

DIAGNOSTYKA I LECZENIE | DZIAŁANIA | WSPARCIE OSÓB CHORYCH NA SM

# SM EXPRESS

ISSN 2299-9647

12/2025 nr 124



POLSKIE TOWARZYSTWO  
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

TEMAT NUMERU  
**Zaktywizuj się  
ruchowo**



Tomasz Połec  
Przewodniczący Rady Głównej  
Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego

## Drodzy Państwo,

Koniec roku zawsze nastroja nostalgicznie, uświadamiamy sobie nieuchronność upływu czasu, doświadczamy pokusy, aby spojrzeć na swoje życie starając się zachować dystans. Ale nie zawsze się to udaje, bo często przeżycia były zbyt silne i nie sposób wspominać o nich bez emocji. Do tego koniec roku w naszej tradycji to przecież Święta Bożego Narodzenia, święta, które w samej swej istocie skłaniają do zadumy, do spotkań rodzinnych, do wspomnień. Z jednej strony jest radość, bo przecież Bóg się rodzi, ale też uświadamiamy sobie jak szybko następują wokół nas zmiany, czasem na lepsze, ale czasem nie... Czy ten odchodzący rok był dla PTRS udany? Można powiedzieć, że raczej tak, bo przecież wciąż formalnie osoby z SM mają otwartą drogę do pełnej gamy leków i każdy, kto usłyszy diagnozę jest włączany do refundowanego leczenia. Jednak gdzieś na horyzoncie pojawiają się, na razie niewielkie, symptomy trudności. Wiadomym jest, że prowadzimy bezpłatną infolinię i zdarza się, że zgłaszają się do nas osoby, które nie trafiły do programu i na własną rękę szukają placówki, która przyjąłaby je do leczenia. Na razie udaje się znaleźć takie miejsce, ale mając złe doświadczenia z przeszłości zaczynamy się trochę niepokoić, aby nie powtórzyły się sytuacje sprzed kilkunastu lat. Z czasów, gdy ograniczano dostęp do leczenia, z czasów, gdy PTRS musiało prowadzić naprawdę twardą walkę o prawa osób z SM. Cały czas mam nadzieję, że to

Wydawnictwo SM Express jest współfinansowane w ramach projektu „Wspieramy aktywność” przez:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

**Adres redakcji:** ul. Nowolipki 2a,  
00-160 Warszawa

**Kontakt z redakcją:** [redakcja@ptrs.org.pl](mailto:redakcja@ptrs.org.pl)

**Wydawca:** Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, ul.  
Nowolipki 2a, 00-160 Warszawa, [www.ptrs.org.pl](http://www.ptrs.org.pl), tel (22)  
241 39 86

**Skład i grafika:** DOBRY GRAFIK Marta Klimkowska

**Zdjęcia:** [www.unsplash.com](http://www.unsplash.com), [www.pixabay.com](http://www.pixabay.com)

Wszelkie prawa zastrzeżone. Redakcja zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmian tytułów.



się powtórzy, ale słysząc niektórych polityków zaczynam poważnie się niepokoić. Zamykanie oddziałów w szpitalach, polityka likwidacji kolejnych placówek, zaległości w wypłatach na konieczne zabiegi przez NFZ nie wróżą niczego dobrego. Ale miejmy nadzieję, że obawy się nie ziszczą. Natomiast dla naszej organizacji kończący się rok był raczej udany. Zrealizowaliśmy wszystkie zaplanowane działania: spotkaliśmy się na Abilimpiadzie, odbył się wspaniały koncert charytatywny Teatru Tańca Uniwersytetu Warszawskiego „Warszawianka” na rzecz PTSR, która jak zawsze zachwyca swym kunsztem, nasze oddziały prowadzą swoje projekty, dzięki którym osoby potrzebujące otrzymują wsparcie. Wyróżniliśmy odznaczeniami, podziękowaniami i tytułami osoby publiczne i prywatne za pracę na rzecz chorych na SM w trakcie uroczystej Gali SyMfonia serc. Udało się po raz drugi zorganizować konferencję naukową „Stwardnienie rozsiane. Wiem więcej”, w której uczestniczyło ponad 300 osób. Jest to swoisty fenomen, ponieważ zainteresowani przyjeżdżają na swój koszt, zatem program jest tak atrakcyjny, że chce się im poświęcić weekend no i trochę grosza, aby uczestniczyć w wydarzeniu. Wciąż działamy też w organizacjach międzynarodowych zajmujących się SM i, co należy podkreślić, byliśmy widocznymi na corocznej konferencji ECTRIMS, na której mogliśmy zaprezentować swoje badanie

dotyczące leczenia osób z SM w Polsce. To wielkie wyróżnienie, ale też podkreślenie naszej pozycji w szeroko rozumianym środowisku SM. A co będzie w przyszłym roku? Cóż - tego nie wie nikt z nas. Miejmy nadzieję, że będzie nie gorszy niż ten odchodzący. Dla nas, dla PTSR ważnym wydarzeniem będzie z pewnością Walne Zgromadzenie Delegatów PTSR, podczas którego po raz kolejny dokonamy wyboru nowych członków Rady Głównej. Obojętnie od wyników wierzę, że Delegaci wybiorą dobrze i nasze stowarzyszenie nadal pozostanie liderem w staraniach o dobrą sytuację osób z SM.

Tomasz Połec

TEMAT NUMERU

# Zaktywizuj się ruchowo



# SM EXPRESS

## spis treści

### temat numeru

Aktywność ruchowa ważna jest na każdym etapie choroby! .....	6
“Proszę się więcej ruszać” nie działa .....	10
Trening siłowy w stwardnieniu rozsianym .....	14
Dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.....	18
Sport mimo wszystko.....	21
Kinezjofobia.....	24

### warto wiedzieć

Czym są leki generyczne i biopodobne? .....	26
Nowe kryteria McDonalda do diagnozy SM .....	28

### organizacja

Za nami druga edycja konferencji "SM. Wiem więcej" .....	30
--	----

### życie z SM

Cukier krzepi czy nie krzepi? .....	33
Umiesz się zachwycać? .....	37
Bieg z przeszkodami po rentę – część trzecia .....	39

### mól książkowy

Mól książkowy.....	41
--------------------	----

# Aktywność ruchowa ważna jest na każdym etapie choroby!

Rozmowa z prof. IPIŃ Iwoną Sarzyńską-Długosz, specjalistką neurolog i rehabilitacji medycznej, byłym kierownikiem Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, członkinią Polskiego Towarzystwa Neurologicznego (PTN), wiceprzewodniczącą Sekcji Neurorehabilitacji (PTN), członkinią Zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji (PTReh).

*Pani Profesor, dlaczego aktywność fizyczna jest tak ważna dla osób ze schorzeniami neurologicznymi, w tym osób ze stwardnieniem rozsianym?*

Aktywność fizyczna jest właściwie niezbędna dla każdego z nas do zachowania prawidłowego funkcjonowania, ale ma szczególną rolę u osób z rozpoznaniem choroby przewlekłej, w tym choroby neurologicznej, która potencjalnie może prowadzić do niepełnosprawności. Wdrożenie nowoczesnych, bardzo wysokoefektywnych terapii w stwardnieniu rozsianym ogranicza postęp niepełnosprawności, ale aktywność fizyczna jest czymś, co możemy zastosować u każdego, niezależnie od jego stanu zdrowia. Oczywiście musi być ona dostosowana do aktualnego stanu funkcjonowania danej osoby i tego, jaki był jej „przedchorobowy” stopień aktywności. Zależy nam, by dzięki aktywności utrzymać dobrą albo jak najlepszą wydolność fizyczną, prawidłową mobilność, czyli prawidłowe zakresy ruchu w stawach oraz prawidłową siłę i masę mięśniową, bo wpływa ona również na utrzymanie prawidłowej tkanki kostnej.

*Zatem aktywność ruchowa powinna być stosowana przez osoby z chorobą przewlekłą, ale czy również możemy myśleć o niej jako prewencji, o naszym zasobie na przyszłość?*

Absolutnie! Każdy z nas przed rozpoznaniem choroby - jakiegokolwiek - powinien być aktywny fizycznie, bo to jest element zdrowego stylu życia, który warunkuje nam jak najlepszą naszą sprawność, wydolność. Daje nam to, jak ja to czasem nazywam, „wysoki poziom startowy” w momencie, kiedy pojawi się niepełnosprawność z jakiegokolwiek powodu, czy to wypadku, czy to choroby ostrej, czy to choroby przewlekłej. Im bardziej jesteśmy sprawni na tak zwanym „starcie”, tym mamy większą szansę, że nawet jeśli pojawi się u nas choroba, która prowadzi do niepełnosprawności, to ta niepełnosprawność rozwinie się u nas później, albo też mniej będziemy potrzebować zaopatrzenia ortopedycznego np. w sprzęty pomocnicze. I kolejna rzecz - może dzięki temu, że będziemy sprawni ruchowo i aktywni, później będziemy musieli rezygnować - jako osoby chore - ze swojego ulubionego trybu życia, albo nawet z pracy zawodowej.

Można zatem powiedzieć, że dzięki utrzymaniu regularnej aktywności ruchowej dbamy o to, byśmy to my niejako zdecydowali o naszym życiu, a nie postęp choroby czy niepełnosprawność. Bierzemy sprawy w swoje ręce! Oczywiście bycie aktywnym nie jest jednoznaczne z tym, że na pewno nie będę osobą z niepełnosprawnością, natomiast dajemy sobie szansę na to, żeby opóźnić ewentualny postęp niepełnosprawności. Jeżeli z kolei niepełnosprawność nie wystąpi, bo stosujemy bardzo wysoce skuteczne terapie, to po prostu nasze życie będzie mieć lepszą jakość.

## *Czy rehabilitacja ruchowa może być uznawana za formę aktywności fizycznej i kiedy osoba ze SM powinna ją rozważyć?*

Jeśli chodzi o rehabilitację ruchową, czyli o taką klasyczną fizjoterapię, to jako eksperci chcielibyśmy (choć oczywiście jest to trudne do realizacji, bo dostęp do fizjoterapii, zwłaszcza tej finansowanej ze środków publicznych, jest trudny), aby pacjent w momencie postawienia diagnozy miał możliwość skorzystania z pierwszej porady fizjoterapeutycznej po to, aby stwierdzić, czy istnieją jakieś dysfunkcje. A jeżeli nawet ich nie ma, to jako eksperci uważamy, że konsultacja fizjoterapeutyczna jest potrzebna właśnie między innymi po to, żeby zaplanować aktywność fizyczną, którą pacjent powinien prowadzić samodzielnie, regularnie. Zatem zalecane jest takie pierwsze badanie, niejako screeningowe, które pozwoli wykryć ewentualne dysfunkcje i nad nimi pracować. Oczywiście na tym etapie z reguły jest to samodzielna praca poprzez regularną aktywność fizyczną, ale dobrze by było, gdyby była realizowana już we właściwie ukierunkowany sposób. Kiedy natomiast taką fizjoterapię, czyli tą rehabilitację ruchową, absolutnie należy wdrożyć? Wtedy, gdy zaleca ją lekarz neurolog, bo widzi dysfunkcję, którą warto ćwiczyć, nawet jeżeli pacjent nie zdaje sobie sprawy, że taka dysfunkcja jest. Dzięki tym ćwiczeniom może poprawić się chód – stać się szybszy czy sprawniejszy lub z mniejszym ryzykiem upadków, może zwiększyć się wydolność tego chodu, czyli możliwość przejścia dłuższego dystansu. A więc w momencie, kiedy lekarz zaleci, to wtedy absolutnie fizjoterapia jest konieczna. Często niestety lekarze nie kierują pacjenta na fizjoterapię, bo myślą, że deficyt jest jeszcze zbyt mały i tutaj jest pewna rozbieżność pomiędzy neurologami a lekarzami specjalistami rehabilitacji medycznej, którzy spoglądają na pacjenta trochę inaczej, w sposób bardziej funkcjonalny. Lekarz neurolog koncentruje się na deficytach i na tym, co stwierdza w badaniu neurologicznym, natomiast lekarz rehabilitacji koncentruje się na aktywności, czyli jak to, co stwierdzone w badaniu neurologicznym wpływa na codzienne funkcjonowanie, jak je zaburza. Określa na przykład czy wzorzec chodu jest prawidłowy, czy poprawa tego wzorca chodu, np. wzmocnienie pewnych grup mięśniowych może skutkować tym, że pacjent będzie sprawnie chodził po schodach, będzie mniejsze ryzyko upadku. Zatem w momencie, kiedy pojawia się jakakolwiek odchylenie w badaniu neurologicznym, jakiegokolwiek pogorszenie czy nowy objaw, wtedy należałoby po raz kolejny udać się na konsultację fizjoterapeutyczną. Natomiast regularna rehabilitacja powinna zostać wdrożona, gdy pacjent jest bezpośrednio po rzucie i chcemy, by po tym rzucie wrócił do swojej poprzedniej sprawności, albo gdy chcemy zminimalizować następstwa tego rzutu. I kiedy neurolog nie kieruje na fizjoterapię, warto, żeby sam pacjent zapytał się, czy nie powinienem skorzystać w tym momencie z fizjoterapii. To nie musi być ciężki rzut, który „położy” pacjenta do łóżka, ale taki, który spowoduje pozostawienie - pomimo wdrożenia leczenia - jakiegokolwiek nowej niesprawności. Wtedy powinna zostać wdrożona chociaż krótkotrwała fizjoterapia, po to, żeby nie tylko dążyć

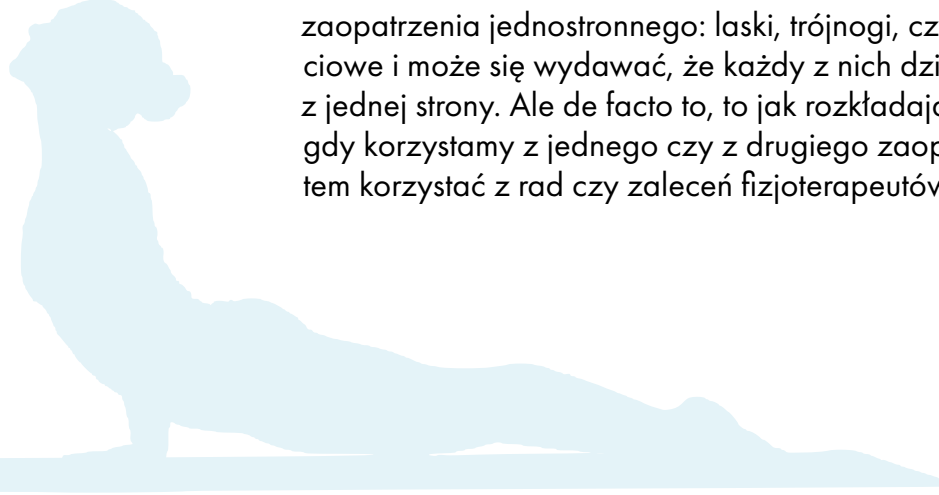
do powrotu do stanu zdrowia przed rzutem, ale też by nauczyć pacjenta aktywności z nowym deficytem. Bo jeżeli jednak rzut w pełni się nie wycofa, np. objawy wycofają w 95%, a więc zostanie troszeczkę nowej niesprawności, to będzie się ona przekładać czy to na wydolność, czy na osłabienie niektórych grup mięśniowych. Zatem fizjoterapia w tym momencie ma na celu nauczenie pacjenta realizacji regularnej aktywności fizycznej, uwzględniającej ten nowy stopień niepełnosprawności.

