrolowanie swojej mimiki – koncentracja, uśmiech.

- e. Wspieranie mówiącego gestami – kiwanie głową, lekkie przekręcanie głowy.
- f. Staramy się odzwierciedlać gesty i postawę rozmówcy.

Odzwierciedlanie – dostrojenie się do drugiej osoby, jej rytmu, ciągłe dopasowywanie się i odzwierciedlanie jej zachowania. Ważne jest to, aby nie „papugować”, wystarczy około 60% podobieństwa. Pomoże nam wczuć się w stan przeżywany przez rozmówcę, zmniejszy różnice między nami a drugą osobą i wytworzy subiektywne poczucie dzielenia wspólnej rzeczywistości.

Ludzie pozostający ze sobą w dobrym kontakcie:

- ✓ spontanicznie i nieświadomie przyjmują prawie identyczną pozycję ciała
- ✓ wykonują podobne ruchy ciałem, jak w lustrzanym odbiciu
- ✓ mówią do siebie głosem o podobnej sile, tempie i melodii

II. Komunikat werbalny:

- a. **Parafraza** – powtarzanie własnymi słowami tego, co powiedział nam nasz rozmówca. To poinformowanie współrozmówcy w jaki sposób zrozumieliśmy jego wypowiedź i upewnienie się, że prawidłowo wczuliśmy się w świat przeżyć drugiego człowieka. To streszczenie komunikatu drugiej strony, oddanie podstawowego sensu wypowiedzi własnymi słowami, oddanie uczuć. Nie należy także stawiać hipotez i wyrażać oceny. Komunikaty związane z parafrazą: Czy dobrze rozumiem? Jak dobrze rozumiem, główny problem to... Czyli krótko mówiąc chodzi o... Mówiłeś, że... Chcesz powiedzieć, że...
- b. **Dzielenie się własnymi uczuciami** – opowiadanie drugiej stronie o własnych przeżyciach, doświadczeniach. Taka otwartość jest bardzo pomocna. Buduje atmosferę wzajemnego zaufania. Ułatwia rozmówcy otwarcie się.
- c. **Empatia, zrozumienie uczuć rozmówcy**, odzwierciedlanie ich – pomoc w uświadomieniu rozmówcy jego uczuć. Spojrzenie na sytuację oczyma drugiej osoby, wcielenie się w jego subiektywny świat przeżyć i myśli. Pozwala rozmówcy poczuć się lepiej w trudnej sytuacji.

Magdalena Perzyńska – psycholog, doradca zawodowy

WIGILIA 2019

*„Cicha noc, święta noc
Pokój niesie ludziom wszem
A u żłóbka Matka Święta
Czuwa sama uśmiechnięta
Nad dzieciątka snem
Nad dzieciątka snem...”*

Święta Bożego Narodzenia są bez wątpienia jedynymi z najpiękniejszych dni w roku. Ten niezwykle zimowy czas przepełnia rodzinne ciepło, miłość i nieuchwytna magia. Czas zdaje się zwalniać jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki. W oknach rozbłyskują migotliwe światełka, kuchnie wypełniają się smakowitymi aromatami. Stoły odświętnie nakryte czekają na przybycie tych, których najbardziej kochamy. Nasze stowarzyszenie jak jedna wielka rodzina co roku wspólnie obchodzi to święto. Takie spotkania umożliwiają nam chorym podzielenie się swoimi doświadczeniami, co daje nam większą motywację do dalszego życia i funkcjonowania. Wigilia zawsze zapada głęboko w pamięci i sercach, pozwala czekać z nadzieją na następne spotkanie. Jak co roku Polskie Towarzystwo Stwardnienia rozsianego O/Łódź zorganizowało Wigilię w Hali Expo przy Alei Politechniki 4.

Spotkanie rozpoczęło przemówienie naszej Przewodniczącej Jolanty Kurylak-Osińskiej, która przywitała zaproszonych gości, wśród nich znaleźli się m.in.: Władysław Skwarka – Dyrektor O/Łódzkiego PFRON, ks. Piotr Kosmala – Proboszcz par. św. Urszuli Ledóchowskiej, Anna Mroczek – Dyrektor Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, Maciej Adamiec – Dyrektor Miejskiego Centrum Medycznego Bałuty, Małgorzata Świdorska – Kierownik Przychodni, Robert Prencel z Urzędu Miasta Łodzi Oddział ds. Osób Niepełnosprawnych, Małgorzata Fabiś z Centrum Rehabilitacji FMC, Joanna i Marek Więckowscy z firmy Poligraf, Sławomir i Lilianna Germaniuk, Janusz Wielgosz – choreograf, Agnieszka Machlańska – doktor neurolog, nasi rehabilitanci, tj. Andżelika Zaniewicz, Katarzyna Skurzyńska, Marcin Szczeciński, Maciej Piekarski oraz pracownicy biura na czele z Moniką Kozą, panią kierownik biura, jak również My członkowie stowarzyszenia.