*Pani profesor, jeżeli lekarz neurolog nie widzi jeszcze powodu do rehabilitacji, to czy mimo wszystko pacjent powinien sam o nią zapytać, albo też na przykład udać się na własną rękę do fizjoterapeuty lub do lekarza rehabilitacji?*

Jeżeli lekarz neurolog mówi np. że to efekt dłuższego chorowania i wieku, czyli starzenia się, a jednak pacjent czuje, że jego niesprawność postępuje lub że jest jakiś deficyt, który powoduje, że np. wcześniej był w stanie podbiec do autobusu, a teraz nie jest w stanie tego zrobić, a realizuje też regularną aktywność fizyczną, to są to sygnały, że należy coś zmienić, a przynajmniej spróbować zmienić. Oczywiście nie można powiedzieć, że fizjoterapia to lek na całe zło, ale należy podjąć próbę zrobienia dla siebie maksymalnie tego, co można zrobić. I jeżeli występuje deficyt, którego lekarz neurolog nie zauważa, to często wystarcza jedno, dwa spotkania z fizjoterapeutą (który optymalnie jest fizjoterapeutą neurologicznym, mającym doświadczenie w pracy z pacjentami z uszkodzeniem układu nerwowego), który albo nauczy strategii kompensacyjnych albo udzieli wsparcia w dobraniu właściwych środków pomocniczych zaopatrzenia ortopedycznego. To właśnie lekarz specjalista rehabilitacji medycznej lub fizjoterapeuta będzie w stanie dobrać odpowiedni rodzaj zaopatrzenia, bo często pacjenci sami starają się w tym zakresie zorganizować, np. biorą kulę lub kijek do nordic walking, a to może mieć różny efekt. I tutaj przytoczę przykład jednej z pacjentek, która odczuwała wzmożoną spastyczność w grupie kulszowo-goleniowej powodującą u niej większe zgięcie w stawie kolanowym i kłopoty z pełnym wyprostem kończyny dolnej. Pacjentka sama zaordynowała sobie klin do buta jednak jej sytuacja się pogarszała i zaczęła chodzić z laską. Podczas kolejnej wizyty u lekarza neurologa okazało się, że spastyczność u tej pacjentki jest już na tyle istotna, że skraca dystans jej chodu i go utrudnia. Okazało się, że to samodzielnie dobrane zaopatrzenie potęgowało wtórne objawy spastyczności u pacjentki. Zatem czasami warto się zwrócić o pomoc do specjalisty.

*Należy zatem podkreślić, to, co wybrzmiewa z wypowiedzi Pani Profesor, a mianowicie, że konsultacja z fizjoterapeutą lub z lekarzem rehabilitacji ma na celu opracowanie aktywności ruchowej pod potrzeby danego pacjenta. A także to, że jeśli istnieje jakiś deficyt, nawet niezauważalny przez lekarza, a odczuwalny przez pacjenta, to warto go skonsultować, zamiast samemu szukać środków zaradczych.*

Zwłaszcza, że w kontekście doboru zaopatrzenia ortopedycznego czasami krótkoterminowo wydaje się nam, że jest lepiej, ale potem, na innym etapie choroby, dane rozwiązanie nie jest już najlepsze. Warto zatem się konsultować, bo mamy różne sposoby



zaopatrzenia jednostronnego: laski, trójnogi, czwórnoży, kijki, nordic walking, kule łokciowe i może się wydawać, że każdy z nich działa w ten sam sposób - daje podporę z jednej strony. Ale de facto to, to jak rozkładają się siły, jaką pozycję przybiera ciało, gdy korzystamy z jednego czy z drugiego zaopatrzenia, jest bardzo różne. Warto zatem korzystać z rad czy zaleceń fizjoterapeutów, lekarzy rehabilitacji albo neurologów.

*Pani Profesor, często słyszymy, szczególnie od osób już leżących, u których postęp niesprawności jest bardzo duży i które nie pozostają aktywne ruchowo, że dla nich już nic nie da się zrobić w zakresie takiej sprawności ruchowej. Czy to prawda?*

Nie, absolutnie! Osoby, u których jest już widoczna niesprawność, ale jeszcze nie są osobami leżącymi, to często te poruszające się za pomocą wózka. Istotne jest, aby na tym etapie bardzo dużo ćwiczyć, by jak najdłużej zachować zdolność samodzielnego przesiadania się na wózek czy możliwość samodzielnego napędu wózka. Z czasem, gdy już nie ma się sił napędzać wózka, można korzystać z wózka elektrycznego, ale ćwiczenia są wtedy po to, by być w stanie na ten wózek elektryczny samodzielnie się przesiąść. U osób, które są leżące, niezwykle ważne są dalsze ćwiczenia i codzienna pionizacja. Dlaczego? Ponieważ zapobiegają wtórnym powikłaniom. Jeśli pacjent myśli sobie „Jestem niesprawny i właściwie ćwiczenia nie przynoszą efektu, to czy warto, bym ćwiczył...?” to odpowiedź brzmi - jak najbardziej, bo dzięki ćwiczeniom poprawiamy wentylację płucną, zakresy ruchów w stawach. Zmniejszamy dzięki temu ból, zmniejszamy ryzyko powstawania odparzeń, odleżyn, a także - i to też jest istotne - ułatwiamy naszą pielęgnację osobom, które się nami opiekują. Dzięki ćwiczeniom będziemy mogli dłużej cieszyć się przebywaniem we własnym domu, i o tym też powinniśmy pamiętać. Nawet, jeżeli ćwiczenia na tym etapie choroby mogą powodować dyskomfort, to należy pamiętać, że większy dyskomfort może powodować rozwinięcie się odleżyn. Poza tym, unieruchomienie bez ćwiczeń będzie powodowało ryzyko infekcji zarówno górnych dróg oddechowych, zapaleń płuc, jak też większe ryzyko nawrotów infekcji dróg moczowych. Dodatkowo, już sama pionizacja - ta bierna, na stole pionizacyjnym czy w łóżku, czy też na wózku, który ma funkcję pionizacji, powodują, że poprawia się samopoczucie pacjenta.

**Dziękuję bardzo za rozmowę!**

**Regularna aktywność ruchowa dopasowana do obecnego stanu fizycznego jak i aktywności przechodorobowej jest zalecana osobom chorym na stwardnienie rozsiane, niezależnie od postępu choroby.**

# “Proszę się więcej ruszać” nie działa

*O tym, dlaczego ruszamy się za mało i co z tym zrobić*

*Autorka: Joanna Tokarska, fizjoterapeutka, edukatorka, twórczyni projektu  
„Fizjopozytywni”*

Większość osób z SM doskonale wie, że ruch jest ważny. To zdanie wybrzmiewa w tysiącach gabinetów w całej Polsce - „proszę się więcej ruszać”. Niestety to proste zalecenie często po prostu nie działa. Dlaczego? Najłatwiej byłoby zrzucić to na „lenistwo” tyle, że to nieprawda.

**Obserwacje osób chorujących na SM pokazują, że to nie lenistwo wiedzie prym. Laureatami w konkursie na największe bariery w podejmowaniu aktywności fizycznej są:**

- zmęczenie (zwłaszcza to przewlekłe),
- ograniczenia fizyczne, jak problemy z poruszaniem się czy spastyczność,
- lęk i depresja (w tym lęk przed upadkiem oraz lęk przed ruchem, czyli kinezyfobia, o której więcej przeczytasz na stronie 24),
- brak wiedzy o ćwiczeniach, zarówno o tym, jakie one powinny być, jak i ile ich powinno się wykonywać,
- niewystarczające wsparcie otoczenia,
- czynniki zewnętrzne, takie jak koszty (zarówno transportu, jak i samych zajęć sportowych),
- wiedza i dostęp do technologii umożliwiających korzystanie z samochodu, ale również ułatwiających przemieszczanie się w domu i na zewnątrz.

To właśnie te czynniki powodują, że mimo świadomości korzyści płynących z ruchu, osoby z SM unikają go, co pogarsza ich stan i ostatecznie powoduje, że nie wiadomo, ile z tych problemów wynika z postępu choroby, a ile z unieruchomienia.

## Jak pokonać bariery?

Chciałabym móc napisać, że “wszystko jest kwestią organizacji”. Prawda jest jednak taka, że sytuacja często jest złożona i wymaga indywidualnego podejścia oraz wsparcia na wielu płaszczyznach. Jednocześnie nie da się zaprzeczyć, że każda zmiana

ułatwiająca poruszanie się, znacząco zwiększa Twoją szansę na podjęcie aktywności. Z punktu widzenia fizjoterapeutki patrzę na te zmiany z dwóch perspektyw. Pierwsza z nich, to pytanie o to, co mogę zrobić, żeby Twoje ciało było sprawniejsze - by nogi pewniej niosły, ręce lepiej chwyciły, a tułów trzymał równowagę? Dzięki temu samodzielnie pokonasz część barier. I to jest krok w dobrą stronę. Ale to tylko jedna strona medalu. Drugim aspektem jest to, co mogę zrobić, żeby Twoje otoczenie mniej Ci przeszkadzało, a nawet - by Cię wspierało! Chodzi tu o wszelkie adaptacje środowiskowe. Dopiero wypadkowa tych obu czynników przynosi najlepsze efekty.

## Twoje bariery

Sprawdź, które twierdzenia dotyczą Ciebie. Zaznacz "X" przy zdaniach, z którymi się utożsamiasz:

- Odczuwam przewlekłe zmęczenie nasilające się po wysiłku.
- Mam ograniczoną mobilność (spastyczność, problemy z równowagą, opadanie stopy, inne).
- Odczuwam ból lub dyskomfort podczas ruchu.
- Odczuwam lęk przed ruchem z obawy przed pogorszeniem objawów.
- Mam niską motywację, samoocenę lub zdiagnozowano u mnie depresję.
- Nie mam wiedzy o ćwiczeniach.
- Nie mam wsparcia rodziny/przyjaciół.
- Mam problemy z transportem lub dostępem do obiektów użyteczności publicznej.
- Brakuje mi czasu z powodu pracy/obowiązków domowych.

Zlicz wszystkie "X" i sprawdź, jaki masz wynik:

0-3 – minimalne bariery, zacznij od prostych ćwiczeń np. z kanału PTSR na You Tube.  
4-6 – skup się na technologiach asystujących (ortezy, uchwyty) i edukacji. Jeśli potrzeba, poproś o wsparcie fizjoterapeutę.  
7+ – skonsultuj się z fizjoterapeutą, żeby stworzyć indywidualny plan działania.  
Pamiętaj, że zawsze możesz się skonsultować ze specjalistami z Poradni PTSR - chętnie pomożemy znaleźć rozwiązanie, nawet na - z pozoru błahe - problemy.

## Co możesz zrobić już dziś

### Adaptacje domu

Modyfikacje otoczenia minimalizują ryzyko upadków i ułatwiają codzienne funkcjonowanie. Proste rozwiązania, jak uchwyty i poręcze w łazience, przy łóżku oraz w każdym miejscu, gdzie potrzebujesz stabilnego podparcia to bardzo dobre i niskosztowe rozwiązanie. Lepsze oświetlenie (np. aktywowane ruchem lampki w korytarzu ułatwiające nocne wyprawy do łazienki) oraz usunięcie dywanów i progów poprawiają bezpieczeństwo i zmniejszają ryzyko upadku. Wygospodarowanie prostego kącika do ćwiczeń z matą i lekkim sprzętem (np. taśmami oporowymi, czy chociażby butelkami z wodą) umożliwiają regularne sesje w domu, szczególnie przy problemach z transportem.

## Wsparcie dla ciała

Pisze to z pełną świadomością, jako fizjoterapeutka: ćwiczenia to nie wszystko. Warto stosować różnego rodzaju technologie asystujące, które po prostu ułatwiają życie. Ortezy na stopę (np. typu foot-up lub AFO) korygują opadanie stopy, poprawiając chód i zmniejszając zmęczenie; pasy stabilizujące tułów potrafią polepszyć równowagę, laski zwiększają bezpieczeństwo chodu - a to tylko szczyt góry lodowej nowoczesnych technologii w służbie osobie z niepełnosprawnością.

Jeśli czujesz, że któreś z proponowanych rozwiązań może Ci pomóc - nie czekaj! Po prostu "zamontuj tę poręcz" albo udaj się do fizjoterapeuty (zwłaszcza w przypadku potrzeby dobrania technologii asystującej). Pamiętaj, że niezależnie od tego, co dziś zrobisz - czas upłynie. Zrób więc prezent sobie z przyszłości i wykonaj krok w kierunku aktywności fizycznej.

**Gorąco Ci kibicuję, a jeśli potrzebujesz wsparcia, znajdziesz mnie w poradni PTSR.**

*Joanna Tokarska – Fizjopozytywna*

**Napiszcie do nas na adres: [biuro@ptsr.org.pl](mailto:biuro@ptsr.org.pl) i zamówcie publikację współautorstwa Joanny Tokarskiej pt. „Dbaj o siebie. Jak radzić sobie ze zmęczeniem w SM”.**



POLSKIE TOWARZYSTWO  
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

# Gdy godne życie jest poza zasięgiem...

Pewnie to znacie... Uciążliwe objawy, liczne bariery w dostępie, brak zrozumienia ze strony innych. To codzienność wielu osób ze stwardnieniem rozsianym, wielu z Was, bo choroba wiąże się z licznymi wyzwaniami życia codziennego. Z wieloma nie jesteśmy w stanie radzić sobie samodzielnie. I nie powinniśmy... Ale czy zawsze tak jest?

**Poznajcie Pawła, który od lat choruje na SM, porusza się na wózku inwalidzkim, a postęp schorzenia powoduje, że nie może już samodzielnie sobie radzić... Wysokie progi przy wejściu do łazienki i przy prysznicu są dla niego zbyt dużym wyzwaniem, uniemożliwiają mu korzystanie z pomieszczenia i utrzymanie higieny. Paweł nie ma szans, by je pokonać.**



[www.zrzutka.pl/bxhtu5](http://www.zrzutka.pl/bxhtu5)

Środki do życia, które Paweł posiada pozwalają mu na opłacenie leków i kosztów opieki asystentów. Niestety na remont związany z dostosowaniem łazienki już nie starczy...

**Historia Pawła to być może Twoja historia lub osoby, którą znasz, o której słyszałeś... Ważne jest to, że wspólnie możemy odmienić jego sytuację, okazać solidarność.**

Jako PTSR założyliśmy zbiórkę, by pomóc mu w przeprowadzeniu remontu. Prosimy Was, byście się do niej przyłączyli.

**Wierzmy, że razem możemy sprawić, aby życie Pawła stało się lepsze!**

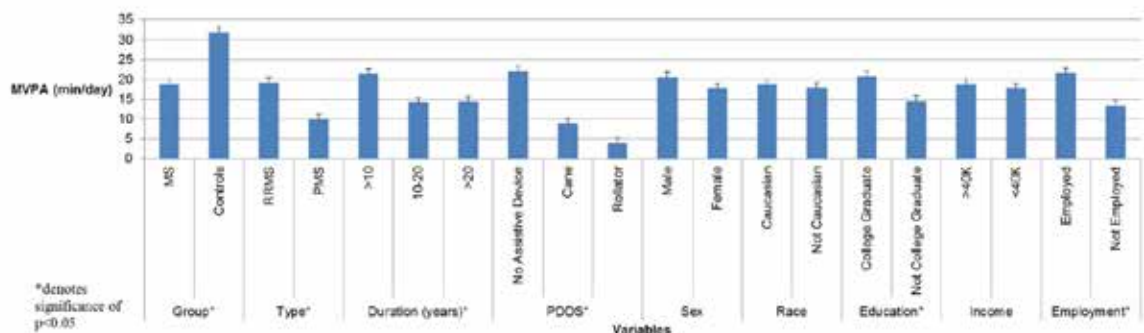
Aby wpłacić na zbiórkę zeskanuj kod QR lub jeśli wolisz kliknij lub przepisuj link do portalu.

# Trening siłowy w stwardnieniu rozszianym – jak rozumieć swoje ciało i ćwiczyć bezpiecznie?

Autor: Jakub Sielczak, fizjoterapeuta pracujący w II Klinice Neurologicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

## Dlaczego tracimy siłę?

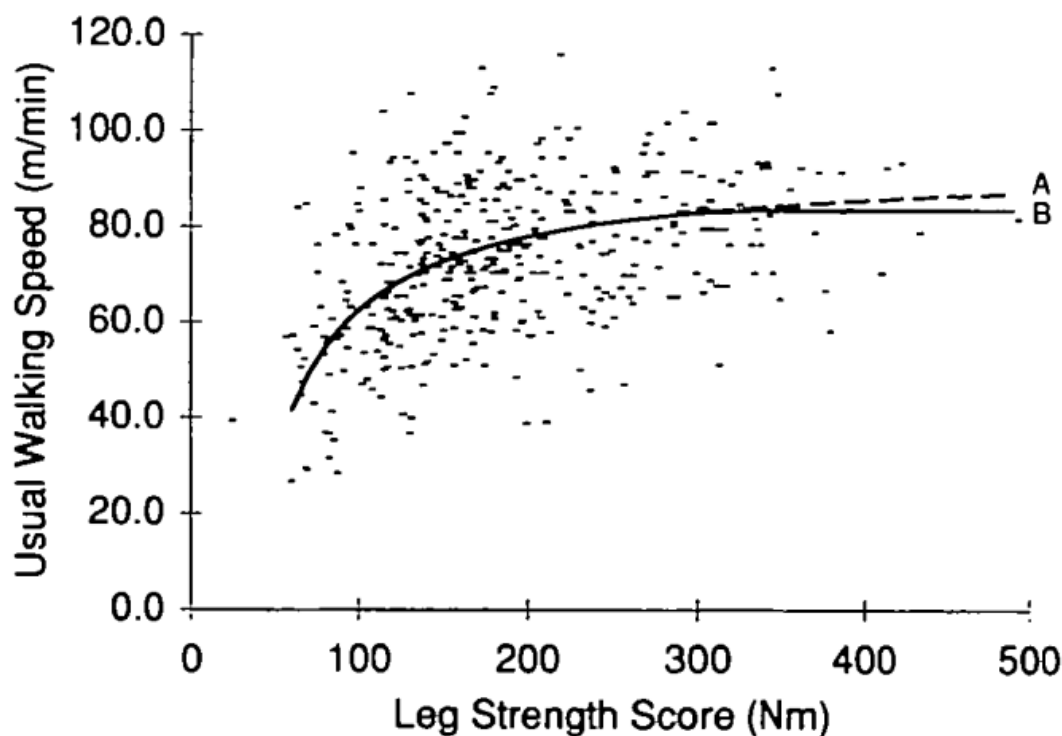
Wielu pacjentów ze stwardnieniem rozszianym zauważa pogorszenie sprawności, mimo stabilnych wyników badań neurologicznych. Często nie wynika to z progresji choroby, lecz ze zmniejszonej aktywności fizycznej oraz naturalnej utraty masy mięśniowej siły, która dotyczy każdego człowieka po 30. roku życia, jeśli nie trenuje odpowiednio. Badania pokazują, że osoby z SM poruszają się istotnie mniej niż osoby zdrowe, co prowadzi do osłabienia funkcji, nawet przy minimalnych deficytach.



**Obraz 1.** Osoby z SM wykonują znacznie mniej ruchu niż osoby zdrowe i nie zawsze wynika to z deficytu neurologicznego, a np. ze zmiany aktywności zawodowej lub roli społecznej.

## Dlaczego siła jest tak ważna?

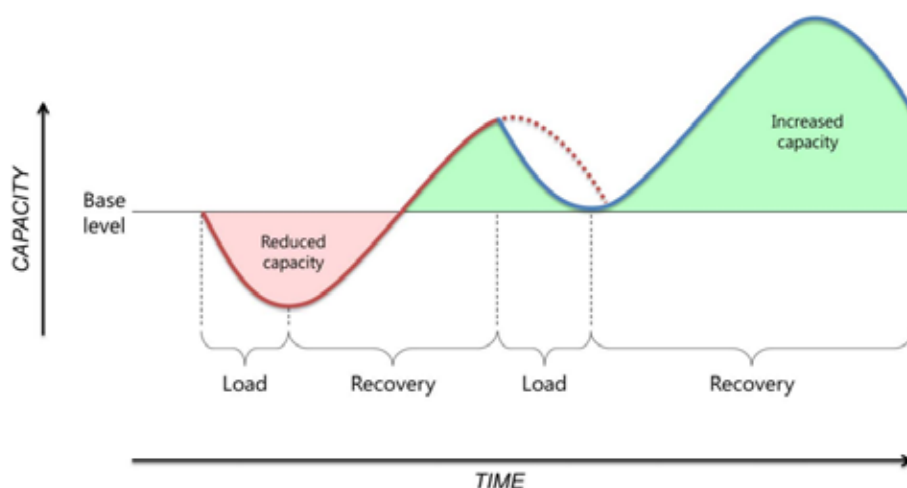
Siła mięśni kończyn dolnych jest podstawą sprawnego chodu i wielu aktywności. Silniejsze mięśnie męczą się wolniej, co poprawia tempo i bezpieczeństwo poruszania się. W SM nie zawsze możemy wpływać na zmiany w układzie nerwowym, ale możemy skutecznie wzmacniać to, co działa i tym samym realnie poprawiać funkcję.



**Obraz 2.** Siła kończyn dolnych gwarantuje sprawność chodu - to od lat znany w nauce fakt. Nawet niewielkie zwiększenie siły mięśni nóg może zauważalnie poprawić szybkość chodu.

## Zmęczenie po wysiłku - co oznacza?

Pacjenci z SM często błędnie interpretują naturalne zmęczenie z pogorszeniem choroby. Tymczasem chwilowe osłabienie po treningu - nawet przez 48–72 godziny - jest normalnym elementem adaptacji, ten czas skraca się w miarę wytrenowania. Organizm potrzebuje czasu, aby odbudować energię i wrócić silniejszy. U osób, które zmagają się z dużym deficytem zbyt duża dawka wysiłku może nawet zaburzyć codzienne funkcjonowanie, ale nie oznacza to, że spowoduje pogorszenie choroby, tylko czasowe trudności. Należy dobrać wtedy łagodniejsze parametry wysiłku. Trzeba pamiętać jednak, że jeśli po zaplanowanym treningu nie czujemy, że nasze ciało zostało wybite ze stanu równowagi, to najczęstszym tego powodem jest to, że zastosowany wysiłek jest za delikatny, żeby był bodźcem rozwojowym.



**Figure 1** Biological adaptation through cycles of loading and recovery (adapted from Meeusen<sup>6</sup>).

**Obraz 3.** Po wysiłku forma chwilowo spada, ale po odpoczynku wraca na wyższy poziom niż wcześniej, zarówno u osób z przewlekłą neurologiczną chorobą jak i u osób zdrowych.

## Jak trenować bezpiecznie?

Trening siłowy u osób z SM nie musi znacząco różnić się od treningu osób zdrowych. Oczywiście, bardziej unikalny deficyt neurologiczny wymaga konieczności specyficznego dostosowania znanych ćwiczeń, nadal najczęściej jednak fundamenty pozostają takie same. Warto nie porównywać swoich możliwości i stanu z sytuacją innych chorych, ponieważ na działanie układu ruchu wpływa znacznie więcej czynników niż sama choroba. Dodatkowo, umiejscowienie zmian w SM może być na tyle rozbieżne, że metody sprawdzające się u jednej osoby, mogą być zupełnie odwrotnie działające u innego pacjenta. Dlatego też częste dyskusje na grupach internetowych mogą doprowadzić do mylnych przekonań o własnym stanie i planie usprawniania. Należy być elastycznym i stosować podejście zindywidualizowane: można np. korzystać z maszyn przy zaburzeniach równowagi, zamiast stawiać na wolne obciążenia i stosować wiele modyfikacji. Z pewnością właściwym środowiskiem jest większość komercyjnych klubów fitness, gdzie znaleźć można wszystko, co potrzebne na start. Dodatkowo, takie środowisko może korzystniej działać na człowieka niż zbyt duża medykalizacja aktywności fizycznej, które osadza w roli osoby chorej – przypominając tym samym o schorzeniu, a nie kształtując sprawczości kultury fizycznej. Stosowanie „adaptowanej aktywności fizycznej” może być lepszym wyborem niż „rehabilituję chorobę”. Dobrym początkiem są dwie jednostki treningowe tygodniowo, ale nie dlatego, że to idealna liczba, lecz dlatego, że to wykonalny i bezpieczny start. Najważniejsza jest całkowita tygodniowa objętość oraz regularność. Jeśli chcemy poprawiać siłę, ćwiczenia powinny kończyć się w okolicach 1-4 powtórzeń przed odmową mięśniową - to

dość ciężki wysiłek. Warto postawić na ćwiczenia tzw. wielostawowe, czyli angażujące możliwie dużo segmentów ciała pod dość dużym napięciem. Gdy postępy się zatrzymują, można zwiększyć liczbę serii lub dodawać kolejne jednostki.

### Doświadczenia z Instytutu

W naszym programie pacjenci wykonywali martwy ciąg i uginanie ramion. Po trzech tygodniach większość z nich poprawiała tempo

chodu, siłę mięśniową i wyniki testów funkcjonalnych. Najlepsze efekty obserwowaliśmy po kilku dniach regeneracji od ostatniego treningu w cyklu. To bardzo krótki czas, ale już skuteczny - na wiele adaptacji czeka się latami, miesiącami sumiennie powtarzając te same zadania. Warto nie zmieniać planu usprawniania za często - organizm potrzebuje wielkiej regularności, by poprawiać określone cechy. Zbyt chętnie żonglowanie ćwiczeniami i planem może być kuszące i interesujące, ale często będzie hamować rozwój. Zdarzało się, że pojawiała się kilkudniowa bolesność mięśni, co jest normalne i nie świadczy o szkodliwości wysiłku.



## Na sam koniec...

Wciąż pokutuje przekonanie, że intensywny wysiłek może zaszkodzić osobom ze SM. Nie ma na to żadnych dowodów. Każdy wysiłek przekraczający możliwości adaptacyjne organizmu może być szkodliwy, ale dotyczy to wszystkich ludzi, nie tylko tych z SM. Dlatego ważne jest mądre planowanie treningu i stopniowe zwiększanie trudności. Trening siłowy jest jedną z najbezpieczniejszych i najskuteczniejszych form ruchu w rehabilitacji neurologicznej. Warto zapoznać się z broszurą WHO dotyczącą aktywności fizycznej w chorobach przewlekłych, która pomaga bezpiecznie planować wysiłek. W razie chęci pozyskania informacji lub dobrania metod zapraszam do kontaktu.