Po słowie Bożym i krótkiej modlitwie wygłoszonej przez księdza tradycyjnie odbyło się składanie życzeń i łamanie opłatkiem, które jak co roku dostarczyło Nam wielu wzruszeń i wycisnęło niejednym z Nas łezkę w oku. Można powiedzieć, że wszystko odbyło się jak zawsze jednak... w tym roku uczestnicy „Klubu dla osób niesamodzielnych” działającego w ramach projektu „Zaprogramowani na pomaganie 2” zorganizowali Jasełka. Kiedy Agnieszka nasza animatorka klubu powiedziała Nam, że będziemy występować na Wigilii mieliśmy mieszane uczucia. Baliśmy się że nikt nie będzie Nas słuchał, że nie wypadniemy dobrze. Ale zawsze mogliśmy liczyć na naszego reżysera Agnieszkę ;-), dzięki której stres gdzieś ulatywał, a My stawialiśmy się pewni siebie, w końcu doszliśmy do wniosku, że nie mamy nic do stracenia i będziemy się dobrze bawić dając też radość innym. Było to wydarzenie wyjątkowe ponieważ takie przedstawienie odbyło się po raz pierwszy. Wszyscy uczestniczyliśmy w przygotowaniu kostiumów i rekwizytów, szczególnie podziękowania należą się Waldkowi za przygotowanie żółbka i ogniska oraz Bożence za pomoc w wyszukiwaniu kostiumów.

W przedstawieniu uczestniczyły następujące osoby: Elżbieta Łaszczevska – Narrator, Iwona Buczkowska-Sita – Kobieta I, Danuta Brodziak – Kobieta II, Krystyna Podlasek – Babcia, Zofia Czyżewska – Maryja, Marek Gajda – Józef, Waldemar Kłós – Herod, Ewa Kowańska-Mazur – Śmierć, Anna Lindner – Diabeł, Andrzej Drzewiecki – Marszałek, Mirosław Kądrzycki – Dworzanin, Anna Sałata – Czarownica, Ryszard Podwysocki – Kacper, Leszek Kwiecień – Baltazar, Urszula Kacprzak – Melchior, Jadwiga Wawszkowicz – Pasterz I, Barbara Markowska – Pasterz II, Barbara Szymczak – Pasterz III, Beata Hartwik-Tyszer – Anioł I, Jolanta Kochaniak – Anioł II. Echa naszego przedstawienia nie milkną do dziś. Jasełka udały się, były owacje na stojąco. Może nie tak dosłownie ;-), ale My byliśmy wspaniałymi aktorami. Teraz czekamy na propozycje z Teatrów aby grać na ich scenach, Przechodzimy do strefy kulinarnej, stoły były jak zawsze pięknie udekorowane i zastawione różnymi wigilijnymi przysmakami. W około było słycać rozmowy, śmiechy i wspomnienia z mijającego roku. Poczuliśmy się jak w domu, jak w wielkiej rodzinie. Dzięki takim spotkaniom zapominamy o chorobie i mile spędzamy czas. Mam nadzieję, że wszyscy spotkamy się za rok.

Ela Łaszczevska

Gdy „uciekają ci słowa” – funkcjonowanie poznawcze w stwardnieniu rozsianym

Procesy poznawcze to procesy, dzięki którym możliwe jest tworzenie i modyfikowanie wiedzy na temat tego, co nas otacza. Kształtują ludzkie zachowanie, pomagają odbierać, przetwarzać i przechowywać informacje z otoczenia, uczyć się i komunikować z innymi. Najprościej mówiąc jest to nasza uwaga, pamięć, spostrzeżenie, mowa, funkcje wzrokowo-przestrzenne, umiejętność myślenia abstrakcyjnego czy funkcje wykonawcze.

Funkcje wykonawcze są jednym z elementów procesów poznawczych, bądź według niektórych czynnikiem nadrzędnym, odpowiedzialnym za wyznaczanie celu działania (wiem co chcę zrobić i po co chcę to zrobić), uwzględnianie skutków zachowań (co się może wydarzyć jeśli to zrobię), tworzenie alternatywnych planów (co zrobię jeśli mi się nie uda, jak sobie wtedy poradzę), podejmowanie zachowania celowego (chcę i osiągnę określony rezultat), kontrolę jego przebiegu, zmianę zachowania zależnie od zaistniałych okoliczności.

U około 40-60% osób chorujących na SM dochodzi do zaburzenia funkcji poznawczych, niezależnie od stopnia niepełnosprawności fizycznej. W większości badań wskazuje się, że zaburzenia poznawcze częściej występują u chorych z postacią pierwotnie lub wtórnie postępującą niż nawracająco-zwalniającą i nieco częściej w postaci wtórnie niż pierwotnie postępującej. Można także spotkać się z przypadkami, w których jedynym objawem stwardnienia rozsianego są izolowane zaburzenia poznawcze i psychiczne. Pacjenci nie stanowią jednorodnej grupy, u niektórych zaburzenia nie występują wcale, a u innych objawy pojawiają się nagle w trakcie trwania choroby i stopniowo nasilają, zaburzając codzienne funkcjonowanie i obniżając jakość życia chorych. Najczęściej są to zaburzenia poszczególnych funkcji np. tylko mowy albo koncentracji uwagi. Pacjenci skarżą się na ogólne spowolnienie, relacjonują, że wykonanie im niektórych czynności zajmuje zdecydowanie więcej czasu niż wcześniej, częste są także kłopoty związane z zapamiętywaniem informacji i przyswajaniem nowego materiału, zaburzenia pamięci werbalnej – „uciekające

słowa”, czy kłopoty związane ze skupieniem się na jakiejś czynności.

Osoby ze stwardnieniem rozsianym, które doświadczają omawianych trudności są narażone na wycofanie z życia społecznego i zawodowego, częściej ograniczają kontakty z innymi, są mniej aktywne pod względem realizowania swoich pasji i zainteresowań, a także bardziej podatne na zaburzenia psychiczne np. depresję, co tylko potęguje występujące już zaburzenie. Dodatkowo czynnikami, które mogą nasilać deficyty funkcji poznawczych są zaburzenia nastroju (jednym z objawów depresji są kłopoty z koncentracją uwagi), zaburzenia lękowe, doświadczanie dolegliwości bólowych i w związku z tym stosowanie leków przeciwbólowych np. benzodiazepin, które pogarszają zdolności poznawcze, a także zmęczenie – fizyczne i psychiczne.

Specjaliści, w kompetencji których leży diagnoza i rehabilitacja procesów poznawczych to m.in. psycholodzy, neuropsycholodzy i neurologopedzi. Psycholog i neuropsycholog diagnozują problemy poznawcze, a następnie zlecają ćwiczenia i edukują w zakresie radzenia sobie z doświadczanymi problemami i emocjami, które im towarzyszą. Mogą to być konkretne ćwiczenia papierowe lub rehabilitacja z wykorzystaniem programów komputerowych, głównie dostępna w szpitalach.

Jak do tej pory brakuje metod pozwalających skutecznie leczyć zaburzenia funkcji poznawczych w przebiegu stwardnienia rozsianego. W zależności od przyczyn zaburzeń leczenie może przyjmować charakter terapii poznawczo-behawioralnej, farmakoterapii, stymulacji wielozmysłowej, treningu umiejętności społecznych, czy rehabilitacji neuropsychologicznej lub neurologopedycznej.

Dbanie o sprawność intelektualną powinno być tak samo ważne jak dbanie o zdrowie fizyczne, a w przypadku chorych na SM okazuje się być niemal konieczne. Psycholodzy zalecają podejmowanie nowych aktywności, działających korzystnie na procesy związane z neuroplastycznością mózgu, dostarczanie nowych i ciekawych bodźców np. wycieczki w nowe miejsca, poznawanie nowych kultur, rozwój artystyczny, wyjście do muzeum, teatru, na koncert, nauka języka obcego, granie w gry planszowe, układanie puzzli czy utrzymywanie kontaktów towarzyskich.

Nie wszyscy chorzy są świadomi problemu. Lekarze i pozostali personel medyczny często pomijają aspekty związane z funkcjonowaniem poznawczym pacjentów z SM, niewielu pacjentów przyznaje, że miało okazję porozmawiać o doświadczanych problemach z lekarzem czy psychologiem. W ostatnich latach wraz z holistycznym trendem w postrzeganiu pacjenta, tematyka ta staje się co raz bardziej powszechna. Aktualnie prowadzi się wiele badań poświęconych leczeniu procesów poznawczych i nastawionych na skuteczność podejmowanych terapii, zarówno farmakologicznych i pozafarmakologicznych, nastawionych na oddziaływania terapeutyczne, które mogą okazać się niezbędne w przyszłym leczeniu pacjentów chorujących na stwardnienie rozsiane.

Natalia Gurowska – psycholog

Dieta zimą...

Zima to czas odpoczynku w przyrodzie.

Przygotowując się do wiosny powinniśmy zadbać również zimą o nasz organizm, spożywając regularnie energetyczne, ciepłe zupy. Luty i marzec – najtrudniejsze dwa miesiące gdyż nie ma jeszcze świeżych warzyw to dobry czas na hodowanie kiełków, szczypiorku i pietruszki, rzeżuchy na parapecie w kuchni oraz na jedzenie domowych weków. Pozostają warzywa i owoce, które można długo przechowywać przez zimę jak ziemniaki, cebula, seler, buraki, jabłka.

Na wiosnę, w celu oczyszczenia organizmu zaleca się przeprowadzenie lekkiej diety warzywnej, połączyć z kaszą jaglaną (monodiety) bez soli i cukru 7–14 dni.

Wiosenny napój chlorofilowy

garść sparzonych, majowych liści pokrzywy
mała garść liści mięty lub bazylii
zielona pietruszka
swoje sadzone kiełki
sok z cytryny



sok z jabłka
łyżeczka oliwy
łyżeczka miodu

Zmiksować, wypić.