## O autorze

Nazywam się Jan Sielczak. Jestem fizjoterapeutą pracującym w Drugiej Klinice Neurologicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, gdzie stworzyłem program treningu siłowego dla pacjentów neurologicznych, realizowany wspólnie z zespołem pod kierownictwem prof. Macieja Krawczyka. W swojej pracy miałem okazję wspierać zarówno pacjentów w ciężkich stanach na oddziale intensywnej opieki i w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, jak i osoby z niewielkimi deficytami funkcjonujące na wysokim poziomie sprawności, w tym regularnie trenujące. Prowadzę również własną praktykę - Movement Medica Centrum Leczenia Ruchem na warszawskiej Sadybie. Łączę doświadczenie kliniczne z wiedzą naukową, a prywatnie pasjonuję się treningiem siłowym i wytrzymałościowym oraz ich zastosowaniem w chorobach neurologicznych. Prowadzę swój profil na Instagramie: jan.sielczak.fizjo, gdzie dziele się wiedzą o układzie nerwowym i treningu fizycznym.

### Literatura:

1. Klaren RE et al. Objectively Quantified Physical Activity in MS (2013)
2. Pilutti LA et al. Effects of Exercise Training on Fatigue in MS: Meta-analysis (2013)
3. Wonneberger, Marc, and Stephan Schmidt. "High-intensity interval ergometer training improves aerobic capacity and fatigue in patients with multiple sclerosis." *Sport Sciences for Health* 15.3 (2019): 559-567. (2019)
4. Kjølhede T, Vissing K, Dalgas U. Multiple sclerosis and progressive resistance training: a systematic review. *Mult Scler*. 2012 Sep;18(9):1215-28. doi: 10.1177/1352458512437418. Epub 2012 Apr 24. PMID: 22760230.
5. Buchner DM, Larson EB, Wagner EH, Koepsell TD, de Lateur BJ. Evidence for a non-linear relationship between leg strength and gait speed. *Age Ageing*. 1996 Sep;25(5):386-91. doi: 10.1093/ageing/25.5.386. PMID: 8921145.
6. Normy organizacji zdrowia dot. Aktywności fizycznej <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ed-51819c-d988-4285-8ee0-04f3c97c3bba/content>

# Dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Autor: Marcin Skroczyński, pracownik socjalny, współpracujący ze Specjalistyczną poradnią PTSR

*Osoby, które posiadają ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne (w przypadku osób poniżej 16 r.ż. orzeczenie o niepełnosprawności), mogą ubiegać się o przyznanie różnych rodzajów pomocy, aby móc polepszyć standard swojego funkcjonowania. Jedną z takich form jest wsparcie finansowe w zakupie sprzętu rehabilitacyjnego. Sprzęt rehabilitacyjny to wszelkie urządzenia zalecone przez lekarza, które są potrzebne do prowadzenia rehabilitacji w domu, a nie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).*

Warto zaznaczyć, że w obowiązujących przepisach sprzęt rehabilitacyjny jest traktowany odmiennie niż wyroby medyczne czy środki pomocnicze i ortopedyczne, mimo że nie funkcjonuje jego zamknięta lista ani oficjalny wykaz, w przeciwieństwie do tych drugich.

**Czy oznacza to, że każdy sprzęt, który uznam za potrzebny do poprawy mojego funkcjonowania, mogę zaliczyć się do sprzętów rehabilitacyjnych? W jaki sposób mogę sprawdzić, że ten konkretny zostanie zakwalifikowany do sprzętów rehabilitacyjnych?**

Odpowiadając na te pytania, wyszczególnimy najbardziej popularne, ale nie jedyne, sprzęty, które mogą posłużyć nam jako informacja wyjściowa:

- kabina UGUL wraz z osprzętem to specjalistyczne stanowisko do rehabilitacji ruchowej, wyposażone w system linek, bloczków i podwieszek;
- przyłóżkowe urządzenia rehabilitacyjne - sprzęt wykorzystywany do prowadzenia ćwiczeń i usprawniania pacjentów, którzy przebywają w łóżku i nie mogą samodzielnie wstać. Umożliwia wykonywanie ćwiczeń kończyn górnych i dolnych, poprawę zakresu ruchu, wzmacnianie mięśni oraz zapobieganie przykurczom;
- rotory do ćwiczeń kończyn górnych i dolnych to proste urządzenia służące do ćwiczeń kończyn

górnym i dolnym, wykorzystywane w rehabilitacji oraz treningu ogólnousprawniającego mogą być elektryczne lub napędzane siłą mięśni;

- schody i poręcze do nauki chodzenia;
- drabinki gimnastyczne;
- bieżnie, steppery, trenażery, atlasy rehabilitacyjne, wioślarze, orbiteki, rowery stacjonarne itp.;
- równoważnie do ćwiczeń balansu ciała, wałki, kostki piłki rehabilitacyjne, ciężarki itp.
- tablice i stoły do ćwiczeń manualnych;
- stymulatory, neuromodulatory np. mięśni itp.

Jak zaznaczyłem na wstępie, istotnym jest uzyskanie zaświadczenia od lekarza o wskazaniu stosowania określonego sprzętu. Nie jest wprost określone to, jaki lekarz powinien wystawić dokument, sugeruję jednak, aby był to lekarz specjalista z dziedziny medycyny obejmującej dane schorzenie/ jednostkę chorobową, która powoduje niepełnosprawność.

Środki na dofinansowanie zakupu sprzętu pochodzą z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, a ich dystrybucją zajmują się samorządy powiatowe i wyznaczone do tego instytucje, takie jak Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie (PCPR).

### **Czy kryterium niepełnosprawności to jedyne co muszę spełnić, aby ubiegać się o dofinansowanie?**

Niestety, kryterium niepełnosprawności nie jest jedynym, które należy spełnić! Według obowiązujących przepisów, aby ubiegać się o środki finansowe, należy spełnić łącznie poniższe warunki:

- posiadać ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne (w przypadku osób poniżej 16 r.ż. orzeczenie o niepełnosprawności);
- spełnić kryterium dochodowe: dofinansowanie, może zostać przyznane osobie, jeżeli przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku nie przekracza kwoty:

50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym (stan na grudzień 2025 r. jest to kwota około 4 374,00 zł.)

65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej (stan na grudzień 2025 r. jest to kwota około 5 701,61 zł.)

(należy zsumować miesięczne dochody po odliczeniu podatku, składek ZUS oraz zdrowotnych i alimentów - jeśli występują - wszystkich członków rodziny z trzech ostatnich miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, a następnie wynik podzielić przez trzy miesiące i następnie wynik podzielić przez liczbę osób będących we wspólnym gospodarstwie);

- posiadanie wskazania lekarskiego (zaświadczenie, o którym pisałem powyżej) korzystania z określonego sprzętu rehabilitacyjnego).

### **Kto nie może uzyskać dofinansowania?**

Każda osoba, która posiada wymagalne zobowiązania wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

## Jakie są potrzebne dokumenty do złożenia wniosku?

Prócz wyżej wymienionych dokumentów należy dołączyć do wniosku:

- specyfikację cenową (mogą to być m.in. wydruk ze strony internetowej, faktura pro-forma itp.);
- w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - zaświadczenie lub wyrok sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego;
- w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika - pełnomocnictwo notarialne.

Wnioski można składać cały rok. Nie istnieją ograniczenia czasowe czy wskazania określonych terminów, jednakże dofinansowania są przyznawane/wypłacane do momentu posiadania przez instytucję środków finansowych. Należy mieć na uwadze, że pomimo braku ograniczeń czasowych dotyczących złożenia wniosku, istnieją ograniczenia co do dysponowania przez PCPR określonym budżetem.

## Ile wynosi dofinansowanie?

Na sprzęt rehabilitacyjnych można uzyskać wsparcie finansowe do 80% jego wartości. Pozostałą część stanowi wkład finansowy własny.

## Czy mogę zakupić sprzęt, a następnie wnioskować o jego dofinansowanie?

Nie, nie ma możliwości uzyskania dofinansowania na już poniesione koszty zakupu.

## Jak złożyć wniosek?

Wnioski można składać na dwa sposoby:

- tradycyjnie w formie papierowej w Powiatowych Centrach Pomocy Rodzinie;
- elektronicznie za pośrednictwem Systemu Obsługi Wsparcia (SOW) - należy dysponować Profilem Zaufanym lub podpisem elektronicznym.

Przed złożeniem wniosku zachęcam do szczegółowego zapoznania się z informacjami dotyczącymi wsparcia osób z niepełnosprawnościami opublikowanymi na stronach miejscowych PCPR (przykładowe zakładki „wsparcie dla osób z niepełnosprawnościami”), a także z informacjami zamieszczonymi na stronie portal SOW <https://portal-sow.pfron.org.pl>

Znajdziecie tam szereg informacji (pytań i odpowiedzi) w tym druki wniosków do pobrania oraz formularze potrzebnych załączników.

# Sport mimo wszystko

— *Mam świadomość własnych ograniczeń. Wiem, że maratonu nie przebiegnę bez dobrego przygotowania – mówi Paula Trzyna, która choruje na SM i jest aktywna fizycznie*

*Wojciech Mikołuszko: Na początek niech Pani powie, na jaką postać stwardnienia rozsianego Pani choruje?*

Paula Trzyna: Mam postać rzutowo-remisyjną.

*Występują u Pani jakieś skutki uboczne leczenia?*

Miewam uderzenia gorąca i zaczerwienienia skóry. Na szczęście zdarza mi się to rzadko, nauczyłam się, że gdy zastosuję odpowiednią dietę i przypilnuję się, żeby jeść regularnie, żeby śniadanie nie było byle jakie, to te objawy są bardzo małe albo w ogóle ich nie ma. Zmiana leku to była dobra decyzja.

*Prowadzi Pani aktywny tryb życia. Na czym on polega?*

Jeszcze zanim zachorowałam, chodziliśmy z mężem dużo po górach Parę lat temu przestawiliśmy się na biegi górskie. Z mężem też się wspinamy. Mieszkamy w Częstochowie, więc niedaleko są skałki. Oprócz tego pracuję z fizjoterapeutą.

*Na czym polegają ćwiczenia z fizjoterapeutą?*

Na początku miały na celu wyeliminowanie bólu kręgosłupa, bo miałam rwę kulszową. A później ćwiczyliśmy mocno nad wzmacnianiem mięśni i pod kątem biegania. Nie mam za bardzo deficytów ze strony układu ruchowego.

*Bierze Pani udział w zawodach w bieganiu?*

Biorę. Bardziej dla zabawy, a nie dla wyników. Treningowo biegam na dystansie 5-10 km, rzadziej na 15 km. Biegam od jesieni do wiosny, latem staram się unikać dużego wysiłku. W zawodach startuję minimum na ok. 20 km. Najdłuższy dystans, jaki zrobiłam to 35 km. Może uda się w przyszłym roku zrobić maraton.

### *Lubi Pani bieganie?*

Kiedyś bieganie mnie nudziło. To się zmieniło, jak zaczęłam biegać po górach. Okazało się, że nie lubię biegać po asfalcie. Ale bieganie po górach jest zupełnie czymś innym. Krajobraz jest bardziej urozmaicony, podłoże jest bardziej różnorodne. Mam świadomość własnych ograniczeń. Wiem, że maratonu nie przebiegnę bez dobrego przygotowania. Mam problem ze słabymi mięśniami dna miednicy, co na dłuższych dystansach powoduje ból. Wiem, że przed maratonom muszę pójść do fizjoterapeuty, który się specjalizuje w tym obszarze.

### *Co Pani robi, jak Pani poczuje zmęczenie?*

Przede wszystkim staram się biec w równym tempie. Jeżeli źle się czuję, to po prostu odpuszczam. Pamiętam też o tym, żeby się nawadniać. Wiem, jak mam się ubrać, żeby się nie przegrzać. Na przykład jak biegam zimą z mężem, to wiem, że muszę założyć jedną warstwę mniej niż on.

### *Mówiła Pani, że chodziła Pani po górach. Po jakich?*

Różnych. I niższych, i wyższych. Najwyżej weszłam na około 4 tys. metrów. Ciekawe, że ten wynik osiągnęłam już po diagnozie.

### *Co Pani najbardziej lubi w górach?*

To jest chyba jakiś syndrom sztokholmski [syndrom sztokholmski to psychologiczny stan, w którym ofiara przemocy lub porwania zaczyna odczuwać sympatię, lojalność lub przywiązanie wobec swojego oprawcy – WM]. Człowiek idzie w górę, strasznie się męczy i myśli sobie „Po co sobie to robię?”. Ale jak schodzi, to już planuje kolejną wyprawę. Z racji choroby mogłabym mieć wymówkę, żeby nie robić takich rzeczy. No ale coś pcha mnie w te góry. Lubię jak gdzieś idziemy, gdzie jest mało ludzi i mamy całą górę dla siebie. Ta przestrzeń, widoki i takie poczucie, że zrobiło się coś, co niewiele osób jest w stanie. To taki mój sposób na pokazanie chorobie środkowego palca.

### *Jak wyglądało postawienie diagnozy stwardnienia rozsianego w Pani przypadku?*

U mnie się to zaczęło od zapalenia nerwu wzrokowego. Wylądowałam w szpitalu na oddziale okulistycznym. Nie można było zrobić mi rezonansu, bo miałam założony aparat ortodontyczny, a na konsultacji z neurologiem usłyszałam, że jeśli pojawią się nowe objawy, to aparat mam zdjąć i zrobić dalszą diagnostykę. Przez cały pobyt w szpitalu nikt mi nie powiedział, że to może być stwardnienie rozsiane. Mąż prowadził intensywne rozmowy z doktorem Googlem na temat moich objawów. I w którymś momencie zadzwonił do mnie spanikowany, że to może być stwardnienie rozsiane. Ja mu odpowiedziałam: „Co za głupoty gadasz!”.

Dopiero przy wypisie okulistka powiedziała mi, że na moim miejscu olałaby zalecenia i zrobiła rezonans od razu, bo trzeba wykluczyć SM. Tak też zrobiłam, ale wynik był wtedy niejednoznaczny. Później znowu się pogorszyło widzenie. I wtedy zrobili mi punkcję, która potwierdziła diagnozę. W sumie od pierwszych objawów trwało to 9 miesięcy.

### *Widzenie się u Pani poprawiło po rzucie?*

Odzyskałam widzenie w lewym oku, natomiast nie w 100 proc. Mam drobny ubytek. W drugim rzucie miałam podwójne widzenie plus jeszcze paraliż połowy twarzy

i zaburzenia równowagi. To był ciężki rzut, ale od tej pory, odpukać, rzutowo nic się nie dzieje. Natomiast mam takie objawy, takie ogólnie związane z chorobą, zwłaszcza jak jest gorąco. Musiałam się nauczyć, jak sobie z tym radzić.