Flaczki z boczniaków

500 g boczniaków
włoszczyzna
1 cebula
2 liście laurowe
3 ziela angielskie
½ łyżeczki imbiru
1 łyżeczka majeranku
½ łyżeczki lubczyku
2 litry wody
kilka łyżek oleju
sos sojowy lub sól himalajska (lub sól kłodawska)

Przygotowanie:

1. Boczniaki oczyścić starannie papierowym ręcznikiem, pokroić w paseczki. Marchew, pietruszkę i seler obrać i pokroić w drobną kostkę, cebulę drobno posiekać.
2. Na dnie dużego garnka rozgrzać olej, dodać pokrojone warzywa i grzyby wraz z liśćmi laurowymi i zielem angielskim i dusić przez 15 minut na niedużym ogniu.
3. Kiedy warzywa się podduszą wsypać pozostałe przyprawy oraz wodę z łyżeczką soli. Gotować pod przykryciem kolejne 15–20 minut do czasu, aż warzywa będą miękkie. Na koniec doprawić do smaku solą i czarnym pieprzem.

Indyjska zupa „SAMBAR” z czerwonej soczewicy

Do dużego garnka (np. 5 l) wlać trochę ponad połowę zimnej wody, posolić (1–2 łyżeczki stołowej), dodać 2 liście laurowe i prze-

płukaną na sicie czerwoną (pomarańczową soczewicę) w ilości 300–400 g. Gotujemy.

Drobno posiekać 3–4 cm kłącza świeżego imbiru i 1 cebulę; cebulę łagodnie zeszklić na rozgrzanym tłuszczu, dodając 1 łyżkę kuminu, szczyptę chili i 1 łyżkę kolendry oraz łyżkę ziół prowansalskich (lub innych do smaku). Gdy wszystko się dobrze podsmaży, dodać kilka pokrojonych pomidorów (lub dobrej jakości przecieru pomidorowego), wymieszać i dusić kilka minut mieszając drewnianą łyżką i uważając, by nie przypalić.

Posiekać lub utrzeć na tarce 2–3 duże marchewki, 1 dużą pietruszkę i ewentualnie 3–4 średnie ziemniaki. Dodać do gotującej się zupy. Gotować kilka minut (jeśli warzywa są pokrojone w kostkę lub plasterki, trzeba gotować dłużej). Następnie dodać 2 cukinie pokrojone w kostkę lub połówki talarków oraz pokrojone na drobne kawałki 2–3 łodygi selera naciowego. Dodać je do gotującej się zupy i gotować kolejne kilka minut.

Wlać pomidory z patelni. Można dodać 1 puszkę mleka kokosowego. Gotować kolejne kilka minut. Dodać 1 łyżeczkę garam masala. Dodać sok z ćwiartki cytryny, 2 łyżeczki skórki otartej z cytryny, 1 łyżeczkę czarnuszki i 1 łyżeczkę kurkumy. Wymieszać.

Podawać zupę na ciepło, na talerzu dodać oleju rydzowego lub lnianego, można przybrać koperkiem lub inną zieleniną.

W razie potrzeby można modyfikować ilość poszczególnych składników wedle własnych upodobań.

Zupa z ciecierzycą i soczewicą

½ szklanki ciecierzycy namoczonej przez noc i ugotowanej do miękkości

½–1 szklanki czerwonej lub zielonej soczewicy

1 szklanka passaty pomidorowej lub przecieru pomidorowego

1 szklanka krojonych pomidorów

1 cebula

1 mała marchewka

2 litry wody

½ łyżeczki słodkiej papryki

2 ziarna ziela angielskiego
pęczek kolendry
kilka gałązek pietruszki
olej do smażenia



Przygotowanie:

1. Cebulę i marchewkę obrać, a następnie zetrzeć na grubych oczkach. Na dnie dużego garnka rozgrzać olej, dodać pokrojone warzywa, wymieszać i dodać przyprawy.
2. Podsmażać przez około 5 minut na niewielkim ogniu. Następnie dodać pomidory i wszystko dokładnie wymieszać, smażyć kolejne 5 minut.
3. Na sam koniec dodać soczewicę, wszystko porządnie wymieszać i wlać wodę. Przykryć, gotować około 20–30 minut od momentu zagotowania się wody – czerwona soczewica powinna się rozpaść, a zielona wciąż być w całych ziarenkach. Wtedy należy dodać ciecierzycę i gotować kolejne 2–3 minuty. Na koniec spróbować, doprawić do smaku solą.

Zupa z amarantusa

2 łyżki nasion amarantusa, 3 szklanki wody, ½ pora, 1 marchew, 2 łyżki płatków owsianych, plasterki świeżego imbiru, sól, pieprz ziołowy, 1 łyżeczka sklarowanego masła, 3 łyżeczki miso, szczypta rozmarynu, sok z cytryny.

Zagotuj wodę, dodaj szczyptę rozmarynu oraz amarantu, masło, startą marchew, por, płatki i imbir. Gotuj 25–30 minut. Miso wymieszaj w małej ilości przegotowanej wody i dodaj do zupy. Przypraw zupę sokiem z cytryny i szczyptą soli.