### *I jak sobie Pani z tym radzi?*

Staram się nie wychodzić z domu jak jest gorąco. Pracuję zdalnie, więc jest mi łatwiej. Pomieszczenie, w którym pracuję znajduje się po stronie północnej, więc jest najchłodniejsze w całym domu. Odpalam wiatraczek, dużo się nawadniam. Pracę mam zadaniową, co daje dużą elastyczność. Jeżeli w ciągu dnia jest potrzeba, żebym sobie odpoczęła na pół godziny, to nie ma z tym problemu.

### *Jak pomaga Pani mąż w czasie aktywności?*

Razem jesteśmy aktywni. Ja to w ogóle jestem kanapowcem. Dla mnie zmusić się do tego, żeby wstać, wyjść, zrobić, to jest cały proces decyzyjny. Mnóstwo prokrastynacji i takiego „nie chce mi się”. A mój mąż z kolei nie znosi bezczynności. On mnie motywuje do tego, żebym wstała z tej kanapy i się ruszyła. Czasami w dość, że tak powiem dyplomatycznie stanowczych słowach. Mnie trzeba czasem pogonić i wiem, że gdyby mój mąż był takim samym kanapowcem jak ja, to by to wyglądało zupełnie inaczej.

### *Jak stwardnienie rozsiane zmieniło Pani życie?*

Muszę brać tabletki. Muszę troszeczkę bardziej na siebie uważać. Muszę pamiętać o tym, że jak czuję dyskomfort, to muszę odpocząć. Zawsze chcieliśmy mieć większą gromadkę dzieci. A mamy córkę i raczej już tak zostanie. Cieszymy się, że mamy jedno dziecko.

### *Czym zajmuje się Pani zawodowo?*

Od 13 lat pracuję w dużej międzynarodowej firmie, w branży finansowej, zajmuję się zarządzaniem projektami. Lubię moją pracę, Mogę mówić otwarcie o swojej chorobie i wiem, że nie będzie miało to wpływu na moją karierę. Firma ma bardzo inkluzywne nastawienie. W mojej poprzedniej pracy miałam niezbyt dobre doświadczenia, widziałam, jak były traktowane osoby z problemami zdrowotnymi, więc wiem, że nie zawsze jest to takie oczywiste i że mam dużo szczęścia.

*Rozmawiał Wojciech Mikołuszko*

# Kinezjofobia

## Kiedy lęk blokuje ruch

**Autorka: Joanna Tokarska, fizjoterapeutka, edukatorka, twórczyni projektu „Fizjopozytywni”.**

*Wielu moich pacjentów słyszy, że są leniwi. Niestety ta łatka często przypisywana jest osobom z przewlekłymi chorobami. Łatwo osądzać cudzą sytuację, zwłaszcza wtedy, gdy patrzy się tylko z perspektywy osoby zdrowej. Tymczasem niejednokrotnie to nie kwestia lenistwa czy braku silnej woli, tylko konkretne zaburzenie - lęk przed ruchem - kinezjofobia.*

### **Kinezjofobia to częsty problem w SM**

Wysoki poziom kinezjofobii dotyczy ponad połowy osób z SM. Obecnie uważa się, że to istotny problem ograniczający aktywność fizyczną wymagający uwzględnienia w procesie rehabilitacji. Ale co to w ogóle jest? Kinezjofobia to nadmierny lęk przed ruchem, często irracjonalny, bo oparty na obawie przed bólem, zmęczeniem czy zaostrzeniem choroby. Po prostu unikasz ćwiczeń „na wszelki wypadek”, bo pamiętasz ten jeden raz, kiedy po spacerze było fatalnie. Rozpoznajesz to u siebie? Zastanów się - czy myślisz „Jeśli się poruszam, na pewno będzie gorzej”? Czy rezygnujesz z ruchu, choć lekarz mówi, że wszystko jest dobrze? Czy lęk

jest silniejszy niż realne objawy? Jeśli brzmi to znajomo, to kinezjofobia może Cię dotyczyć.

### **Błędne koło bezruchu**

Dlaczego to groźne? Bo ruch jest podstawową formą rehabilitacji w SM, a jego brak wpędza w błędne koło bezruchu. Strach skłania do unikania aktywności. Mniej ruchu oznacza słabsze mięśnie, gorszą równowagę, więcej upadków i więcej bólu. Zaczynasz więc unikać wyjść z bliskimi, izolujesz się, a kondycja dalej spada - każdy krok staje się trudniejszy, a lęk rośnie. I tak w koło! Do tego jeszcze dołącza zmęczenie, a nawet depresja. Niejednokrotnie widziałam, jak pacjenci tracą niezależność

właśnie przez ten schemat. Dobra wiadomość jest jednak taka, że da się to przerwać!

Zastanów się, co karmi ten lęk? Może to brak jasnych informacji - co jest bezpieczne, jakie i ile ćwiczeń robić? Może złe doświadczenia z przeszłości („raz po siłowni było źle”)? A może opinia otoczenia: „Odpoczywaj, nie przemęczaj się”? Niezależnie od odpowiedzi - czas to zmienić.

## Jak wdrożyć ruch pomimo lęku

Niestety nie ma uniwersalnego zestawu ćwiczeń „na kinezjofobię”. Aby skutecznie rozwiązać ten problem, należy zaopiekować się wieloma aspektami Twojego życia. Oto proste ruchy, jakie możesz wykonać:

**1. Pracuj nad własnymi przekonaniem.** Ponieważ każde świadome działanie zaczyna się od myśli, to właśnie od nich warto zacząć. Zamiast „ruch mi szkodzi”, pomyśl „dobrze dobrany ruch pomaga”. Zamiast „jak ja się boję tego ruchu” pomyśl „jak to dobrze, że moje ciało jest takie dzielne i pozwala mi na ten ruch”. Jeśli Twoje lęki są duże, warto skorzystać z konsultacji z psychologiem, który pomoże Ci stworzyć indywidualne strategie radzenia sobie z problemem. Nie ignoruj tego aspektu nawet, jeśli wydaje Ci się mało istotny!

**2. Pracuj nad ciałem – ćwicz mądrze.** W kinezjofobii wykorzystujemy ćwiczenia imitujące aktywności, których się obawiasz. Obciążenia w trakcie tych ćwiczeń powoli stopniujemy, żeby „odczarować” lęk i „dać dowód” układowi nerwowemu, na to, że ruch jest bezpieczny i dobry. W praktyce oznacza to, że ćwiczysz z wsparciem, uczysz się słuchać ciała i dajesz mu znać, że ruch nie oznacza niebezpieczeństwa. Dodatkowo do codziennej rutyny włącza się techniki relaksacyjne, ponieważ także przyczyniają się one do zmniejszenia dolegliwości.

Jeśli podejrzewasz u siebie kinezjofobię, nie czekaj - poszukaj wsparcia. Najlepsze efekty osiągniesz, łącząc fizjoterapię z edukacją, wsparciem psychologicznym i programem ćwiczeń dostosowanym do Twoich indywidualnych możliwości. Najlepiej współpracować z zespołem specjalistów: lekarzem, fizjoterapeutą i psychologiem. Takie wsparcie możesz uzyskać w Poradni PTSR. Jesteśmy dla Ciebie!

**Napiszcie do nas na adres: [biuro@ptsr.org.pl](mailto:biuro@ptsr.org.pl) i zamówcie publikację współautorstwa Joanny Tokarskiej pt. „Dbaj o siebie. Jak radzić sobie ze zmęczeniem w SM.**

# Czym są leki generyczne i biopodobne?

Tłumaczenie i opracowanie na podstawie materiału przygotowanego przez Multiple Sclerosis International Federation:  
<https://www.msif.org/news/2025/08/14/treatments-for-ms-generics-and-biosimilars-explained/>

Leki generyczne lub biopodobne to preparaty, które są identycznymi albo bardzo podobnymi wersjami oryginalnych leków, na których bazują. Leki generyczne są identyczne jak te oryginalne, natomiast biopodobne - bardzo zbliżone, jednak nieidentyczne.

## Czym jest generyczna wersja leku DMT (ang. disease modifying drug, lek modyfikujący przebieg choroby)?

Generyczna wersja leku to wersja identyczna do oryginalnego, markowego leku. Generyczny lek DMT może powstać, jeśli lek ma prostą budowę. Jest on tworzony przy użyciu tego samego procesu i tych samych składników, co oryginał. Biorąc generyka, przyjmujesz taką samą dawkę, w ten sam sposób, z tymi samymi możliwymi efektami ubocznymi. Ponieważ ma te same składniki, co lek oryginalny, jest tak samo bezpieczny i działa tak samo dobrze. Aby sprawdzić i mieć pewność co do jego skuteczności, zanim zostanie udostępniony, lek generyczny przechodzi przez badania.

Oznacza to, że leki generyczne mogą być przyjmowane jako bezpośrednie zastępniki oryginalnych, markowych leków. Ich skuteczność i bezpieczeństwo powinny być identyczne do tych, które posiadają leki markowe, a główną różnicą to, że są istotnie tańsze niż te o markowej nazwie.



## Czym jest biopodobne wersja leku DMT?

Preparat biopodobny to wersja "biologicznego" leku. Lek „biologiczny” jest tworzony przy wykorzystaniu żywych organizmów lub komórek zaczerpniętych od zwierząt, ludzi lub roślin (takich jak białka, geny czy przeciwciała), i jest bardziej złożony w swej strukturze. Leki biopodobne są wysoce podobnymi wersjami oryginalnych leków biologicznych. I mimo, że nie są to identyczne kopie, to są zaprojektowane w taki sposób, aby w kategoriach bezpieczeństwa, skuteczności czy jakości być jak najbardziej zbliżone. Preparaty biopodobne będą mieć ten sam rodzaj substancji czynnej co leki oryginalne.

Stworzenie dokładnej repliki jest wyzwaniem, co związane jest ze złożonością biologii, jednak preparaty biopodobne przechodzą przez rygorystyczne testy, aby mieć pewność, że będą działać podobnie do produktów oryginalnych. Muszą również zostać zatwierdzone przez odpowiednie instytucje regulacyjne (takie jak Europejska Agencja Lekowa (EMA, European Medicines Agency) lub Amerykańska Agencja do spraw Żywności i Leków (FDA, Food and Drug Administration). Oznacza to, że osoba z SM powinna oczekiwać takiej samej odpowiedzi klinicznej na preparat biopodobny jak na preparat oryginalny.

## W jaki sposób leki biopodobne i generyki zmieniają obraz leczenia SM?

Leki biopodobne oraz generyki zwiększają dostęp do terapii. Większa konkurencyjność na rynku obniża koszty systemu zdrowotnego oraz – ostatecznie – obniża koszty leczenia ponoszone przez jednostki. Należy podkreślić, że niższe koszty nie oznaczają mniej skutecznego leczenia.

Leki biopodobne i generyki zapewniają więcej opcji leczniczych pacjentom i dostawcom usług zdrowotnych na całym świecie.

## Leki biopodobne i generyki na SM

Niektóre z leków na SM mają swoje odpowiedniki wśród generyków lub leków biopodobnych.



# Nowe kryteria McDonalda do diagnozy SM

Tłumaczone i opracowane na podstawie:

<https://www.msif.org/news/2025/09/18/understanding-the-updated-mcdonald-criteria-for-diagnosing-ms/>

*Kryteria diagnostyczne McDonalda to zbiór wytycznych, które mają ułatwiać neurologom postawienie diagnozy stwardnienia rozsianego, nawigując ich przez listę warunków, które muszą być spełnione, aby chorobę rozpoznać.*

Do niedawna neurologów obowiązywały kryteria McDonalda z 2018 roku, jednak w tym roku doczekaliśmy się opublikowania ich aktualizacji. Uaktualnione kryteria zostały one uzgodnione przez grupę międzynarodowych ekspertów zajmujących się chorymi na stwardnienie rozsiane. Ich podstawą są wytyczne ujmowane już w poprzednich wersjach, ale uwzględniają też nowe narzędzia, markery badawcze oraz dowody na istnienie choroby, które mają pomóc w stawianiu trafnego rozpoznania SM i przyspieszenie diagnozy.

## Co nowego w kryteriach?

**Usunięty został zapis o tzw. rozsianiu w czasie.** Rozsianie w czasie oznacza, że u chorego z podejrzeniem SM muszą wystąpić przynajmniej 2 rzuty przedzielonych minimum jednym miesiącem remisji. Dzięki tej zmianie wielu chorych nie będzie już musiało oczekiwać na kolejne zaostrzenie, aby otrzymać diagnozę.

**Wzrosło znaczenie nerwu wzrokowego.** Aby stwierdzić SM neurolog musi wykazać tzw. rozsianie w przestrzeni, a więc zmiany w przynajmniej dwóch z czterech obszarów ośrodkowego układu nerwowego tj. istocie białej przykomorowej, przykorowo/korowo, podnamiotowo, w rdzeniu kręgowym. Obecnie do tych obszarów dołącza właśnie nerw wzrokowy.

**U osób z radiologicznie izolowanym zespołem (RIS) można postawić rozpoznanie SM.** Gdy w badaniu rezonansu magnetycznego widać zmiany, z którymi nie wiążą się żadne

objawy kliniczne mówimy o RIS. Nowe kryteria pozwalają na postawienie rozpoznania SM, u których wystąpił RIS. Wcześniej, aby diagnoza SM została u nich postawiona, musiały oczekiwać na objawy choroby.

**Podkreślono, że u dzieci oraz osób powyżej 50 roku życia SM różnicowanie SM może być trudniejsze.**

Nowe kryteria diagnostyczne będą przede wszystkim przydatne dla osób, które doświadczają objawów choroby, wystąpił u nich RIS, a diagnoza przed nimi. Jak już wspomniano, pozwolą one na szybszą diagnozę lub też wykluczenie SM.

PSYCHOLOŻKA

DIETETYCZKA

PRAWNIK

FIZJOTERAPEUTKA

PRACOWNIK SOCJALNY

NEUROLOG

PIELĘGNIARKA SM

UROFIZJOTERAPEUTKA

# razem łatwiej.

INFOLINIA SM I SPECJALISTYCZNA OGÓLNOPOLSKA  
PORADNIA DLA OSÓB ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM

Skorzystaj z **bezpłatnych konsultacji** specjalistów oraz dowiedz się więcej o stwardnieniu rozsianym w ramach projektu **razem łatwiej.**

## **Dla kogo?**

Dla Ciebie - osoby z SM!

**Napisz** [www.ptsr.org.pl](http://www.ptsr.org.pl)

**Zadzwoń** (22) 127 48 50



POLSKIE TOWARZYSTWO  
STWARDNIENIA ROZSIANEGO



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Projekt "Razem łatwiej - Infolinia SM i Specjalistyczna ogólnopolska poradnia dla osób ze stwardnieniem rozsianym" współfinansowany jest ze środków PFRON.

# Za nami druga edycja konferencji

## "Stwardnienie rozsiane. Wiem więcej"

Autorka: Magdalena Wilk, wolontariuszka PTSR

O tym, co nowego w leczeniu SM, jak chorzy na SM mogą o sobie zadbać oraz o tym, czy rynek pracy jest otwarty na osoby ze szczególnymi potrzebami mówili eksperci: lekarze, fizjoterapeuci, psychologowie. Wszyscy, którzy szukali merytorycznych informacji wyszli z konferencji usatysfakcjonowani.

Do udziału w wydarzeniu zgłosiło się ponad 400 osób: chorych na stwardnienie rozsiane oraz członków ich rodzin. Pierwszy dzień poświęcono na wykłady, panele dyskusyjne i sesję Q&A, drugiego odbyły się warsztaty. Poniżej kilka najważniejszych informacji z pierwszego dnia.

### NMOSD, MOGAD i SM - czym się różnią te choroby

O tym można się było dowiedzieć w czasie wykładu neurologa dr Macieja Juryńczyka.

-Ważną różnicą między NMOSD a SM jest to, jak narasta w nich niesprawność - mówił dr Juryńczyk.



Prelegent podkreślał, że w SM po ostrym rzucie pacjent staje się niesprawny, ale po podaniu leku niesprawność cofa się całkowicie lub częściowo. Niestety około 50 roku życia niesprawność zaczyna narastać już niezależnie od rzutów. Natomiast w NMOSD niesprawność jest całkowicie wtórna od ataków. Dlatego tak ważne jest, aby tym atakom zapobiegać. Z kolei MOGAD od SM i NMOSD różni się przebiegiem. - U większości kończy się na jednym ataku i pacjent nigdy nie będzie miał drugiego. Postacie nawrotowe występują u około 10% pacjentów i one rzeczywiście sprawiają trudności w leczeniu - mówił prelegent.

### Sesja poświęcona leczeniu SM

O nowych perspektywach w terapii SM mówił autorytet w tej dziedzinie, neurolog prof. Krzysztof Selmaj. Profesor opowiedział o kilku najnowszych

badaniach nad lekami z grupy anty-CD20. W jednym z nich wykazano, że okrelizumab może działać również u pacjentów powyżej 55 roku życia i z większym stopniem zaawansowanej niesprawności (EDSS nawet do 8 stopni). Profesor mówił też o pracach nad terapiami wykorzystującymi inhibitory BTK.

### Czym jest NEDA i PIRA

wyjaśniała z kolei neurolog dr Justyna Chojdak-Łukasiewicz.

NEDA daje informację o skuteczności leczenia SM i opiera się na: braku aktywności/zaostrenia choroby, stabilnym obrazie MRI oraz braku progresji niesprawności według skali EDSS.

“Czasami jest jednak tak, że nie mam rzutu choroby, nie mam nowych zmian w rezonansie, nie mam progresji w EDSS, ale czuję się gorzej - tłumaczyła prelegentka. - Odpowiada za to PIRA czyli cicha progresja niepełnosprawności niezależna od rzutu”. Objawy PIRA są trudne do wychwycenia, także przez lekarza. “Dlatego tak ważna dla nas będzie państwa samoobserwacja” - mówiła dr Chojdak-Łukasiewicz.



### O kryteriach kwalifikacji i obowiązującym w Polsce programie lekowym dla różnych postaci SM

opowiadała neurolog dr Elżbieta Jasińska. “Wydawałoby się, że program lekowy jest teraz przyjazny



i można leczyć każdego, tylko trzeba udowodnić, że mamy jeden rzut i jedno ognisko, które wzmacnia się po kontraście, albo jest nowe, albo się powiększyło. Natomiast najważniejsze jest to, że muszą to być pacjenci z aktywną postacią” - zaznaczyła prelegentka.

Z kolei Adrianna Sobol, psychoonkolog swoje wystąpienie poświęciła adherencji leczenia. “Kiedy mówimy o adherencji, to nie chodzi tylko o to, aby brać leki, ale o to, aby stosować się do zaleceń lekarskich w sposób świadomy i konsekwentny. I to z tą konsekwencją pacjenci, którzy zmagają się z chorobą przewlekłą mają największy problem”.

### Sesja “Dbam o siebie”

Rozpoczął ją wykład neurolog dr Marzeny Maciągowskiej o **SM i współchorobowości**. Powołując się na duże badania, prelegentka podkreślała, że u osób z SM choroby współistniejące występują częściej niż w populacji ogólnej. “Co ważne, te choroby mogą opóźnić postawienie diagnozy, bo często przebiegają podobnie” - podkreślała prelegentka. Z kolei specjalista farmacji klinicznej dr n. med. Adrian Bryła w swoim



**ruch jest terapią**" mówiła z kolei Joanna Tokarska, fizjoterapeutka w czasie swojej prelekcji. Podkreślała, że projektując aktywność dla pacjentów z SM fizjoterapeuci uwzględniają ich indywidualne potrzeby, dużą uwagę zwracają na ćwiczenia równoważne, utrzymanie ruchomości oraz wydolność oddechową. Ostatnim wykładem sesji było wystąpienie psycholożki Joanny Dronki-Skrzypczak na temat **funkcji poznawczych** w SM. "To nie jest tak, że mamy na raz problemy ze wszystkimi funkcjami poznawczymi, tylko na różnym poziomie, w różnych okolicznościach, różne osoby mogą mieć problemy z różnymi" - wyjaśniała. To samo dotyczy pacjentów z SM.

### Pracuję z SM

Ciekawie toczyła się dyskusja o tym o osobach chorych przewlekle i z niepełnosprawnościami na rynku pracy. Przemysław Żydok, prezes Zarządu Fundacji Aktywizacja, podkreślał, że w Polsce pracuje zaledwie 30 proc. osób z niepełnosprawnościami w wieku produkcyjnym. W UE jest to około 50 proc. Optymizmem napawa fakt,



wykładzie o **suplementach diety** wyjaśniał, że przed zastosowaniem jakiegokolwiek należy odpowiedzieć sobie na pytanie, jaki jest tego cel. Bo suplement nie leczy, to jedynie środek spożywczy. A jak zaznaczył prelegent, nie ma takiego suplementu diety, który nie wchodziłby w interakcję ze stosowanym leczeniem.

**O zdrowym stylu życia w walce ze zmęczeniem SM** mówił neurolog dr Artur Sadowski. Prelegent podkreślał, że zespół zmęczenia jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń u osób z SM - cierpi na niego ponad połowy chorych. O tym, czy pacjenci z SM mają predyspozycję do jego wystąpienia decydują zarówno czynniki niezależne, m.in. długi czas trwania SM, starszy wiek, jak i zależne, do których wliczają się te związanych właśnie ze stylem życia, czyli: otyłość, palenie tytoniu, niska aktywność fizyczna, nadużywanie alkoholu, niskie wykształcenia. "Kiedyś zalecało się, że trzeba oszczędzać siły przy SM, to teraz wiemy, że ten

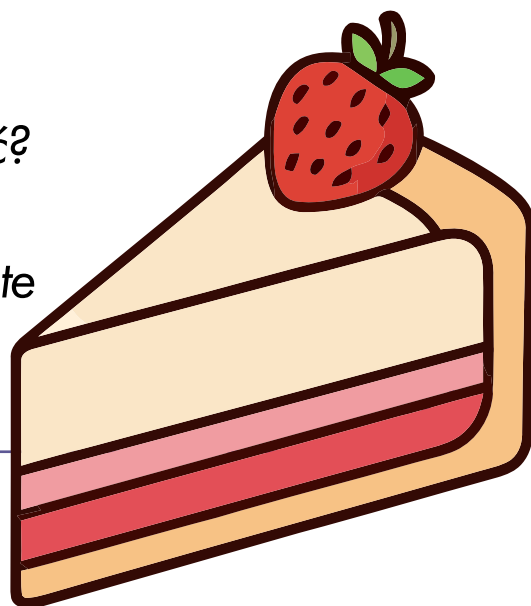
że pracodawcy coraz częściej otwierają się na osoby z niepełnosprawnościami, choć - jak podkreślał Żydok - jesteśmy dopiero na początku inkluzywnego rynku pracy. Z kolei Sebastian Hamera opowiedział o tym, jak o swojej chorobie poinformował pracodawcę i jakie wsparcie otrzymał od niego w tym trudnym dla siebie czasie. "To, że pozwolono mi pracować, dało mi taki „mindset” do pracy, że choroba mnie nie ogranicza" - mówił. Urszula Zajęc-Pałdyna, CEO let's HR, autorka bloga HRnaobcasach.pl, zapytana o to czy jest dobry moment, aby powiedzieć w pracy o swojej chorobie, powiedziała, że to bardzo indywidualna decyzja. "Gdybym ja była osobą przewlekle chorą lub z niepełnosprawnością po pierwsze sama zadałabym sobie pytanie, co będzie dla mnie dobre, czy ja chcę to powiedzieć czy nie".

# Cukier krzepi czy nie krzepi?

## Oto jest pytanie!

Autorka: Ilona Cichecka, psychodietetyczka

*Jak to jest z tym cukrem? Gdzie go szukać? Czy każdy cukier jest zły? I czy cukier jest tym samym, czym są węglowodany? Na te pytania odpowiem w tym artykule.*



### Węglowodany: paliwo dla organizmu

Zacznijmy od tego czym jest grupa makroskładników o nazwie węglowodany. Są one podstawowym źródłem energii dla naszego organizmu. Jeżeli w diecie będzie ich za mało, nasz organizm na potrzeby energetyczne zużyje białko, które jest bardzo ważnym materiałem budulcowym. Węglowodany dzielimy na proste i złożone. Dla naszego zdrowia dużo lepsze są te drugie, dlatego że ich trawienie trwa dłużej, są wolniej wchłaniane i dają dłuższe uczucie sytości. Znajdziemy je w pełnoziarnistych produktach zbożowych takich jak: pieczywo razowe, kasze - gryczana i pęczak, otręby, płatki owsiane, płatki gryczane i płatki jęczmienne, w warzywach, w roślinach strączkowych i - w bardzo małej ilości - również owocach.

### Cukry to też węglowodany

Drugą grupą są węglowodany proste, czyli tak zwane cukry proste. Zwyczajowo wszystkie z nich nazywane są „cukrem”. Do tej grupy należy glukoza - jeden z najważniejszych biologicznie węglowodanów. Glukoza jest absolutnie niezbędna do funkcjonowania układu nerwowego - neuronów oraz erytrocytów. Naturalnie występuje w miodzie i owocach, szczególnie w winogronach. Pozostałymi cukrami prostymi są: fruktoza; galaktoza, która wchodzi w skład laktozy i występuje na przykład w nasionach soi; sacharoza; maltoza oraz laktoza, czyli naturalny składnik mleka. Wszystkie te cukry występują naturalnie, ale mogą też być dodawane do żywności w trakcie procesu technologicznego.

### Kilka słów o sacharozie

Tradycyjny biały cukier - sacharoza, czyli ten, który najczęściej znajduje się w cukiernicy, jest pozyskiwany z buraków cukrowych. Nie dostarcza organizmowi żadnych wartości odżywczych. Ma wysoki indeks glikemiczny, który powoduje gwałtowny wzrost stężenia glukozy i wydzielania insuliny. Zbyt duża ilość

tego cukru w diecie przyczynia się do podniesienia kwasu moczowego i trójglicerydów we krwi, wzrostu ciśnienia tętniczego, zaburzenia gospodarki lipidowej. Sacharoza wzmacnia ponadto stres oksydacyjny i stan zapalny w organizmie. Zbyt duża ilość sacharozy w diecie może być także powodem zaburzeń naturalnej równowagi mikrobioty jelitowej.

**Nie nadużywaj!  
Zapamiętaj!!! Dla zdrowia NIE JEST dobre nadużywanie żadnego cukru.**

### **Nie eliminuj z diety owoców**

Pamiętaj jednak proszę, że jeśli chcesz zmniejszyć ilość cukru w swoim jadłospisie, nie pozbywaj się cukrów naturalnie występujących w żywności, czyli nie eliminuj ze swojego menu owoców. A co z cukrem w sokach owocowych? Zgodnie z polskim prawem do 100% soków owocowych nie można dodawać cukru, a także: konserwantów, sztucznych barwników i aromatów. Cukier w takim soku pochodzi z owoców, z których sok jest wyprodukowany, dlatego kalorie w nim zawarte to nie są tak zwane puste kalorie! Na każdy gram cukru naturalnie występującego w soku owocowym przypada 20 gramów witamin, składników mineralnych i antyoksydantów. Dlatego 200 mililitrowa szklanka soku jest zalecana jako jedna z pięciu porcji warzyw i owoców w ciągu dnia.

### **Co zamiast cukru?**

#### *Ksylitol*

Jeden z najbardziej znanych zamienników cukru. Można go dodawać do różnego rodzaju żywności. Jest najczęściej wytwarzany z soku z brzozy. Przeciwdziała rozwojowi próchnicy, korzystnie wpływa na odporność organizmu, łagodzi zaparcia. Osoby z wrażliwym przewodem pokarmowym muszą go stosować z rozwagą, ponieważ ksylitol w większych ilościach może powodować wzdęcia biegunki czy ból brzucha.

#### *Erytrol*

Naturalnie występuje w niektórych grzybach i w owocach. Tak jak ksylitol przeciwdziała próchnicy, ma również niski indeks glikemiczny. Nie wpływa negatywnie na poziom glukozy. Jest mniej słodki od tradycyjnego cukru. W dużych ilościach może powodować dolegliwości trawienne, takie jak wzdęcia czy biegunki. Erytrol należy stosować z umiarem (1-2 razy na miesiąc), ponieważ niekorzystnie wpływa na stres oksydacyjny mózgu.