Justyna Ossowska – dietetyk Tradycyjnej Medycyny Chińskiej, doradca żywieniowy, konsultant Biologii Totalnej, studentka 3 roku materia medica ziół chińskich w szkole TOMO,

od 7 lat prowadzi Pracownię Odżywiania Naturalnego Kura Modowa w Łodzi. Więcej przepisów w kolejnym numerze biuletynu.

Wycieczka do Częstochowy...

W dniu 17.11.2019 r. uczestnicy naszego „Klubu dla osób niesamodzielnych” realizowanego w ramach projektu pt. „Zaprogramowani na pomaganie 2” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014–2020 wyjechali do Częstochowy, a precyzyjniej mówiąc na pielgrzymkę na Jasną Górę.

Wyruszyliśmy o 8 rano, nawet udało się bez opóźnienia wyruszyć, co jest sukcesem. Podczas podróży w kierunku Częstochowy wykorzystaliśmy czas na przećwiczenie naszych ról do przedstawienia wigilijnego, jakie będziemy przedstawiać po raz pierwszy podczas wigilii, która odbędzie się w dn. 15.12.2019 r.

Nasz kierowca zadbał o to aby podjechać jak najbliżej naszego celu podróży. Pogodę mieliśmy wprost wymarzoną. Przez cały czas pobytu świeciło słończko. Spacer do Sanktuarium Matki Boskiej Częstochowskiej zajął nam troszkę czasu, było wiele radości i zaczęło się fotografowanie wszystkiego co nas zainteresowało. Również i nasza grupa ma wspólne zdjęcie, jakie nam zrobiła animatorka naszego klubu Agnieszka. Po wejściu na plac przed wejściem do Kaplicy Matki Bożej Jasnogórskiej mieliśmy czas wolny, który każdy wykorzystał na swój sposób. My poszliśmy do Kaplicy i mieliśmy możliwość uczestnictwa w zasłonięciu Najświętszego obrazu. Dzięki niemu Jasna Góra stała się w XV w. jednym z największych sanktuariów maryjnych w Polsce. O początkach Obrazu i jego dziejach do 1382 r., nie posiadamy pewnych i ściśle historycznych wiadomości – jedynie tradycję i różne pobożne podania. Według tradycji, Obraz Jasnogórskiej Pani miał malować św. Łukasz Ewangelista jeszcze za życia Najświętszej Pani. Ta sama tradycja podaje nawet, że Obraz jest malowany na płycie stołu używanego przez świętą Rodzinę w Nazarecie. W IV wieku św. Helena, matka cesarza Konstantyna Wielkiego, miała przywieźć ze sobą ten Obraz do Konstantynopola. Tam doznawał on wielkiej czci i był pomocą w chwilach zwłaszcza wielkich nieszczęść jak zaraźliwe choroby, epidemie itp.





Okolo wieku IX czy X Obraz powędrował na północ, gdzie ostatecznie na stałe spoczął w zamku Bełzkim, na północny wschód od Lwowa, na Rusi Czerwonej. W roku 1382 Władysław, książę Opola, w imieniu króla Ludwika Węgierskiego sprawował rządy na Rusi. Książę chcąc zabezpieczyć Obraz przed ewentualnym zbezczeszczeniem ze strony pogańskich Tatarów (raz podczas oblegania zamku Bełzkiego strzała tatarska wpadając przez okno kaplicy ugodzić miała w szyję Matki Bożej), postanowił przewieźć Obraz do Opola na Śląsk. Kiedy w drodze zatrzymał się na krótki odpoczynek w Częstochowie u podnóża, kościółka na Jasnej Górze, Matka Boża miała mu dać poznać Swą wolę, iż chce tutaj właśnie pozostać. Opolczyk pozostał więc Obraz na Jasnej Górze, oddając go pod opiekę białym Ojcom Paulinom.

Następnie poszliśmy zwiedzać Sanktuarium Jasnej Góry z jej zabytkami między innymi: Skarbiec i Muzeum 600-lecia, Golgotę Jasnogórską znajdującą się na murach obronnych, salę rycerską, kaplicę różańcową, Bastion św. Rocha – „Skarbiec Pamięci Narodu”. Bastion ten był od 1991 roku systematycznie konserwowany, co doprowadziło do odsłonięcia oryginalnych murów pamiętających o oblężeniu szwedzkie Jasnej Góry w czasie „potopu” w 1655 roku. Wystawa obejmuje prawie 500 eksponatów, głównie wota powstałe do końca istnienia niepodległej I Rzeczypospolitej, a więc do około 1795 roku. Podstawowym elementem składowym ekspozycji jest cenny zbiór zabytkowej broni z różnych epok, nawiązujący do funkcjonowania garnizonu wojskowego na Jasnej Górze. Na koniec mieliśmy okazję uczestniczyć w odsłonięciu Cudownego obrazu oraz we mszy świętej. Po pożegnaniu się z Jasnogórską Panią udaliśmy się na posiłek – obiad w restauracji Cztery Pory Roku, mieszczącej się w zabytkowej kamienicy tuż przy Sanktuarium. Posiłek ten zakończył nasz pobyt w Częstochowie. Cały czas naszą opiekunką była Agnieszka, która wywiązała się ze swojej roli znakomicie. Podziękowania również dla naszej wolontariuszki Basi. Droga powrotna przebiegła nam w spokoju. Oczekujemy teraz na następne nasze wspólne wyjazdy, które wzbogacą nas o nowe wrażenia i emocje.