#### *Miód*

Miód może być alternatywą dla cukru. Indeks glikemiczny miodu zależy od tego, który z cukrów - glukoza czy fruktoza - w danym miodzie przeważa. Miody z przewagą fruktozy, np. miód akacyjny, mają

### **Fruktoza, czyli cukier owocowy: kiedy trzeba na nią uważać?**

Źródłem fruktozy w diecie są: owoce, miód i owoce suszone. Jest ona słodsza od sacharozy. Niestety obecnie jednym z głównych źródeł tego cukru jest syrop glukozowo-fruktozowy i kukurydziany, które występują w produktach spożywczych jako cukier dodany. Na nadmiar fruktozy w diecie powinny uważać osoby z zespołem jelita drażliwego i nietolerancją tego cukru. Osoby zdrowe tolerują do 50 gramów fruktozy na posiłek, a osoby z zaburzeniami wchłaniania o połowę mniej, czyli 25 gramów na posiłek.

### **Syrop glukozowo-fruktozowy: dlaczego jest zły?**

Nadmierne spożycie tego syropu zaburza odczucie głodu i sytości. Zwiększa on bowiem poziom hormonu, jakim jest grelina, nie stymuluje przy tym trzustki do wydzielania insuliny i leptyny, więc może prowadzić do nadmiernej konsumpcji. Ponadto zmniejsza wrażliwość tkanek na działanie insuliny, powoduje wzrost ilości tkanki tłuszczowej trzewnej - tej, która odkłada się na brzuchu. Syrop glukozowo-fruktozowy możesz znaleźć w napojach i słodyczach, ale także w: dżemach, owocach kandyzowanych, keczupach i piwie, w sokach zagęszczonych i wyrobach piekarniczych. Ważne jest to, aby czytać etykiety i wybierać produkty, które tego syropu nie zawierają.

niższy indeks glikemiczny. Miód wykazuje właściwości bakteriobójcze, odkażające, zwalcza wirusy, łagodzi kaszel, chroni przed przeziębieniem, obniża poziom cholesterolu oraz chroni serce.

#### *Inulina*

Najczęściej pozyskiwana z cykorii i topinamburu. Jeden z popularniejszych zamienników cukru w produktach spożywczych. Zalety inuliny: przyspiesza perystaltykę jelit, wspiera prawidłowe funkcjonowanie układu odpornościowego i pokarmowego, wpływa na prawidłowy rozwój mikroflory jelit. Tak jak pozostałe zamienniki cukru w zbyt dużych ilościach może powodować biegunkę.

#### *Syrop klonowy*

To naturalny środek słodzący. Jest pozyskiwany z pnia klonu po odparowaniu wody. Nie zawiera konserwantów, a kaloryczność jednej łyżeczki to około 13 kilokalorii (kcal). Jest mniej kaloryczny niż miód. Zawiera witaminy (głównie z grupy B, kwas foliowy, niacynę, biotynę) oraz pierwiastki (magnez, potas, wapń i fosfor). Podobnie do miodu wykazuje właściwości bakteriobójcze. Używany jest głównie do polewania placzków, naleśników, omletów, gofrów czy owoców.

#### *Cukier nierafinowany*

Jest to sproszkowany, nierafinowany sok trzcinowy, dlatego zachowuje swoje cenne właściwości. Zawiera żelazo, wapń oraz magnez. Niestety bardzo często mylony jest z brązowym cukrem, który jest cukrem białym z dodatkiem melasy bądź karmelu. Kaloryczność cukru nierafinowanego zbliżona jest do zwykłego cukru. Polecany dla zdrowia.

#### *Stewia*

Jest słodsza od sacharozy, a jej słodki smak utrzymuje się długo w jamie ustnej. Niestety może pozostawiać również gorzkawy posmak, co nie dla każdego jest akceptowalne.

Stewia zawiera w sobie aminokwasy egzogenne; fruktooligosacharydy; składniki mineralne i witaminy: witaminę C i kwas foliowy. Jest bezpieczna dla zdrowia w ilości 4 miligramy na kilogram masy ciała na dzień. Korzystnie wpływa na organizm, bo działa przeciwbakteryjnie, przeciwwirusowo, przeciwgrzybiczo, antyoksydacyjnie i immunomodulująco. Może też obniżać stężenie cholesterolu całkowitego i zwiększać poziom dobrego cholesterolu. Jest pomocna w przypadku zaburzeń węglowodanowych, ponieważ nie powoduje gwałtownych zmian stężenia glukozy we krwi (ma indeks glikemiczny równy zero), zwiększa insulino-wrażliwość, wzmaga wydzielanie insuliny.

## Czy wiesz, że...

W kilku sytuacjach organizm może mylić pragnienie, czyli fizjologiczne odczucie potrzeby wypicia wody z ochotą na cukier? Zwróć uwagę na to, ile wody wypijasz. Nawet niewielkie odwodnienie może powodować spadek energii i koncentracji. Mózg odczyta je jako potrzebę szybkiego nala-dowania i da ci sygnał, aby zjeść coś słodkiego. Ochota na cukier pojawi się jako pierwsza, ponieważ jest on szybkim źródłem energii. Zatem zamiast napić się wody, będziesz żądać glukozy i jest duża szansa, że zjesz wtedy coś słodkiego. Brak odpowiedniego nawodnienia wpływa również na poziom elektrolitów: sodu i potasu, a to także może zakłócać sygnały głodu i pragnienia. Możesz mieć wtedy ochotę na słodkie lub słone przekąski, na przykład na batoniki ze słonym karmelem czy lody o tym smaku. A tak naprawdę organizm domaga się wody. Na taką sytuację trzeba być wyczulonym szczególnie latem w czasie upałów. Jeżeli w ciągu dnia za mało pijesz, to uczucie ssania w żołądku czy na przykład spadek koncentracji mogą być zinterpretowane jako potrzeba zjedzenia czegoś słodkiego. Dotyczy to zwłaszcza osób, które je-dzą nieregularnie.

## Cukier a odporność organizmu

Cukier został opisany jako „jeden ze składników spożywczych najbardziej szkodliwych dla naszego układu odpornościowego”. Zjedzenie 100 gramów cukrów prostych, takich jak fruktoza, glukoza, sacharoza, hamuje zdolność białych krwinek do niszczenia szkodliwych mikroorganizmów. Spożywanie około 75 gramów glukozy zmniejsza aktywność limfocytów. Im większa ilość cukru w diecie, tym wyższy stopień utraty odporności. Białe krwinki stanowią znaczną część mechanizmu obronnego organizmu przed infekcjami. Gdy ich funkcje są ograniczone, całkowita odpowiedź immunologiczna organizmu też jest ograniczona. Zapamiętaj! Unikaj cukru podczas walki z infekcją. Utrzymywanie niskiego poziomu cukru we krwi jest szczególnie ważne podczas pierwszych dwóch dni ostrej infekcji.

## Czym jest dieta niskowęglowodanowa

Dieta niskowęglowodanowa, inaczej zwana low carb (z angielskiego), ogranicza spożycie węglo-



# Umiesz się zachwycać?

Autorka: Anna Drajewicz

*Pamiętacie Anię z Zielonego Wzgórza? Ona to genialnie potrafiła: szczerze, bezinteresownie. A zachwycała się wszystkim: kamieniem, liściem, wyjątkowym widokiem, rozkosznym smakiem... Te emocje ją uskrzydlały. Czy ty tak potrafisz? Pomyśl; kiedy ostatnio - tak prawdziwie, z „głębi swojego jestestwa” zaparło ci dech w piersiach?*

Zachwyt jest cudowną emocją, dopiero „odkrytą” przez psychologów w XXI wieku. Do tej pory zajmowano się diagnostyką, a diagnozuje się choroby, a nie zdrowie. Interesowano się zatem tylko tym, co wadliwe, co trzeba naprawić. Tym, co sprzyja świetnemu funkcjonowaniu - dobrymi emocjami - zajęto się dopiero na początku naszego stulecia. A zachwyt należy do grupy emocji pozytywnych; mocnych i intensywnych, związanych z przeżywaniem szczęścia. „Unoszą” nas i poszerzają pole widzenia. Zachwycając się - czujemy głębiej, przeżywamy mocniej. Krzyczymy, płaczymy, głęboko oddychamy, wstrzymujemy oddech - chwilo TRWAJ! Dla nich bez problemu wstawiamy przed świtem, aby „doświadczać”; na przykład obserwować wschód słońca nad morzem. Czujemy się wtedy częścią czegoś niezwykłego. W tym momencie nie zajmujemy się sobą; jeśli zaczynamy oceniać, wartościować - oznacza to jedno - uczucie zachwyty minęło. Naucz się tej sztuki: widzieć piękno w drobnych, małych rzeczach. Podziwiaj soczystą zieloność wiosny, poczuj słodkość banana, aromat wypijanej kawy/herbaty. Docień wyjątkowość udekorowania dania na talerzu, rozkoszuj się każdym kęsem ulubionego ciasta. Pochyl się nad pierwiosnkiem, wychylającym się z brei topniejącego śniegu.



Jednym słowem - bądź uważny. Nie będziesz miał wtedy problemu z myśleniem: czy zażyłem kapsułkę, gdzie położyłem klucze, czy zamknąłem drzwi na klucz. Już kiedyś pisałam, że multitasting, którym - jeszcze do niedawna, zachwycał się świat, odchodzi do lamusa. Skupiając się na rzeczy, którą robisz w danej chwili, zaskarbisz sobie spokój i dogłębne przeżycie chwili, towarzyszącej temu działaniu. Jeśli zjadasz ulubiony deser, dłużej pozostanie w tobie uczucie zadowolenia, błogości. Stąd już mały krok do zauważenia ludzi wokół ciebie. Czy doceniasz, co dla ciebie robią? Więcej; czy powiedzialesz im, ile dla ciebie znaczą? Pamiętaj, to co nie wypowiedziane, NIE ISTNIEJE. A propo's: czy wiesz, że bycie uważnym pozwala lepiej radzić sobie ze stresem? Jak wylicza psycholog, Melanie Greenberg, uważność „pomaga zwolnić częstotliwość oddechów i tętno. Pozwala osiągnąć stan spokoju i odprężenia umysłu, który skłania układ nerwowy do wytłumienia fizjologicznych aspektów reakcji walki”. Przed nami wyjątkowy czas spotkań; rodzinnych, w gronie przyjaciół znajomych. Czy ci, którzy wiele dla ciebie znaczą - o tym wiedzą? Jak składasz życzenia? Czy pomyślisz, żeby je „spersonalizować” i dopasować do osoby, której je składasz? Niech to nie będzie wysłowione „wszystkiego najlepszego” albo kopiuj/wklej na Facebook'u. Postaraj się choć trochę; co chciałaby usłyszeć osoba, której je składasz? A może to dobry moment, żeby jej za coś podziękować? Czasem, jak nie wiesz, wystarczy serdeczne przytulenie i słowa: dobrze, że jesteś. Pamiętajcie kompromitujące zdanie wygłoszone przez Marka Zuckerberga, który z typową dla siebie bez troską powiedział: „młodzi ludzie są mądrzejsi”. Otóż nie panie Marku; cały świat nauki ma coraz więcej dowodów, że jest pan w błędzie! Dojrzały umysł to umysł piękny, doświadczony i w pełnym rozkwicie. Obalono tezę, że starszy mózg się nie uczy; otóż uczy się, tylko trzeba mu zapewnić odpowiednie „środowisko”. Będzie tworzył nowe połączenia między neuronami, jeśli będziesz ciekawy świata i ludzi, będziesz się dowiadywał nowych rzeczy, dyskutował o nich -najlepiej z tymi, z którymi się nie zgadzasz. To stymuluje nasz intelekt. Dużo czytaj, słuchaj muzyki; poznawaj nieznaną, choćby słuchając podcastów. Miej pasję, która cię będzie inspirować i nakręcać do aktywności. A najlepiej cel, który chcesz osiągnąć. W psychologii istnieje fascynujące zjawisko, nazywane efektem Zeigarnik (od nazwiska badaczki Blumy Zeigarnik). Otóż odkryła ona, że nasz mózg ma zakodowaną skłonność do domykania. Najlepiej pamiętamy to, co wydawało się nie mieć zakończenia. Intryguje nas, co było dalej. Perfekcyjnie wykorzystują to scenarzyści; wykorzystują opisany efekt jako tzw. zawieszenie na krawędzi. Dlatego odcinek serialu kończy się w emocjonującym momencie, abyśmy nie mogli doczekać kolejnego. Bankowo zasiądziemy wtedy przed telewizorem, prawda? Postaraj się przenieść to do swojego życia. Niech codziennie nakręca cię pasja i cel. Moim zdaniem, najlepsza jest do tego – miłość. W szerokim słowa znaczeniu. Wspaniale wypowiedziała się na ten temat znana aktorka, Jeanne Moreau: „Starość nie chroni przed miłością. Za to miłość potrafi ochronić przed starością”. I tej życzę wam w obfitości na cały 2026 rok.

# Bieg z przeszkodami po rentę – część trzecia

Autor: Wojciech Mikołuszko

*Już napisałem dwie części mojej gehenny po rentę. Czas na część trzecią.*

Poprzednio skończyłem na tym, że ma mnie obejrzeć komisja lekarska. Okazało się, że nie może przyjechać do mnie. Ja muszę się wybrać. No to się wybrałem. Obejrzała mnie jedna pani doktor. Zgodnie z moim oczekiwaniem uznała, że jestem niepełnosprawny w stopniu znacznym. Po pierwsze podwyższyła mi stopień niepełnosprawności tylko do końca okresu, do kiedy miałem stopień umiarkowany, czyli do któregoś sierpnia 2026 r. Kiedy dostałem decyzję złożyłem odwołanie. Napisałem, że chcę przyznania mi znacznego stopnia niepełnosprawności na trzy lata (nie dają bezterminowo). Przesłano mi więc smsa z datą oraz godziną i słowami „obecność obowiązkowa”. Skoro obowiązkowa, to pojechałem. Było wyraźnie napisane, że zostanę przyjęty o godz. 12.00. Byłem tuż przed. Ze mną czekała pani, której mąż miał też wyznaczoną godzinę. Od niej dowiedziałem się, że chciała przesunąć godzinę, bo mąż miał mieć operację. Nie dało się. O wyznaczonej godzinie pani męża nie zawołano. Musiała dzwonić i ponownie przekładać operację. Mnie również nie zawołano o 12.00. Czekałem do 12.55. Byłem głodny. Nie udało mi się nic zamówić do jedzenia. Opuściłem więc to miejsce i wróciłem do domu. Po powrocie odpisałem na smsa, którego dostałem. Po jakimś czasie uzyskałem odpowiedź, że mam nie pisać na ten numer. Do mnie można, ja nie mogę.