Iwona Sita
Leszek Kwiecień

Rola rehabilitacji w leczeniu SM

Rehabilitacja jest definiowana jako proces, w którym osoba niepełnosprawna nabywa wiedzę i umiejętności potrzebne do maksymalnego wykorzystania pozostającej do jej dyspozycji funkcji ruchowych, psychologicznych i społecznych.

Stwardnienie rozsiane jest chorobą trwającą całe życie i trwale upośledzającą funkcje organizmu.

Rehabilitacja odgrywa ważną rolę terapeutyczną i powinna obejmować wiele aktywności powodując współpracę specjalistów z różnych dziedzin, m.in. psychologów, urologów, logopedów, specjalistów od rehabilitacji zawodowej, rehabilitantów, pielęgniarek i neurologów.

Bardzo ważna jest indywidualizacja procesu rehabilitacji chorego na SM, gdyż choroba przebiega bardzo indywidualnie. Na początku rehabilitacji powinny być ustalone zarówno cele krótkoterminowe a także długoterminowe, do których chory powinien dążyć we współpracy z zespołem rehabilitacyjnym.

FORMY REHABILITACJI PACJENTÓW Z SM.

- rehabilitacja ruchowa czyli kinezyterapia
- rehabilitacja urologiczna
- rehabilitacja mowy
- rehabilitacja społeczna (środowiskowa)
- rehabilitacja zawodowa
- rehabilitacja psychologiczna.

Nie ma jednego uniwersalnego zestawu ćwiczeń tylko dla pacjentów z SM. Stosuje się ćwiczenia, których celem jest zwiększenie siły mięśniowej, utrzymanie pełnego zakresu ruchów biernych w stawach, poprawa ogólnej kondycji chorego, normalizacja napięcia mięśniowego, przeciwdziałanie zanikom mięśni wynikającym z niedowładów i wpieranie prawidłowej koordynacji ruchu.

Pacjentom z SM zaleca się:

- ćwiczenia rozciągające
- ćwiczenia dynamiczne
- zwiększające siłę mięśni

- ćwiczenia równoważne i koordynacyjne poprawiające zborność ruchu.

Bardzo przydatne są ćwiczenia ruchowe wykonywane z odciążeniem, co umożliwi odpowiednią obciążeniową pozycję ciała albo system podwieszek zmniejszających ciężar ciała powoduje że pacjent wielokrotnie powtórzy ruch bez narastającego zmęczenia. Taką samą funkcję spełniają ćwiczenia w wodzie. Zastosowanie wody o obniżonej temperaturze sprzyja poprawie funkcji ruchowej a u pacjentów z zaburzeniami widzenia poprawia wzrok. Wysilek i wzrost temperatury ciała w czasie ćwiczeń może powodować przejściowe zaburzenia widzenia i nasilenie się innych objawów neurologicznych.

Ćwiczenia rehabilitacyjne nie powinny być zbyt intensywne. Po osiągnięciu pierwszego progu zmęczenia trzeba przerwać ćwiczenia i nie powinny też prowadzić do przegrzania organizmu.

Ćwiczenia powinny być interesujące aby zachęcić chorego do realizacji. W trakcie ćwiczeń należy stosować kilkunastominutowe przerwy na odpoczynek, w czasie którego trzeba wykonywać ćwiczenia oddechowe. Ważną rolę odgrywają też ćwiczenia rozpoznawania zucia ułożenia.

Każdy pacjent powinien ćwiczyć we własnym tempie bez nadmiernego pośpiechu i rygoru.

Poza tradycyjną kinezyterapią, stosuje się metody funkcjonalnej rehabilitacji której celem jest odtworzenie naturalnego ruchu całego ciała. Stosuje się dwie metody:

1. Metoda PNF
2. Metoda Bobath.

W metodach tych wykorzystuje się zachowaną funkcję w sprawnych częściach ciała do wykonania maksymalnie możliwego ruchu całościowego, nie koncentrują się na pojedynczych, prostych ruchach ale na złożonych, globalnych, które umożliwiają wykonanie danej funkcji. Rehabilitacja w Stwardnieniu Rozsianym (SM) ze względu na charakterystykę choroby jest procesem złożonym, długofalowym i kompleksowym. W procesie usprawniania i przeciwdziałania skutkom choroby nie możemy mówić o pewnych schematach postępowania terapeutycznego. Każdy pacjent jest inny i wymaga przygotowania osobnego programu rehabilitacyjnego. W związku z powyższym, nie

można mówić o standardowym zestawie ćwiczeń usprawniających dla wszystkich chorych na SM. Kluczowa dla procesu usprawniania jest indywidualizacja postępowania.

PNF (Prorioceptive Neuromuscular Facilitation) Torowanie Nerwowo Mięśniowe – jest to jedna z najstarszych metod terapeutycznych stworzona w 1946 roku, przez niemieckiego neurofizjologa dr Herman’a Kabat oraz fizjoterapeutkę Maggie Knott. Od tamtej pory po dzisiejszy dzień, jest ona nieustannie rozwijana i doskonała. Celem tej metody jest praca nad funkcją, której dany chory aktualnie potrzebuje. Ogólna zasada PNF’u polega na wykorzystaniu silnych i zdrowych rejonów ciała, gdzie na zasadzie synergizmów wzmacniamy rejon słabsze poprawiając tym samym ich funkcję.

Neuromobilizacja wpływa w sposób pośredni na centralny układ nerwowy, rozklejając blizny łącznotkankowe powstałe w miejscach przebytych ognisk zapalnych. W ten sposób zmniejszamy spastyczne napięcie mięśniowe oraz poprawia czucie zarówno powierzchowne jak i głębokie.

Terapia Manualna wg koncepcji Brian’a Mulligan’a – jest to innowacyjne podejście do terapii manualnej. Połączenie mobilizacji stawów obwodowych i przedłużonych ślizgów w stawach kręgosłupa z fizjologicznym ruchem czynnym pacjenta, ewentualnie biernym wykonywanym przez terapeutę. Przez ruch wykonywany podczas zabiegu mobilizacyjnego terapeuta będąc cały czas w kontakcie z pacjentem, ma pełną świadomość skuteczności wykonywanej techniki. Warto pamiętać, że szczególnie w SM przed wykonaniem mobilizacji powyższą metodą, należy najpierw popracować na okalających staw tkankach miękkich w celu zmniejszenia ich patologicznego napięcia, a następnie wykonać mobilizację stawu, w przeciwnym wypadku efekt terapeutyczny będzie zdecydowanie mniejszy.

Taping Medyczny (Kinesio Taping) – dzięki elastycznym plasterom aplikowanym bezpośrednio na powierzchnię skóry, możemy uzyskać efekt terapeutyczny w postaci zmniejszenia spastycznego napięcia mięśniowego, w wyniku którego następuje; zdecydowana poprawa

trofiki tkanek podskórnych, zwiększenie biernego oraz czynnego zakresu ruchomości w stawach, poprawa siły mięśniowej, zwolnienie ucisku otaczających tkanek miękkich na receptory bólowe – powodując tym samym zmniejszenie doznań bólowych pacjenta. Zdecydowaną zaletą tej metody jest to, iż plastry aplikuje się na 2–4 doby przez co działają one nieprzerwanie na tkanki przez dłuższy czas.

Współczesne metody diagnostyki i leczenia tkanek miękkich:

- Techniki Energizacji Mięśni (MET)
- Mięśniowo-Powięziowe Rozluźnianie
- Terapia Punktów Spustowych
- Techniki Aktywnego Rozluźniania
- Dysbalans Mięśniowy

Wszystkie wyżej wymienione techniki skupiają się na tkance miękkiej, która łączy, wspiera lub otacza narządy organizmu, a nie jest tkanką kostną. Wykorzystywane są w stwardnieniu rozsianym gdyż objawy zmian w obrazie neurologicznym tej choroby najbardziej widoczne są właśnie w tkankach miękkich.

Podsumowując, celem terapii osób chorych na Stwardnienie Rozsiane (SM) jest przywrócenie funkcji i aktywności dnia codziennego w sposób najbardziej zbliżony do normy.

Kiedy wykonamy szereg zabiegów, a stan pacjenta ulega poprawie, chcemy ten stan rzeczy utrzymać jak najdłużej poprzez dobranie do terapii odpowiednich ćwiczeń; wzmacniając bodźce czucia głębokiego, zapewniając odpowiednią długość i elastyczność mięśni, ścięgien, powięzi czy wprowadzając trening ekscentryczny oraz plyometryczny w celu zachowania koordynacji, siły i wydolności mięśniowej. Należy pamiętać, iż SM jest chorobą o nieznanym etiologii, a nasze działania dążą do ograniczenia skutków choroby, poprawy jakości życia oraz zmniejszenia jej objawów. Trwałe i nieodwracalne (na dzień dzisiejszy) uszkodzenia mieliny komórek nerwowych oraz samych aksonów rodzi konieczność ciągłej rehabilitacji. Niezwykle ważnym aspektem dla skutecznej terapii jest sumienna praca pacjenta i stosowanie się do zaleceń fizjoterapeuty, szczególnie w okresach między turnusami rehabilitacyjnymi.

Katarzyna Mochnał – fizjoterapeuta

c.d. w kolejnym numerze biuletynu

Co nowego w naszym mieście?

W dniu 4 grudnia 2019 r. odbyło się kolejna debata dla pacjentów z SM z cyklu „Zobaczyć niewidocznych – zatrzymać progresję w SM” poświęcona nowym terapiom i postępowaniu w stwardnieniu rozsianym organizowane przez Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego. Celem debaty było wsparcie informacyjne i poszerzenie wiedzy uczestników na temat działania systemu leczenia refundowanego w stwardnieniu rozsianym oraz budowa kompetencji postaw u pacjentów doświadczających progresji w SM. Przewodniczący Rady Głównej Tomasz Połec powitał uczestników, przedstawił cel spotkania, przebieg oraz prelegentów. Debatę rozpoczął prof. Mariusz Stasiołek, który przedstawił szczegółowo tematy debaty i przekazał prowadzenie spotkania doc. Marioli Świderek-Matysiak. Uczestnicy mieli okazję posłuchać o epidemiologii, leczeniu, ale także życiu ze stwardnieniem rozsianym.



Przewodniczący PTSR Tomasz Połec przypomniał, jak długą drogę przebyliśmy w tym zakresie walcząc o zniesienie kolejnych barier refundacyjnych, przypomniał ograniczenia czasu terapii. Pacjenci poruszyli wiele interesujących ich tematów takich jak diagnostyka, leczenie, przebieg choroby, wartość dostosowanej do potrzeb pacjentów z SM rehabilitacji prowadzonej przez specjalistów czy inne mniej typowe terapie takie jak przeszczep szpiku w SM. Nasi goście podkreślali wagę wsparcia oferowaną przez Oddział Łódzki PTSR w zakresie wsparcia rehabilitacyjnego i społecznego.

Redakcja

Co, gdzie, kiedy w Oddziale Łódzkim PTSR?

- Biuro Oddziału Łódzkiego PTSR czynne jest od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00–16.00, 91-496 Łódź, ul. Nastrojowa 10, **KRS 000049771** tel./fax: 42 649 18 03, lodz@ptsr.org.pl, www.lodz.ptsr.org.pl
- Spotkania członków Koła PTSR w Zgierzu w każdy ostatni wtorek miesiąca w godzinach 14.00–18.00, Miasto Tkaczy, ul. Rembowskiego 1, tel. 42 715 00 53

OGŁOSZENIA:

- Zgłoszenia na rehabilitację zarówno w domu chorego, jak i w ośrodkach rehabilitacyjnych przyjmujemy w godz. 8.00–16.00 w siedzibie stowarzyszenia lub telefonicznie.
- Sala rehabilitacyjna w naszej siedzibie jest dostępna dla chorych i opiekunów od poniedziałku do piątku.
- Zapraszamy na zajęcia terapii zajęciowej i emisji głosu, które odbywają się w siedzibie stowarzyszenia.
- Zapraszamy na zajęcia choreoterapii i ceramiki.

WAŻNE ADRESY:

MOPS

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łodzi
 Łódź, ul. Kilińskiego 102/102a
 tel. 42 632 40 34, 42 636 63 99, 42 637 13 42

PFRON

Oddział Państwowego Funduszu Rehabilitacji
 Osób Niepełnosprawnych
 Łódź, ul. Kilińskiego 169, tel. 42 20 50 100

NFZ

Łódzki Oddział Wójewódzki NFZ
 90-032 Łódź, ul. Kopcińskiego 56
 tel. 42 194 88; 42 275 40 30

Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego w siedzibie PTSR O/Łódź:

- chodziki – czterokołowe, trójkołowe
- balkoniki – stałe, kroczące, dwukołowe
- wózki inwalidzkie
- kule i laski – łokciowe, pachowe, dla niewidomych
- rowery treningowe
- rotory – mechaniczne i elektryczne
- drobny sprzęt do ćwiczeń – pałki, piłki, wałki, taśmy, materace
- sprzęt do masażu: aparaty do masażu miejscowego, masażery taśmowe, materace masujące, maty masujące, wodne masażery do stóp
- materace przeciwodleżynowe
- sprzęt pomocniczy: krzesła prysznicowe i nawannowe, elektryczne podnośniki wannowe, koce i poduszki elektryczne.

Wykonujemy zabiegi:

- zmiennym polem magnetycznym (Unitron pMF),
- światłem spolaryzowanym „SOLARIS” (Biopton),
- masaż uciskowo-sekwencyjny,
- masaż na fotelach masujących.

Ośrodki:

- **Dąbek**
Krajowy Ośrodek Mieszkalno-Rehabilitacyjny dla osób chorych na SM w Dąbku
06-561 Stupsk Mazowiecki, tel. 23 653 13 31
www.komrdabek.pl, e-mail: dabek@idn.org.pl
- **Borne Sulinowo**
NZOZ Centrum Rehabilitacji dla Osób Chorych na SM,
78-449 Borne Sulinowo, ul. Szpitalna 5
tel. 94 373 38 05, fax 94 373 38 06
www.centrumsm.eu, e-mail: borne@centrumsm.eu