## Druki ERP-7

Po drugie dowiedziałem się, że jeszcze to nie koniec mojej gehenny. Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Warszawie nie jest instytucją, która może mi przyznać rentę. To Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Moja księgowia (tak, prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą i mam księgową) powiedziała mi, że mam zdobyć zaświadczenia o studiach i druki o kryptonimie ERP-7 od swoich byłych pracodawców. Zacznę od studiów. Uczyłem się na Międzywydziałowych Indywidualnych Studiach Matematyczno-Przyrodniczych (w skrócie MISMaP) na Uniwersytecie Warszawskim. W tamtym czasie MISMaP nie przyznawał dyplomów magisterskich.

Pod koniec studiów trzeba więc było przejść na jakichś wydział. Moja promotorka, specjalistka od kopalnych roślin, pracowała na Wydziale Geologii. Tam więc musiałem się przenieść. Byłem przekonany, że zostanę naukowcem. Poszedłem więc na studia doktoranckie. W ich trakcie zmieniłem zdanie. Rzuciłem i je wstąpiłem na podyplomową Szkołę Reportażu Collegium Civitas. Napisałem pracę dyplomową, ale jej nie obroniłem. Poszedłem do pracy, a rynek, jak się okazało, potrzebował ludzi, którzy jednocześnie umieją pisać i znają się na nauce. To ja. Potrzebowałem więc zdobyć zaświadczenie z MISMaP, Wydziału Geologii UW i Szkoły Reportażu Uniwersytetu Civitas (Collegium Civitas stało się uniwersytetem). Musiałem wysłać maila do każdej z tych trzech instytucji i czekać na przesyłkę. A jeszcze potrzebowałem wysłać maila do firm, w których pracowałem zanim założyłem jednoosobową działalność gospodarczą. A tych było kilka. Portal Ahoj.pl już nie istnieje i żadna z firm nie przejęła jego archiwów. „Gazeta Wyborcza” jest nadal wydawana przez spółkę Agora SA. „National Geographic Polska” należał do firmy G+J Polska, ale już po moim odejściu to czasopismo i jego archiwa przeniesiono do spółki Burda Media Polska. Miałem więc kogo poprosić. Potrzebne też były świadectwa pracy od każdej z firm. Zawsze mi dawano je przy odejściu. Niestety, w czasie licznych przeprowadzek musiałem je zgubić. Dlatego też wystąpiłem o kopie duplikatów. Do każdej z firm oddzielnie.

## Druk OL-9

Myślałem, że jak już zdobyłem zaświadczenia o studiach, świadectwa pracy i druki ERP-7 to już koniec. Byłem nadmiernie optymistyczny. Teraz miałem zdobyć druk OL-9. Ten może wypełnić wyłącznie lekarz. A mój neurolog mieszka w Łodzi. Musiałem więc do niego wysłać maila z linkiem i prośbą o wypełnienie druku OL-9. Kiedy on go wypełnił, przekazał swojej sekretarce, która wysłała mi go pocztą. Jak go wyjąłem ze skrzynki pocztowej nie mogłem się napatrzeć. Zadzwoiłem do mojej księgowej. Powiedziała mi, że wśród świadectw pracy brakuje tego z Uniwersytetu Warszawskiego, gdzie pracowałem w biurze promocji Wydziału Biologii od 16 lipca do 31 sierpnia 2025 r. To był krótki epizod, ale był. Znalazłem świadectwo pracy z UW. Moja księgowa nie pracuje w Warszawie, lecz w mieście, gdzie się urodziłem i wychowałem: Bielsku Podlaskim. Druk OL-9 i świadectwo pracy z Uniwersytetu Warszawskiego przekazałem więc tacie, który odwiedził mnie podczas swojej wizyty w stolicy. On zawiózł dokumenty księgowej. 9 grudnia 2025 r. ona zaś zaniósła je do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. O żadne inne dokumenty nie poproszono. Teraz zostaną one przesłane do Warszawy i komisja lekarska ma przyjechać do mnie. Gehenna trwa.



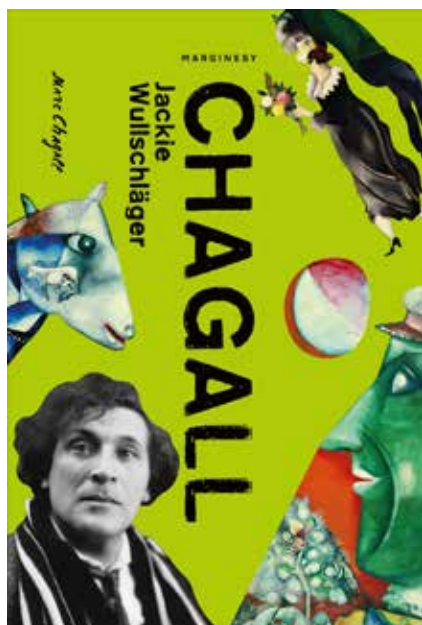
## mól książkowy.

Autor: Paweł Gąska



**Tytuł: Kiedy żurawie odlatują na południe**  
**Autorka: Lisa Ridzen**  
**Wydawnictwo: Albatros**

Bosse Andersson ma prawie pięćdziesiąt lat, mieszka samotnie w niewielkim miasteczku. Żona, Frederika od kilku lat jest w domu opieki – ma demencję. Jedyłą pociechą dla mężczyzny jest jego wierny przyjaciel, pies Sixten. Odwiedzają go również cztery razy dziennie pracownicy Pomocy Domowej – przygotowują posiłki i pilnują, by Bo je zjadł, trochę też ogarną dom. Czasem też wpada jego syn, Hans. Rzadziej pojawia się wnuczka. Ale każdy przyjazd Ellinor to dla Bosse wielkie święto. Wszystko się zmienia, gdy pewnego dnia Hans informuje ojca, że podjął decyzję, by oddać w dobre ręce Sixtena. Na Bosse pada bładv strach! Przecież pies to jego jedyny przyjaciel. Obmyśla plan jak przechytrzyć syna... Jednak ta powieść to przede wszystkim historia życia, którą nam opowiada od swojego wczesnego dzieciństwa, poprzez młodość, moment kiedy poznał Frederikę, dorosłość, aż po dziś. Prowadzi również rozmowy ze swoją żoną, tak jakby cały czas była tuż obok niego. Śledząc opowieść Bosse zdajemy sobie sprawę z ulotności życia, że tak naprawdę jest tylko chwilą, którą można streścić na trzystu paru stronach. Ale ta książka to także pochwała życia i próba oswojania śmierci. To co przeżyjemy jest nasze i nikt nam tego nie odbierze. Powieść przy, której na pewno uronimy łzę, ale warto po nią sięgnąć.



**Tytuł: Chagall**  
**Autorka: Jackie Wullschläger**  
**Wydawnictwo: Marginesy**

Biografia autorstwa Jackie Wullschläger to fascynujące i wielowymiarowe spojrzenie na życie i twórczość Marca Chagalla – artysty, którego kolor i symbolika wyróżniały na tle XX – wiecznej sztuki. Książka prowadzi przez burzliwe losy malarza, od dzieciństwa w żydowskim Szetlu na terenach dzisiejszej Białorusi, przez Paryż, Berlin, aż po Amerykę i południe Francji. Wullschläger zręcznie łączy tło historyczne z osobistymi dramatami Chagalla – wojny, rewolucje, emigrację oraz rodzinne konflikty, które odcisnęły piętno na jego życiu. Autorka ukazuje chlubę i ciężar związane z żydowskim dziedzictwem artysty, a także emocjonalne portrety bliskich mu kobiet, które były nie tylko muzami, ale często również ofiarami jego silnej osobowości. Narracja jest jednocześnie szczegółowa i przystępna, dzięki czemu nawet czytelnik niezaznajomiony z historią sztuki może zanurzyć się w barwny świat Chagalla. Wullschläger nie idealizuje artysty, odstawiając jego sprzeczności i obsesje, co sprawia, że portret staje się bardziej ludzki i autentyczny. Książka ma bogactwo ilustracji i archiwalnych materiałów, które wzmacniają odbiór i oddają magię kolorów typowych dla Chagalla. To pozycja obowiązkowa dla miłośników sztuki i biografii, która głęboko oddaje ducha twórczości jednego z największych malarzy ubiegłego wieku. Książka to hołd dla artysty, który mimo tragicznych czasów potrafił tworzyć obrazy pełne marzeń, symboli i nadziei, pozostając w pamięci jako mistrz koloru i surrealistycznej poezji obrazu.

Katarzyna Zyskowska to jedna z najpopularniejszych i najpoczytniejszych polskich pisarek. Jest mistrzynią beletryzowanych biografii (Alchemia – historia miłości Marii Skłodowskiej – Curie, Szklane ptaki – biografia Krzysztofa Kamila Baczyńskiego), a także powieści opartych na faktach (Sprawa Hoffmanowej, Nocami krzyczą sarny). W swojej najnowszej propozycji czytelniczej zabiera nas do przedwojennej Warszawy. Jest rok 1937. Ona, Hanna Hryniewicz – młoda, obiecująca pisarka, on – Lew Oszerski, żydowski prawnik, pełen wiary w sprawiedliwość i sens walki o nią. Połączyły ich ideały i wizja lepszego jutra. A także gorąca namiętność. Rozdzieliła wojna. Gdy się znów spotkali w wolnej Polsce byli już innymi ludźmi. Ona wciąż żyła ideałami. Wylądowała w komunistycznej katowni. On budował nowy ład i był oficerem urzędu bezpieczeństwa. Wystarczyłoby jedno słowo, a Hanna wyszłaby na wolność. Jednak Lew nie chce przyznać się do swojej przedwojennej miłości. Powieść o namiętności w trudnych czasach, odwadze i próbie wymazywania pamięci. A także o odwadze cywilnej i zaprzeczonych ideałach.



**Tytuł: Mrok jest po naszej stronie**  
**Autorka: Katarzyna Zyskowska**  
**Wydawnictwo: Znak Literanova**



POLSKIE TOWARZYSTWO  
STWARDNIENIA ROZSIANE

# Gdzie znaleźć nasze lokalne oddziały:

## **PTSR Oddział Dolnośląski**

ul. Szybowcowa 23  
54-130 Wrocław  
+48 609 102 000, +48 609 004 093

## **PTSR Oddział Gnieźnieński**

ul. Wojska Polskiego 1  
62-300 Września  
+48 792 792 751, +48 693 119 557

## **PTSR Oddział Kaszubski z siedzibą w Luzinie**

ul. Mickiewicza 22 (spotkania);  
ul. Letnia 1 (biuro)  
84-242 Luzino  
+48 607 473 585

## **PTSR Oddział Kociewski w Tczewie**

ul. 30 stycznia m 4  
83 - 110 Tczew  
+48 608 039 262

## **PTSR Oddział Nadbużański z siedzibą w Białej Podlaskiej**

ul. Zygmunta Augusta 6  
21-500 Biała Podlaska  
+48 536 317 204

## **PTSR Oddział Pomorski**

ul. Narcyzowa 1A/lok.20  
81-653 Gdynia  
+48 669 167 001

## **PTSR Oddział w Ciechanowie**

ul. Batalionów Chłopskich 12  
06-400 Ciechanów  
+48 507 169 607

## **PTSR Oddział w Koninie**

ul. Noskowskiego 1A  
62-510 Konin  
+48 798 776 362, +48 798 496 177

## **PTSR Oddział w Końskich**

ul. Gimnazjalna 41B  
26-200 Końskie  
+48 881 706 203

## **PTSR Oddział w Koszalinie**

ul. Morska 9A  
75-212 Koszalin  
+48 514 191 203

## **PTSR Oddział w Krakowie**

ul. Kalwaryjska 32/11  
30-504 Kraków  
+48 513 173 192

## **PTSR Oddział w Lublinie**

ul. Okopowa 5 lok. 357  
20-022 Lublin  
+48 724 691 786

## **PTSR Oddział w Łodzi**

Al. Marszałka J. Piłsudskiego 133 D lokal  
305 A  
92-318 Łódź  
+48 505 034 909

## **PTSR Oddział w Olsztynie**

Tarasa Szewczenki 1  
10-273 Olsztyn  
+48 453 524 176

## **PTSR Oddział w Radomiu**

ul. Daszyńskiego 5  
26-600 Radom  
+48 667 704 416

## **PTSR Oddział w Sanoku**

ul. Konarskiego 26  
38-500 Sanok  
+48 601 192 522

## **PTSR Oddział w Sieradzu**

ul. Jana Pawła II 41A  
98-200 Sieradz  
+48 784 642 182

## **PTSR Oddział w Sławkowie**

ul. Gen. W. Sikorskiego 4  
41-260 Sławków  
+48 880 393 935

## **PTSR Oddział w Szczecinie**

ul. Dworcowa 19  
70-206 Szczecin  
+48 781 131 513

## **PTSR Oddział w Tarnowie**

ul. Bema 14  
33-100 Tarnów  
+48 884 222 082

## **PTSR Oddział Warszawski**

ul. Nowosielecka 12  
00-466 Warszawa  
(22) 831 00 76/77

## **PTSR Oddział Wielkopolska**

ul. Święty Marcin 34a  
61-805 Poznań  
(61) 881 97 35, 725 472 833

## **PTSR Oddział Zawiercie**

ul. Powstańców Śląskich 1  
42-400 Zawiercie  
+48 502 078 874

## **PTSR Oddział Ziemi Cieszyńskiej**

ul. Główna 13  
43-424 Drogomyśl  
+48 667 690 742



Wydawnictwo SM Express jest współfinansowane w ramach projektu „Wspieramy aktywność” przez:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych