

RAPORT

Półpasiec oczami pacjentów

zapobieganie • leczenie • powikłania

2024

Pótpasiec oczami pacjentów. Zapobieganie – leczenie – powikłania
Warszawa 2024

Partnerzy:



Autorzy:

- Małgorzata Malec-Milewska
- Katarzyna Dudek
- Krzysztof Jakubiak
- Iwona Kazimierska

Wydawca:

Modern Healthcare Institute
ISBN 978-83-970117-0-0



Warszawa, 2024

Półpasiec oczami pacjentów

zapobieganie • leczenie • powikłania

”

Pacjentka, 71 lat:
„Nie wiedziałam nic na temat szczepionki przed zachorowaniem. Aktualnie mam na ten temat wiedzę. Jednak jest ona zbyt droga i nie stać mnie”

„Niesamowity ból z tyłu pleców, aż do klatki piersiowej, w jednej linii. Nie pomagały żadne leki, nawet podawane dożylnie.”

Pacjentka, 68 lat:
„Czuję się pokrzywdzona, że mimo iż skutki tej choroby mam już przez osiem lat, czyli jest to choroba przewlekła, leki które stosuję są płatne 100%. Skoro nie ma innych leków, to te stosowane powinny być refundowane”.

„Te swędzące pęcherze to był koszmar. Trudno zapanować nad potrzebą drapania się.”

Pacjent, 67 lat:

„W trakcie leczenia powinno być więcej rehabilitacji (laser, akupunktura), może należy włączyć masaż miejsc zmienionych, a także refundację leków z NFZ.”

Pacjentka, 59 lat:

„W społeczeństwie, szczególnie wśród 50 i 60-latków nie ma tej wiedzy, a ryzyko jest. Potrzebna kampania informacyjna + wsparcie systemowe.”

„Każdemu będę polecać szczepienie. Młodym i starszym, bo nigdy nie wiadomo, kiedy półpasiec zaatakuje. Naprawdę za wszelką cenę trzeba uniknąć związanego z nim bólu.”

„Dotkliwie objawy, które zatrzymały mnie w łóżku, trwały prawie 3 miesiące.”

„Musiłam mieć w trybie pilnym przeszczep rogówki.”



Spis treści

Podsumowanie i rekomendacje	5
Komentarz <i>dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska</i>	6
Komentarz <i>Magdalena Kołodziej</i>	9
Rozdział 1. Półpasiec oczami pacjentów <i>Katarzyna Dudek, Krzysztof Jakubiak, Iwona Kazimierska</i>	10
Rozdział 2. Leczenie chorego z półpaścem i neuralgią po półpaściu <i>Dr hab. n. med. prof. CMKP Małgorzata Malec-Milewska</i>	16
Rozdział 3. Analiza ilościowa badania ankietowego <i>Katarzyna Dudek, Krzysztof Jakubiak</i>	24
Piśmiennictwo	30
Załącznik 1. Ankieta pacjencka	31

Podsumowanie i rekomendacje

Badania ankietowe przeprowadzone w dwóch ośrodkach klinicznych wykazały, że dominującym odczuciem i przeżyciem związanym z chorowaniem na półpasiec było odczuwanie bólu. W wielu przypadkach przerodził się on w długotrwały problem zdrowotny znacząco obniżający jakość życia.

Średni wiek zachorowania ankietowanych osób na półpaśca wyniósł 68 lat. Rozpoznanie choroby następuje najczęściej (64 proc.) przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, natomiast w 22 proc. – w szpitalu lub na SOR.

Refundacja szczepienia przeciwko półpaścowi to niewątpliwie właściwy kierunek do zapewnienia dostępności profilaktyki dla osób dorosłych. Kolejnym ważnym wyzwaniem jest zmniejszanie bariery finansowej związanej z kosztem szczepionki oraz udostępnianie jej kolejnym pacjentom z grup ryzyka.

Półpasiec ma ciężki przebieg, zwłaszcza u osób w wieku starszym, które są obciążone wieloma chorobami przewlekłymi. Prawie każda ankietowana osoba cierpiała na choroby współistniejące. Najczęściej wymieniane było nadciśnienie tętnicze (59 proc.), następnie cukrzyca (20 proc.), rak piersi (12 proc.), choroba niedokrwienna serca (11 proc.) i niedoczynność tarczycy (9 proc.).

Pacjentom brakuje wiedzy o chorobie, metodach jej leczenia i zapobiegania, w tym o możliwości zaszczepienia się. Mimo przechorowania półpaśca, część osób zadeklarowała, że nadal nie rozumie, skąd się wzięła u nich ta choroba. Ci doinformowani wiedzę najczęściej uzyskali od lekarzy (43 proc.), niektórzy od najbliższej rodziny i znajomych (15 proc.). Nieliczni jako źródło informacji podali Internet i inne media (10 proc.). Niestety, wiedza pojawiała się przeważnie dopiero w trakcie choroby.

Wyniki badania osób, które chorowały na półpasiec w latach 2007-2023, potwierdzają, że największym i najdłuższym odczuwanym problemem zdrowotnym związanym z chorobą jest długotrwały, utrzymujący się nawet latami ból o różnym charakterze i natężeniu. Przetrwwały ból – najczęściej wymieniany przez ankietowanych (58 proc. pacjentów,

którzy wzięli udział w badaniu) skutek choroby – może nasilać się przy zmianie pogody, pochylaniu się, w reakcji na zimno. Parestezje jako długookresowe skutki choroby wskazało 23 proc. ankietowanych, 6 proc. wymieniło zaburzenia równowagi i zawroty głowy. Nierzadko pacjenci wskazywali kilka powikłań półpaśca, w tym również świąd i pieczenie skóry, blizny po wysypce, niedostuch, zaburzenia nastroju i codziennego funkcjonowania, działania niepożądane stosowanych leków.

Wskazane jest szybkie i właściwe leczenie ostrej fazy półpaśca, ponieważ czas trwania i nasilenie bólu uważane są za podstawowy czynnik ryzyka neuralgii popółpaścowej (PHN).

Ponad połowa (57 proc.) ankietowanych doświadczyła trudności w procesie diagnostyki i leczenia, które polegały przede wszystkim (połowa wskazań) na utrudnionym dostępie do lekarza lub zbyt długim oczekiwaniu na wizytę. Wskazywano również na brak informacji lub błędy w komunikacji, brak rozpoznania lub błędną diagnozę, nieskuteczne leczenie dotyczące zwłaszcza zwalczania dolegliwości bólowych.

Aż 63 proc. badanych nie wiedziało do momentu wypełnienia ankiety, że szczepionka przeciwko półpaścowi w ogóle istnieje. Zaledwie 24 proc. pacjentów dowiedziało się o tym w czasie choroby, a tylko 10 proc. miało taką wiedzę wcześniej, przed zachorowaniem. W naturalny sposób ankietowani wskazywali, że gdyby miały nastąpić zmiany w procesie diagnozy i leczenia – to przede wszystkim powinny one dotyczyć upowszechniania wiedzy o szczepieniach (tak wskazało 59 proc. osób). Kolejne 29 proc. wskazało, że potrzebne jest upowszechnianie informacji o samej chorobie i jej przebiegu, a 14 proc. – edukacja na temat metod jej leczenia.

Potrzebne są działania edukacyjne dotyczące profilaktyki półpaśca, jego objawów i długotrwałych skutków, a także metod leczenia i zapobiegania, w tym szczepień.

Komentarz

Dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska, EDPM

Prezes Polskiego Towarzystwa Badania Bólu

Członek Executive Board, European Pain Federation EFIC 2017-2023

Zakład Badania i Leczenia Bólu UJ CM Kraków

Półpasiec jest chorobą zakaźną, manifestującą się reaktywacją utajonego zakażenia wirusem ospy wietrznej – *Varicella zoster* (VZV) po przechorowaniu lub bezobjawowej ekspozycji na tego wirusa w dzieciństwie, albo w młodości. Po ekspozycji, wirus pozostaje w uśpieniu w zwojach układu nerwowego (nerwu trójdzielnego i nerwów rdzeniowych), czyli utrzymuje się bezobjawowo u osób, które przebyły ospę wietrzną lub miały kontakt z wirusem VZV. **Wirus drzemie w układzie nerwowym przez wiele lat i czasem ulega w nim reaktywacji. Wedle danych epidemiologicznych prawie każda osoba w populacji Polski miała kontakt z wirusem VZV. VZV ze stanu uśpienia reaktywuje się u 10-20 proc. pacjentów, tzn. rozwinie się u nich półpasiec.** Można więc przyjąć, że tak ogromny odsetek populacji Polski jest potencjalnie narażony na rozwinięcie półpaśca. Współczesna wiedza nie zna odpowiedzi, dlaczego tylko u niektórych osób dojdzie do reaktywacji wirusa VZV. Wiadomo natomiast, że **półpasiec występuje częściej u osób z obniżoną odpornością, starszych, z nowotworami (szczególnie chłoniakami), u osób otrzymujących chemioterapię lub steroidoterapię, a także zakażonych HIV (*human immunodeficiency virus*).** Czynniki wywołującymi półpasiec są najczęściej stres emocjonalny, stosowanie leków (leki immunosupresyjne), obecność nowotworu złośliwego.

Bardzo istotnych danych na temat półpaśca, jego powikłań i postrzegania choroby przez pacjentów dostarcza raport pt. „Półpasiec oczami pacjentów – zapobieganie, leczenie, powikłania”, opracowany przez Modern Healthcare Institute, autorstwa Krzysztofa Jakubiaka, Małgorzaty Małec-Milewskiej, Katarzyny Dudek i Iwony Kazimierskiej. Raport został przeprowadzony na podstawie ankiet zebranych od pacjentów, leczonych w wielospecjalistycznych poradniach leczenia bólu w Warszawie i Krakowie, stąd dane przedstawione w raporcie odnoszą się do rzeczywistej, codziennej praktyki klinicznej. Informacje uzyskane bezpośrednio od pacjentów pozwalają na analizę danego problemu

zdrowotnego, ponadto na opracowanie i wdrożenie działań poprawiających istniejący stan rzeczy.

Dane w raporcie pokazują jasno, że półpasiec i neuralgia popółpaścowa dotyczy osób w wieku podeszłym (średnia wieku badanych to 73 lata) i z chorobami współistniejącymi (90% ankietowanych), a taki profil pacjentów wymaga szczególnej uwagi przy doborze odpowiedniego, skutecznego i bezpiecznego leczenia.

W raporcie zwracają uwagę wypowiedzi pacjentów odnoszące się do znajomości przyczyny półpaśca i podkreślające brak takiej wiedzy przed zachorowaniem. To w oczywisty sposób pokazuje, że

konieczne jest jak najszybsze opracowanie fachowych materiałów informacyjnych na temat półpaśca, jego powikłań, leczenia i możliwości zapobiegania, oraz propagowanie tej wiedzy odpowiednimi kanałami informacyjnymi.

Kolejnym ważnym aspektem z punktu widzenia klinicznego są objawy, jakie zgłaszają chorzy w trakcie ostrej fazy półpaśca, a w szczególności ból. Wypowiedzi pacjentów wskazują, że ten dokuczliwy i ciężki objaw dominował i w największym stopniu wpływał na ich życie. Co więcej, ból nie zawsze był leczony zgodnie z zaleceniami, a niejednokrotnie był nawet lekceważony przez pracowników ochrony zdrowia. To również wskazuje na potrzebę intensywnej edukacji w zakresie leczenia bólu i niekorzystnych następstw nieadekwatnie leczonego bólu, następstw nie tylko dla pacjenta,

ale także dla systemów ochrony zdrowia. Pamiętać należy, że leczenie bólu u chorego z ostrą fazą półpaśca będzie nieco inne niż leczenie neuralgii po półpaścu – i to również należy ująć w materiałach edukacyjnych dla lekarzy.

U większości chorych półpasiec leczy się bez poważnych następstw. Może także ulec powikłaniu, a najczęstszym z nich i najbardziej dokuczliwym dla pacjentów jest neuralgia popółpaścowa. Neuralgia popółpaścowa, zgodnie z definicją, jest to ból, który trwa w obrębie dotkniętych półpaścem dermatomów, powyżej 3 miesięcy od wystąpienia zmian półpaścowych na skórze. Neuralgia popółpaścowa najczęściej dotyczy osób w wieku podeszłym – im człowiek starszy, tym ryzyko tego powikłania jest większe. Dotyczy to szczególnie pacjentów powyżej 50 r. ż. Wedle statystyk 20-30 proc. chorych rozwinię neuralgię popółpaścową – im jesteśmy starsi, tym ten odsetek jest większy, a u osób powyżej 70 r.ż. nawet 75 proc. pacjentów może rozwinąć neuralgię popółpaścową. Neuralgia po półpaścu jest typowym przykładem bólu neuropatycznego – jest to taki rodzaj bólu, który wynika z uszkodzenia układu nerwowego i we współczesnej medycynie jest jednym z najtrudniej leczących się zespołów bólowych. Omawiana neuralgia nie zawsze objawia się jako typowy ból. Może to być bardzo dokuczliwa przeczulica na dotyk, temperaturę, nadmierna reakcja na bodźce bólowe, co także przejawia się w wypowiedziach pacjentów w omawianym raporcie.

Neuralgia popółpaścowa niestety bardzo trudno się leczy – dolegliwości bólowe udaje się zmniejszyć u ok. 50 proc. chorych, pomimo stosowania licznych leków i metod inwazyjnych.

W praktyce klinicznej widzimy też pacjentów, u których pomimo leczenia zgodnego z zaleceniami ekspertów ból nie znika i utrzymuje się nawet do końca życia. Wiąże się to z ogromnymi dramatami ludzkimi, znacznym pogorszeniem wszelkich aspektów jakości życia chorego, ale także jego bliskich. W raporcie pacjenci skarżą się głównie na ból, ale także zaburzenia snu, codziennego funkcjonowania, a dokuczliwe są również objawy niepożądane leków stosowanych w terapii neuralgii po półpaścu.

Ból neuropatyczny leczy się, tzw. koanalgetykami – nie są to typowe leki przeciwbólowe, ale ich mechanizm działa na przeczulicę i jest w stanie ją łagodzić. Stosowane są także leki miejscowe – np. plastry z lidokainą, znacznie bezpieczniejsze od leków systemowych pod kątem ryzyka objawów niepożądanych, ale wadą tego leczenia są koszty. Leki systemowe doustne – przeciwpadaczkowe, przeciwdepresyjne, analgetyki opioidowe – mogą z kolei indukować objawy niepożądane, szczególnie w populacji osób w wieku

podeszłym. Prócz leków stosowane są blokady czy metody neuromodulacyjne.

Celem leczenia jest zmniejszenie bólu o 30-50 proc., co znacząco poprawia jakość życia chorych. Takie cele udaje się uzyskać u połowy pacjentów, ale często kosztem objawów niepożądanych indukowanych lekami. Pozostali cierpią na dolegliwości bólowe do końca życia.

Wypowiedzi pacjentów przytoczone w raporcie zwracają uwagę na konieczność lepszego dostępu do farmakoterapii. Głównym ograniczeniem dostępu do leczenia jest brak refundacji leków, a pacjenci postrzegają neuralgię po półpaścu jako chorobę przewlekłą i oczekują poprawy w zakresie dostępu do leczenia. Takie informacje są niezwykle przydatne i z pewnością powinny być wykorzystane w negocjacjach z organizatorami opieki zdrowotnej w Polsce, dotyczących refundacji leków stosowanych w leczeniu chorych z bólem neuropatycznym.

Obecnie na rynku polskim istnieje możliwość wdrożenia profilaktyki, zarówno półpaśca, jak i neuralgii popółpaścowej. Taką opcję daje szczepienie przeciw półpaścowi i neuralgii popółpaścowej.

Jest to unikalna opcja, jeśli chodzi o **profilaktykę bólu przewlekłego**. Szczepionka jest **przeznaczona dla osób powyżej 50 r.ż.**, ale również dla osób **po 18 r.ż. ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na półpaśca**, czyli wszystkich osób z grupy ryzyka (z chorobami nowotworowymi, po przeszczepach, nosicieli HIV). Jako Polskie Towarzystwo Badania Bólu rekomendujemy tę formę profilaktyki. Badania pokazują, że szczepionka zabezpiecza przed chorobą i neuralgią popółpaścową nawet do 10 lat po jej podaniu, a jej skuteczność według najnowszych badań sięga 90-100 proc. Dostępność tej szczepionki dla polskich pacjentów – to ogromny postęp w medycynie i wakcynologii, jaki dokonał się w ostatnich latach. Jej szersze stosowanie może w znaczący sposób obniżyć wydatki na leczenie omawianej grupy chorych, ale istotniejsze jest zmniejszenie ryzyka niepotrzebnego cierpienia i pogorszenia jakości życia chorych, którzy potencjalnie mogliby zachorować na półpasiec i jego powikłania. Ankietowani chorzy w swoich wypowiedziach podkreślali, że nadal brak jest powszechnej informacji nt. szczepień ochronnych przeciwko półpaścowi, a ponad 80 proc. z nich takie szczepienie

polecałoby innym osobom. Jest to więc najlepsza, bo oddolna, rekomendacja szczepienia przeciwko półpaścowi, a pacjenci już chorzy dostrzegają ogromną wartość tego szczepienia ochronnego.

Podsumowując, dane zawarte w raporcie są niezwykle cenne, gdyż pokazują jasno, jakie dalsze działania jak najszybciej powinny podjąć towarzystwa naukowe, decydenci

i organizatorzy ochrony zdrowia w celu poprawy sytuacji pacjentów w Polsce i zmniejszenia ryzyka półpaśca oraz neuralgii popółpaścowej. Wraz z rozpowszechnieniem szczepionki przeciwko półpaścowi w grupie, dla której jest przeznaczona, wraz z jej refundacją, neuralgia popółpaścowa oraz półpasiec jako choroby – miejmy nadzieję – odejdą w zapomnienie w ciągu najbliższych 5-10 lat.

Komentarz

Magdalena Kołodziej

prezes zarządu Fundacji MY Pacjenci

Badanie przeprowadzone na grupie pacjentów, którzy doświadczyli ciężkiej choroby, jaką jest półpaśiec, doskonale odzwierciedla sytuację wielu chorych zmagających się z różnymi chorobami zakaźnymi. To, na co warto zwrócić uwagę – to deklarowana trudność (długi czas oczekiwania) w dostępie do lekarza. Taki problem zgłosiło 57 proc. respondentów. Jest to powszechny problem, wymagających zmiany systemu świadczeń zdrowotnych – przede wszystkim wzmacniania roli podstawowej opieki zdrowotnej czy większego włączania innych zawodów medycznych do opieki nad pacjentem.

Z wypowiedzi ankietowanych chorych bardzo mocno wybrzmiewa też brak wiedzy – o przyczynach choroby, szczepieniach.

Taka wiedza nie była przekazana lub przekazana była w niewielkim zakresie przez personel medyczny.

Szczególnie niski odsetek osób, które miały świadomość że istnieje szczepienie przeciwko półpaścowi, wskazuje na pilną potrzebę działań informacyjnych w tym zakresie, prowadzonych przez wiarygodne dla pacjentów instytucje i organizacje. Służy temu kalendarz szczepień osób dorosłych przygotowany przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej we współpracy z naszą Fundacją. Stoimy na stanowisku, że szczepienia są najlepszą formą profilaktyki i niezbędne

jest edukowanie w tym zakresie. Szybciej niż kiedyś pojawiają się teraz nowe szczepienia, które chronią nas przed licznymi chorobami. Dzięki szczepieniom możemy żyć dłużej w zdrowiu, unikając też przykrych i bolesnych powikłań choroby, jak ma to miejsce w półpaścu.

Analizując te wyniki nasuwa się także wniosek, że potrzebujemy pilnie zmian systemowych w dwóch zakresach: **edukacji społeczeństwa prowadzonej od najmłodszych lat i wprowadzenia systemu motywacji dla POZ za promocję profilaktyki.** Niezbędny jest łatwy dostęp do wiedzy dotyczącej zdrowia, postaw prozdrowotnych i działań profilaktycznych. Profilaktyka powinna być priorytetem w każdym POZ, a placówki, które mają wysoki wskaźnik wykonywania badań profilaktycznych i szczepień, zasługują na specjalne dodatki.

Z perspektywy pacjenta niezwykle ważną barierą w wykonaniu szczepień ochronnych, wskazaną przez respondentów, jest bariera finansowa.

Niestety koszty szczepienia przeciw półpaścowi, ale też przeciw innym chorobom, są poza zasięgiem wielu pacjentów. **Szczęśliwie od stycznia bieżącego roku mamy 50-procentową refundację tej szczepionki, ale to nadal koszt przeważnie zbyt wysoki dla osób z grupy ryzyka.**

Rozdział 1.

Półpasiec oczami pacjentów

Katarzyna Dudek, Krzysztof Jakubiak, Iwona Kazimierska

Wyniki badania osób, które chorowały na półpasiec w latach 2007-2023, pokazują, że największym i najdłużej odczuwanym problemem zdrowotnym związanym z chorobą jest długotrwałość, utrzymujący się nawet latami ból o różnym charakterze i natężeniu.

Statystycznie nawet jedna na trzy osoby w ciągu życia zachoruje na półpasiec, chorobę spowodowaną przez reaktywację wirusa ospy wietrznej i półpaśca (*Varicella zoster virus* – VZV). Przebieg choroby często bywa ciężki, leczenie nie zawsze skuteczne, a powikłania mogą się utrzymywać przez lata, najczęściej w postaci neuralgii popółpaścowej. Osoba, która pierwszy raz w życiu zetknie się z VZV, zachoruje na ospę wietrzną, jednak po jej przechorowaniu nie pozbywa się wirusa. Przez lata pozostaje on w organizmie w stanie uśpienia, by w odpowiednich warunkach się uaktywnić w postaci półpaśca. Sprzyjającą okazją jest na przykład silny stres, obniżenie odporności związane z wiekiem, leczeniem immunosupresyjnym, chemioterapią.

99,5 proc. polskiej populacji powyżej 50. roku życia miało kontakt z VZV i przechorowało ospę wietrzną w sposób objawowy lub bezobjawowy. Oznacza to, że na rozwój półpaśca może być narażonych nawet kilkanaście milionów Polaków. Choroba może się rozwinąć u każdego, kto przebył ospę wietrzną, w tym u dzieci, jednak ryzyko istotnie wzrasta z wiekiem. W praktyce półpasiec jest chorobą ludzi dorosłych, przy czym około połowa wszystkich przypadków półpaśca występuje po 60. roku życia.

Półpasiec ma ciężki przebieg, zwłaszcza u osób w wieku starszym, które są obciążone wieloma chorobami przewlekłymi. Do tego pozostawia liczne powikłania. Mimo to badanie ankietowe przeprowadzone wśród pacjentów wykazało, że wiedza o półpaścu jest znikoma.

Skoro właściwie nie ma leczenia przyczynowego, niezmiernie ważna jest profilaktyka, a jej wyjątkowo skuteczną formą są szczepienia. Od II kwartału 2023 r. jest dostępna

w Polsce nowa szczepionka wskazana w profilaktyce półpaśca oraz neuralgii popółpaścowej. Badanie przeprowadzone wśród pacjentów dwóch ośrodków klinicznych wykazało, że wiedza na jej temat nie jest powszechna. Istnieje też niewielka grupa osób, które mimo przejścia poważnej choroby z powikłaniami nie chcą się szczepić.

1.1. Charakterystyka grupy ankietowanych

Badanie ankietowe objęło chorych z dwóch ośrodków klinicznych leczenia bólu, w Warszawie i Krakowie. Ankiety wypełniło 83 pacjentów Zakładu Badania i Leczenia Bólu Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Średnia wieku badanych wyniosła 73 lata. Najmłodszy ankietowany miał 37 lat, a najstarszy 92 lata. Ankietę wypełniło 29 mężczyzn i 54 kobiety. Najwięcej badanych było w wieku 70-79 lat, a najmniej poniżej 60 r. ż.

W Warszawie w badaniu ankietowym brały udział 104 osoby leczone w Poradni Leczenia Bólu Szpitala Czerniakowskiego. Średnia wieku ankietowanych wyniosła 67,5 roku. Przeważały osoby powyżej 70. r. ż. Najmłodszy pacjent miał 32 lata, a najstarszy – 91 lat.

Prawie każda ankietowana osoba cierpiała na choroby współistniejące. Najczęściej wymieniane było nadciśnienie tętnicze. W następnej kolejności – choroba zwyrodnieniowa stawów, cukrzyca typu 2, choroba wieńcowa, niewydolność serca. Część osób pozostaje w trakcie leczenia choroby nowotworowej lub jest po zakończonym leczeniu. W przypadku mężczyzn prawie każdy wpisał problemy dotyczące gruczołu krokowego: głównie jego przerost, rzadziej nowotwór lub stan po usunięciu tego organu.

1.2. Początek choroby

Choroba może się rozwinąć u każdego, kto przebył ospę wietrzną, w tym u dzieci, jednak ryzyko istotnie wzrasta z wiekiem. W praktyce półpasiec jest chorobą ludzi dorosłych,

przy czym około połowy wszystkich przypadków półpaśca występuje po 60. roku życia.

Początek choroby – to dla pacjentów zazwyczaj ból w części ciała zajętej przez półpasiec. Nierzadko został on oceniany w skali NRS (*Numerical Rating Scale*) aż na 10 pkt. Kolejny objaw stanowiła wysypka. Do tego pieczenie, świąd i przeczulica skóry, gorączka lub stan podgorączkowy, ogólne osłabienie.

U ankietowanych zdecydowanie przeważał półpasiec na tułowiu. Mniej więcej 15 proc. było leczonych z powodu półpaśca ocznego. Były również przypadki półpaśca usznego i rozlanego.

Ból miał różny charakter, a oprócz niego pojawiały się parestezje. Wysypkę pacjenci określali jako: drobne krosty, zaczerwienienie, pęcherze wypełnione przezroczystym płynem, owrzodzenia. Wśród ankietowanych występowały wszystkie postaci kliniczne choroby.

„Miałam ostry ból w odcinku piersiowym kręgosłupa, promieniujący na prawą stronę. Bolały wszystkie narządy z prawej strony. Nie mogłam się wyprostować. Straciłam kontrolę nad ciałem. Nerwy drgały, a skóra była zdrętwiała.”

„Na początku kwietnia 2023 r. pojawiły się u mnie silne bóle w lewym boku, niezmiernie utrudniające codzienne funkcjonowanie, niepozwalające też na sen. Po tygodniu został zdiagnozowany u mnie po raz trzeci półpasiec.”

„Miałam silny ból gałki ocznej, do tego brak ostrości widzenia, mrowienie i swędzenie skóry wokół oczu.”

„Niesamowity ból z tyłu pleców, aż do klatki piersiowej, w jednej linii. Nie pomagały żadne leki, nawet podawane dożylnie.”

„Czułam straszny ból ucha, któremu towarzyszył obrzęk prawej połowy twarzy.”

„Te swędzące pęcherze to był koszmar. Trudno zapanować nad potrzebą drapania się.”

1.3. Jak szybko została postawiona diagnoza

W zdecydowanej większości przypadków czas od początku objawów do diagnozy wynosił 2-3 doby. Diagnozę stawiał najczęściej lekarz POZ. Głównym objawem sygnalizującym półpaśca było pojawienie się wysypki skórnej. Jednak dla niewielkiej części chorych droga do prawidłowej diagnozy była wyboista. 62-letni pacjent wspomina:

„Miałem trzy wizyty u okulisty (ból gałki ocznej), dwie u neurologa. Rozpoznanie postawiła wreszcie lekarz chorób zakaźnych i skierowała mnie do szpitala.”

Wśród ankietowanych znalazły się również osoby, które przyznały, że zwlekały z pójściem do lekarza. Byli to chorzy określający ból towarzyszący półpaścowi jako niewielki. Przyczyną zwłoki był również brak wiedzy, że istnieje taka choroba jak półpasiec. Jak wiadomo, ból czy wysypka są bardzo niespecyficznymi objawami, które mogą towarzyszyć wielu stanom chorobowym.

„Byłam w dwóch klinikach, gdzie nie rozpoznano półpaśca. W ten sposób straciłam 4 dni, półpasiec wszedł mi już pod powiekę, bo umiejscowił się w lewej połowie głowy.”

„Pewnego dnia trochę mnie „połamało”, tzn. bolały mnie plecy po lewej stronie, nie mogłem się za bardzo ruszać. Pomyślałem, że może mnie przewiało. Nic z tym nie robiłem, poza braniem leków przeciwbólowych. Trzeciego dnia tam, gdzie bolało, pojawiła się okropnie swędząca wysypka. Córnka, do której zadzwoniłem, powiedziała, że natychmiast mam iść do lekarza, bo to może być półpasiec.”

1.4. Leczenie

W leczeniu półpaśca stosuje się leczenie przyczynowe, czyli leki przeciwwirusowe (acyklowir lub walacyklowir), konieczne jest także leczenie objawowe lekami przeciwbólowymi dostępnymi bez recepty, takimi jak paracetamol czy metamizol lub niesteroidowymi lekami przeciwbólowymi (np. ibuprofen, ketoprofen, diklofenak). Jeśli ból jest tak silny, że wspomniane leki przeciwbólowe nie działają, lekarz może przepisać mocniejsze leki, czyli opioidy, leki adjuwantowe

przeciwpadaczkowe lub przeciwdepresyjne, czasem także glikokortykosteroidy. Tak też była leczona większość ankietowanych.

Praktycznie wszyscy ankietowani otrzymywali leki przeciwwirusowe i przeciwbólowe. Dobór tych drugich przez lekarzy budzi wątpliwości, ponieważ dość często okazywały się nieskuteczne. Wśród przyjmowanych leków pacjenci najczęściej wymieniali pregabalinę, acyklowir i duloksetynę. Do tego paracetamol. Lekarze zalecali też na wysypkę preparaty do miejscowego stosowania – maści, kremy, płyny.

W kilku przypadkach chorzy sięgali po mniej konwencjonalne metody – akupunkturę, toksynę botulinową, marihuanę leczniczą (nieskutecznie). Jeden pacjent zgłosił, że miał wszczepiony stymulator przeciwbólowy, kilku korzystało z wlewów dożylnych lidokainy.

„W szpitalu, żeby zmniejszyć ból, podawali mi tylko paracetamol. W moim przypadku kompletnie nie działał. Jak poprosiłem o silniejszy lek, to usłyszałem, że takie są zalecenia i już.”

1.5. Znajomość przyczyn choroby i źródło tej wiedzy

Mimo przechorowania półpaśca, część osób zadeklarowała, że nadal nie rozumie, skąd się wzięła u nich ta choroba. Ci doinformowani wiedzę najczęściej uzyskali od lekarzy, niektórzy od najbliższej rodziny. Nieliczni jako źródło informacji podali Internet i inne media. Niestety, wiedza pojawiała się przeważnie dopiero w trakcie choroby. Badani najczęściej tłumaczyli rozwój półpaśca spadkiem odporności organizmu (z różnych przyczyn) i w związku z tym większą podatnością na wirusy. Spadek odporności tłumaczyli silnym stresem spowodowanym śmiercią najbliższej osoby czy też intensywnym leczeniem innej choroby, np. onkologicznej.

„Lekarz mówił, że powodem półpaśca było osłabienie organizmu i stres spowodowany śmiercią męża.”

„Tak, wiem, że półpasiec wywołany jest przez wirus ospy. Zachorowaniu sprzyja spadek odporności. Lekarz rodzinny mi powiedział”.

„W szkole podstawowej chorowałam na ospę wietrzną. O tym, że mogę zachorować na

półpasiec, pewnie wyczytałam w jakimś piśmie kobiecym. Wiedziałam, że wirus siedzi we mnie i w sprzyjających warunkach ponownie może dać o sobie znać.”

1.6. Najbardziej dokuczliwe objawy

W pierwszej kolejności wymieniany był ból. Okropny, bardzo silny, ostry, kłujący, piekący, parzący, stały, utrudniający sen i codzienne funkcjonowanie – tak określali go ankietowani.

Nieprzyjemne doznania okolicy zajętej przez półpasiec miały postać świądu skóry lub uczucia mrowienia i innych parestezji (pieczenie, drętwienie, kłucie). Ankietowani wymieniali przede wszystkim: przeczulicę, pieczenie skóry, świąd, wrażliwość na dotyk.

Ból i parestezje występowały w dzień i w nocy, a pojawiały się zwykle 3-4 dni przed wykwitami skórnymi. Oprócz tego we znaki dawały się chorzy: złe samopoczucie z powodu małej ilości snu, suchość oczu i konieczność przyjmowania kropli do oczu co godzinę (przy półpaścu ocznym).

„Ból ograniczał normalne funkcjonowanie. Był ciągły, 24 godziny na dobę. Nieprzespane noce, brak apetytu, nastroju, napędu życiowego.”

„Dotkliwie objawy, które zatrzymały mnie w łóżku, trwały prawie 3 miesiące.”

„Mam silne bóle właściwie przez całą dobę. Z tyłu, w okolicach prawej łopatki silne kłucie, z przodu w okolicy prawej piersi silne pieczenie, pod pachą uczucie wbijanych igieł. Bóle nasilają się przy zmianie pogody oraz przy wysokich temperaturach. Ból czasem nasila się też w środku nocy, przez co nie mogę spać.”

„Przez długi czas nie mogłam samodzielnie funkcjonować, konieczna była pomoc rodziny.”

„Ból był tak silny, że nie ustępował nawet po mocnych środkach przeciwbólowych.”

1.7. Powikłania półpaśca

Najcięższym powikłaniem półpaśca jest neuralgia popółpaścowa. Powoduje ona długotrwały ból, który może utrzymywać się miesiącami, a nawet latami. Ryzyko wystąpienia neuralgii zwiększa się wraz z wiekiem, a szczególnie narażone są osoby po ukończeniu 50. roku życia. Szacuje się, że neuralgia popółpaścowa rozwija się nawet u 30 proc. pacjentów, którzy chorowali na półpasiec, aż 80 proc. tych przypadków dotyczy osób powyżej 50. roku życia. Zdarzają się również poważne powikłania neurologiczne, takie jak aseptyczne zapalenie opon mózgowych i zapalenie mózgu (u 1 proc. chorych), a nawet choroby sercowo-naczyniowe, w tym udar mózgu i zawał serca (również 1 proc. przypadków).

Przetrwały ból – to najczęściej wymieniany przez ankietowanych skutek choroby, nasilający się przy zmianie pogody, pochylaniu się, w reakcji na zimno. Wielu chorych z tego powodu nadal (po miesiącach lub latach od przechorowania półpaśca) odwiedza poradnię leczenia bólu. Nierzadko pacjenci wskazują kilka powikłań półpaśca, a więc poza bólem – przeczulicę, świąd i pieczenie skóry, blizny po wysypce, niedostuch, zaburzenia snu i codziennego funkcjonowania, działania niepożądane stosowanych leków.

Skutków półpaśca nie odczuwa lub uważa je za minimalne dolegliwości tylko nieliczna grupa pacjentów. Pozostali wymieniają po kilka powikłań, wielu nadal się leczy, przeważnie w poradni leczenia bólu.

„Ból po półpaścu utrzymuje się od 13 lat na poziomie NRS 3-6 pkt. I tak każdego dnia. Bez leków przeciwbólowych nie mogę normalnie funkcjonować.”

„Po moich doświadczeniach z półpaścem mogę stwierdzić, że jest to bardzo ciężka choroba, po której mogą być powikłania. Ja takie miałam i jeszcze mam.”

„Ból towarzyszy mi stale. Nie ma dnia, żeby nie bolało.”

„Musiałam mieć w trybie pilnym przeszczep rogówki.”

„Pamiętką po półpaścu został mi niedostuch.”

„Proces leczenia jest bardzo długi, a widok swojej powykręcanej twarzy przeraża. Niemożność utrzymania równowagi jest stresująca. Człowiek tygodniami, miesiącami boi się, co się z nim dzieje.”

1.8. Trudności w procesie diagnozy i leczenia

Optymizmem napawa to, że większość respondentów nie miała żadnych trudności w trakcie diagnostyki i leczenia półpaśca. Niektórzy nawet zadeklarowali, że rozpoznanie półpaśca i rozpoczęcie leczenia nastąpiło natychmiast po zgłoszeniu. W niektórych przypadkach nie obyło się jednak bez trudności w szybkim umówieniu wizyty u lekarza POZ. Z tego powodu część ankietowanych musiała skorzystać z prywatnej opieki medycznej. Zgłaszali również problemy z dostaniem się do poradni leczenia bólu, których jest wciąż za mało.

To właśnie pobyt w szpitalu chorzy, którzy byli hospitalizowani, uznają za najtrudniejsze doświadczenie. Wielu ankietowanych narzekało na brak informacji od personelu medycznego o chorobie, ryzyku zachorowania i powikłaniach.

Zdarzały się wpadki lekarzy, czyli brak trafnej diagnozy. „Lekarz nie umiał postawić prawidłowego rozpoznania. Na początku pomylił półpaśca z przeziębieniem” – wspominała 57-letnia pacjentka. Medycy mieli też problemy z zapanowaniem nad bólem u niektórych chorych.

„Do lekarza dostałem się szybko, ale poza lekami nie otrzymałem żadnych informacji o chorobie i ewentualnych powikłaniach.”

„Trudny dostęp do lekarza w ramach NFZ. Rodzina zabrała mnie na prywatną wizytę”.

„Długo trwało dobieranie skutecznych dla mnie leków. Leczenie bólu w pierwszych 6-7 miesiącach od zachorowania nie przynosiło rezultatu”.

1.9. Wiedza o szczepieniu

Wiedza o możliwości zaszczepienia się przeciw półpaścowi jest znikoma. Jedynie pojedynczy chorzy przyznali, że słyszeli o jej istnieniu przed chorobą. Część chorych dowiedziała się o tym jeszcze w trakcie choroby od leczących ich lekarzy. Co ciekawe, duża grupa osób o istnieniu szczepienia chroniącego przed półpaścem dowiedziała się w czasie

przeprowadzanego badania ankietowego – odpowiadając na pytanie. To pokazuje, że leczący ich lekarze nie uznali za stosowne poinformować o istnieniu szczepionki, a przecież przechorowanie półpaśca nie daje gwarancji, że nie zaatakuje on ponownie.

„Teraz mam wiedzę, ale w chwili rozpoznania nie wiedziałem o szczepionce. W tym czasie w Polsce była to nowość od 3 miesięcy i nawet lekarz nie wiedział, że jest taka możliwość.”

„Nie rozumiem, dlaczego leczący mnie lekarz nie wspomniał, że mogę się zaszczepić, żeby uniknąć takiego cierpienia, jakiego doświadczyłam podczas pierwszego półpaśca.”

1.10. Czego brakuje w procesie diagnozy i leczenia półpaśca

Najbardziej brakuje – zdaniem ankietowanych – informacji. Przede wszystkim o chorobie, możliwościach jej leczenia, powikłaniach. Brakuje też informacji o profilaktyce, w tym o dostępności szczepionki. Ankietowani zwracali uwagę na potrzebę zwiększenia dostępu do powszechnie dostępnych informacji w postaci ulotek, gazetek poświęconych półpaścowi i jego skutkom.

Według ankietowanych, części środowiska medycznego brakuje wiedzy o półpaścu, stąd problemy z diagnozą. Uważają też, że niektórzy lekarze nie wiedzą, jak leczyć ból, a są też tacy, którzy go bagatelizują.

„Potrzeba więcej informacji o półpaścu w formie dostępnej dla ludzi starszych. Nie korzystam z Internetu, bo nie potrafię. Ale czytam gazety.”

„Nie trafiłam na lekarza, który udzieliłby mi pełnych informacji o przebiegu półpaśca. Na przykład o tym, że może zająć oko i pojawić się w późnym wieku.”

„Brakuje właściwego leczenia skutków zachorowania na półpasiec. Jak dotąd przez 8 lat nie miałam ani jednego dnia bez bólu.”

1.11. Czy poleciliby zaszczepienie się innym?

Pacjenci, którzy wiedzą już o istnieniu szczepienia przeciw półpaścowi, deklarowali przeważnie, że mając w pamięci swoje doświadczenia, będą polecać szczepionkę bliskim i znajomym.

„Každemu będę polecać szczepienie. Młodym i starszym, bo nigdy nie wiadomo, kiedy półpasiec zaatakuje. Naprawdę za wszelką cenę trzeba uniknąć związanego z nim bólu.”

„Wiem, że od tego roku szczepionka przeciw półpaścowi i neuralgii popółpaścowej jest dostępna z 50-procentową refundacją dla osób od 65 lat o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpasiec. Będę o tym mówić wszystkim moim znajomym w tym wieku.”

„Już trzy razy miałam półpaśca. Mam 70 lat, choruję na cukrzycę. Czytałam, że będę mogła się zaszczepić z 50-procentową refundacją.”

Podsumowując, głównym problemem i tematem przewodnim odpowiedzi pacjentów, którzy chorowali na półpasiec, był niewielki poziom wiedzy o chorobie, jej przyczynach i możliwościach zapobiegania. Dominującym odczuciem i przeżyciem związanym z chorobą było odczuwanie bólu, który w wielu przypadkach przerodził się w długotrwały problem zdrowotny znacząco obniżający jakość życia. Deklaracje pacjentów, którzy oceniali swoje kontakty z placówkami opieki zdrowotnej, świadczą o stosunkowo sprawnym diagnozowaniu choroby, ale także o problemach związanych z jej leczeniem, w tym zwłaszcza ze zwalczaniem dolegliwości bólowych. Z nielicznymi wyjątkami, pacjenci dostrzegają dużą wartość szczepienia, aczkolwiek ich świadomość odnośnie istnienia i dostępności szczepionki przeciwko półpaścowi jest niezbyt duża. Zdecydowana większość pacjentów zmagających się z wielochorobowością i w tej sytuacji półpasiec, a także jego powikłania, stanowi istotny problem zdrowotny, dodatkowo utrudniający funkcjonowanie i przysparzający problemów.

Ból wyzwala depresję i stany lękowe

Dr hab. n. med. Anna Antosik-Wójcińska, prof. UKSW,

kierownik Katedry Psychiatrii Wydziału Medycznego Collegium Medicum
Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego

W jaki sposób ból zmienia psychikę człowieka?

Odczuwanie bólu o charakterze ostrym czy przewlekłym wpływa na nasz nastrój i to, jak odbieramy rzeczywistość. Trudno, żeby człowiek czuł się dobrze psychicznie, kiedy towarzyszą mu nasilone dolegliwości bólowe. W szczególności u chorych, którzy odczuwają ból przewlekły, widać, że towarzyszą mu objawy depresyjne. Bardzo często ból i depresja są ze sobą powiązane. Podobnie jak reakcja adaptacyjna o charakterze lękowym. Ból przewlekły powoduje, zaczynamy odczuwać niepokój, że on nie ustąpi, że dolegliwości znowu nawrócą i uniemożliwią normalne funkcjonowanie czy też że ból dopadnie nas w najmniej komfortowych momentach.

Można powiedzieć, że do przewlekłych zespołów bólowych człowiek się adaptuje. Robi to w taki sposób, że zaczyna ograniczać swoje funkcjonowanie – wychodzenie z domu, kontakty z ludźmi. Zatem odczuwanie bólu zmienia nie tylko nastrój, ale też to, jak funkcjonujemy, ile czasu poświęcamy aktywnościom, w które też są zaangażowani inni ludzie, wpływa na to, że nie czerpiemy radości z życia. We wszystkich skalach służących do oceny jakości życia odczuwanie bólu przekłada się w prosty sposób na niską ocenę jego jakości.

Jak można biologicznie wytłumaczyć związki pomiędzy bólem a depresją i zaburzeniami lękowymi?

Te zaburzenia mają podobną patogenezę. Są związane z procesami zapalnymi. Biologicznie są powiązane z działaniem cytokin, interleukin, czyli czynnikami prozapalnymi, których wydzielanie jest w tych stanach zwiększone. Można powiedzieć, że wszystkie te procesy mają wspólne podłoże biologiczne. Również drogi przewodzenia bólu są powiązane z drogami, którymi są transmitowane inne bodźce do innych zakończeń nerwowych. W związku z czym mamy taką sytuację, że leki o charakterze przeciwdepresyjnym są nierzadko lekami, które dodatkowo działają przeciwbólowo. W poradniach leczenia bólu bardzo często zaleca się pacjentom z bólem przewlekłym leki przeciwdepresyjne. Oprócz tego, że zmniejszają ból, to przy okazji poprawiają nastrój.

Po przejściu półpaśca u wielu pacjentów pozostaje jednak przetrwały ból, ból neuropatyczny. Jak taka sytuacja wpływa na zdrowie psychiczne?

W bólach neuropatycznych związanych z infekcjami wirusowymi jak półpasiec, różnego typu uszkodzeniami nerwów, związanymi z chorobami przewlekłymi, chociażby cukrzycą, chorzy są narażeni na odczuwanie bólu przewlekłego, często o dużym nasileniu, który zdecydowanie wpływa na jakość życia. Świadomość, że mają za sobą ostrą fazę choroby, a mimo to dalej borykają z bólem, istotnie wpływa na pogorszenie stanu psychicznego. Niestety, drogi i czynniki przewodzenia bólu neuropatycznego zostały aktywowane, trudno jest ten ból wyciszyć. Są leki, które działają przeciwbólowo, przy okazji przeciwlękowo, łagodzą objawy depresyjne, jak choćby pregabalina.

Druga kwestia – wszelkiego typu infekcje wirusowe, choroby przewlekłe, powiązane z bólem, są czynnikami predysponującymi do wystąpienia depresji. Depresja i infekcje są ze sobą powiązane. To są zależności wielokierunkowe. Dlatego w depresji będziemy bardziej narażeni na wystąpienie np. półpaśca, z tego względu, że mamy obniżoną odporność. Do tego z powodu depresji trudniej będzie kontrolować chorobę.

Psychiatry mogą odgrywać ważną rolę w terapii osób cierpiących z powodu przewlekłego bólu neuropatycznego. Jaką farmakoterapię mogą im zaproponować?

Trzeba wziąć pod uwagę dwie rzeczy: nasilenie objawów depresyjnych i nasilenie bólu. Jeżeli nasilenie bólu jest dominujące, stosujemy leki, które przede wszystkim działają przeciwbólowo, czyli np. leki przeciwdepresyjne starej generacji, czy z grupy SNRI (duloksetyna, wenlafaksyna), a także pregabalina. To są leki mocno przeciwbólowe. Gdy u pacjenta dominuje depresja, może ona nasilać dolegliwości bólowe – im ma cięższą depresję, tym dotkliwiej będzie odczuwał ból. Wtedy oczywiście dobieramy mu jak najskuteczniejszy lek przeciwdepresyjny. Często się zdarza, że ból ustępuje wraz z ustąpieniem depresji.

Rozdział 2.

Leczenie chorego z półpaścem i neuralgią po półpaścu

Dr hab. n. med. prof. CMKP Małgorzata Malec-Milewska,
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP w Warszawie

Neuralgia popółpaścowa (*postherpetic neuralgia*, PHN) – to jednostronny ból utrzymujący się powyżej 3 miesięcy po przechorowaniu półpaśca^(1,2,3). PHN rozwija się średnio u 9-15 proc. chorych po przebyciu półpaśca, należy do najczęstszych powikłań po przechorowaniu tej choroby i jest jednym z częściej występujących zespołów obwodowego bólu neuropatycznego. Czynniki zwiększającymi ryzyko wystąpienia PHN po przechorowaniu półpaśca są:

- wiek,
- płeć żeńska,
- silny ból przed pojawieniem się wysypki,
- lokalizacja w obrębie I gałęzi nerwu trójdzielnego,
- zajęcie dermatomów, które ze sobą nie sąsiadują,
- cukrzyca, choroba nowotworowa lub inne choroby osłabiające odporność,
- bardzo ciężki przebieg ostrej fazy choroby z dużym natężeniem bólu i zajęciem większej liczby dermatomów.
- Zdarzają się jednak przypadki rozwoju PHN po bardzo łagodnym przebiegu półpaśca. Ból może ustąpić samistnie w ciągu kilku miesięcy, jednak u większości chorych utrzymuje się latami i trwa do końca życia⁽¹⁻⁵⁾.

2.1. Półpasiec

Półpasiec jest chorobą zakaźną wywołaną przez wirusa ospy wietrznej. Po przechorowaniu ospy wietrznej i zagojeniu zmian skórnych wirus przedostaje się do zwoju rdzeniowego, zwojów nerwów czaszkowych oraz zwojów autonomicznego układu nerwowego, gdzie może pozostawać nieaktywny przez wiele lat. W pewnych sytuacjach klinicznych wirus ponownie uaktywnia się, wywołując półpasiec. Mechanizm reaktywacji wirusa nie jest do końca znany. Na zapadalność na półpasiec wpływają:

- wiek,
- płeć,
- rasa,
- uwarunkowania genetyczne,
- zaburzenia odporności komórkowej, urazy mechaniczne,
- stres oraz substancje immunotoksyczne,
- choroby osłabiające odporność: choroba nowotworowa, reumatoidalne zapalenie stawów, nieswoiste zapalenie jelit, przewlekła obturacyjna choroba płuc, astma oskrzelowa, przewlekłe choroby nerek i depresja. W stosunku do cukrzycy dane literaturowe są sprzeczne.

Na półpasiec chorują średnio 3-4 osoby na 1000 osób/rok. Liczba ta wzrasta z wiekiem do 5/1000/rok dla osób w wieku 50-60 lat, 6-7/1000/rok dla osób w wieku 70-80, a po 80 r. ż. osiągnąć ponad 10 na 1000 osób/rok. Szacuje się, że w ciągu swojego życia 20-30 proc. populacji ludzi po 65. roku życia zachoruje na półpasiec⁽²⁻⁶⁾.

2.1.1. Patomechanizm choroby

Reaktywacja wirusa powoduje jego gwałtowne namnażanie w obrębie zwoju rdzeniowego, w zwojach nerwów czaszkowych i rogach tylnych rdzenia kręgowego. W nerwach jednego lub kilku dermatomów objętych chorobą dochodzi do demielinizacji, zwłóknienia, powstawania komórkowego odczynu zapalnego. W obrębie dermatomów objętych infekcją pojawiają się bolesne wykwity o typie pęcherzyków wypełnionych płynem (wyglądem przypominające zmiany skórne w ospie wietrznej). Największy wzrost liczby zmian skórnych pojawia się między 24. a 72. godziną od początku pojawienia się wykwitów. W obrębie skóry może dochodzić do owrzodzeń i ognisk martwicy, które łatwo mogą ulec zakażeniu bakterijnemu. U pacjentów stosujących leki przeciwzakrzepowe,

przeciwpłytkowe i kortykosteroidy mogą pojawiać się zmiany krwotoczne^(1,2,5).

2.1.2. Diagnostyka

Rozpoznanie półpaśca nie stanowi trudności ze względu na charakterystyczny opisany powyżej obraz zmian skórnych pojawiających się jednostronnie w zakresie jednego lub kilku dermatomów. Półpasiec obustronny występuje bardzo rzadko^(1-3,5,7).

Możliwe jest (zalecane zwłaszcza u chorych z nietypowymi zmianami skórnymi) molekularne wykrycie DNA wirusa VZV (Varicella Zoster) z prawidłowo pobranych wymazów z wysypki plamkowo-grudkowej lub z podstawy zmian po usunięciu strupów (z jamy nosowo-gardłowej, śliny lub z osocza w przypadku podejrzenia półpaśca bez objawów skórnych). Nowoczesny test PCR wykonany w czasie rzeczywistym ma czułość i swoistość prawie 100 proc. W przypadku podejrzenia zajęcia ośrodkowego układu nerwowego wskazane jest pobranie do badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Podejrzenie półpaśca ocznego może być potwierdzone przez wykrycie DNA wirusa VZV w cieczy wodnistej lub – w niektórych przypadkach – z wymazów ze spojówek. Wykrywanie antygenu białka VZV z wymazów przy użyciu znakowanych fluorescencyjnie monoklonalnych przeciwciał jest znacznie mniej czułe i swoiste oraz wymaga pobrania próbek z pęcherzyków wypełnionych płynem. Jest ono możliwe tylko w pierwszych kilku dniach choroby i dlatego nie jest zalecane. Testy serologiczne na przeciwciała IgM, IgG i IgA swoiste dla VZV nie są diagnostyczne w ostrej fazie choroby^(1,2,5).

Możliwe jest wystąpienie reaktywacji wirusa bez pojawienia się zmian na skórze (*zoster sine herpette*), co może utrudnić rozpoznanie i opóźnić leczenie. Może być ono związane przyczynowo z zapaleniem mózgu, opon mózgowo-rdzeniowych, zapaleniem rdzenia, nerwów czaszkowych oraz naczyńopatią. Zapalenie naczyń zwiększa u chorych ryzyko udaru mózgu. Rzadko w przebiegu półpaśca dochodzi do zajęcia komórek motorycznych (*zoster motoricus*), co objawia się niedowładem mięśni w obrębie zajętego dermatomu. Bardzo rzadko półpasiec występuje w postaci rozsianej (zapalenie płuc, wątroby, OUN, wykrzepianie wewnątrznaczyniowe). Ta postać choroby prowadzi zwykle do niewydolności wielonarządowej i zgonu pacjenta^(2,5).

2.1.3. Lokalizacja zakażenia

Zakażenie może obejmować nerwy czuciowe tułowia, kończyn oraz nerwy czaszkowe. Najczęściej, w ponad 50 proc. przypadków, choroba obejmuje nerwy międzyżebrowe. Spośród nerwów czaszkowych, w 10-25 proc. przypadków zakażenie dotyczy pierwszej gałęzi nerwu trójdzielnego (półpasiec oczny). Półpasiec może obejmować również śluzówki jamy

ustnej (zakażenie w zakresie II i III gałęzi nerwu trójdzielnego (wtedy dodatkowo mogą pojawić się bóle głowy i sztywność karku).

Półpasiec może obejmować również okolicę ucha (półpasiec uszny). Tej lokalizacji choroby towarzyszą: ból i szumy w uszach, utrata słuchu (u 30 proc. chorych), zawroty głowy, porażenie nerwu twarzowego, zmiany pęcherzowe na małżowinie usznej i w przewodzie słuchowym. Lokalizacja zmian okolicy krocza występuje bardzo rzadko. Z wiekiem obserwuje się wzrost częstości półpaśca zlokalizowanego w obrębie głowy^(1-3,5).

2.1.4. Ból, inne objawy i powikłania ostrej fazy choroby

Dolegliwości bólowe zwykle na kilka dni poprzedzają pojawienie się zmian skórnych, ale mogą wystąpić równocześnie z nimi. W literaturze opisywano przypadki choroby z okresem prodromalnego bólu trwającym nawet 100 i więcej dni. Niektórzy pacjenci oprócz bólu zgłaszają objawy w postaci parestezji/dyzestezji w obrębie zajętego dermatomu, tj.: drętwienie, mrowienie, pieczenie, kłucie i świąd. Występować mogą również takie objawy, jak bóle głowy, uczucie zmęczenia, podwyższona temperatura i miejscowe zapalenie węzłów chłonnych. Cztery ostatnie objawy z powodu braku dokładnych danych należy traktować jako towarzyszące półpaścowi.

U pacjentów z obniżoną odpornością przebieg choroby może być nietypowy, okres objawów dłuższy, a zmiany mogą mieć charakter nawracający, obejmować większą liczbę dermatomów i przekraczać linię pośrodkową ciała. Prawie nieodłącznym i w większości przypadków najbardziej dokuczliwym objawem półpaśca jest ból, który występuje u ponad 95 proc. pacjentów. Ból w półpaścu ma charakter bólu receptorowego z komponentą zapalną i neuropatyczną^(1,3,5,6,7).

Wyróżniamy 4 kategorie bólu:

1. Ból spontaniczny, ciągły niezależny od bodźca (piekący, palący, pulsujący, ostry, strzelający)
2. Ból spontaniczny, przerywany niezależny od bodźca (strzelający, jak rażenie prądem)
3. Ból wywoływany bodźcem np. dynamiczna alodynia
4. Przeczulica bólowa o typie parestezji (mrowienie, swędzenie) lub dysestezji (pieczenie).

Pacjenci najczęściej opisują spontaniczny ból półpaścowy jako palący, piekący, pulsujący lub ostry, strzelający – jak „dżganie nożem”. Najbardziej niepokojący jest ból opisywany jako palący, piekący – jest to bowiem cecha charakterystyczna dla bólu neuropatycznego. Piekący charakter bólu prawdopodobnie odzwierciedla ważny neurogeny patomechanizm powstawania późniejszej neuralgii popółpaścowej.

Ból ma zwykle duże natężenie. W 11-punktowej skali numerycznej NRS (*Numerical Rating Scale*), w której 0 oznacza zupełny brak bólu a 10 – ból najsilniejszy do wyobrażenia, chorzy opisują go od 4 do 10 punktów. Najczęściej ból nasila się w godzinach wieczornych oraz w nocy.

Pęcherzykowe wykwity na skórze goją się w okresie 3-5 tygodni^(2,3,5-8). W tym czasie może rozwinąć się wtórne zakażenie bakteryjne, które w przypadku lokalizacji pódpaśca w zakresie I gałęzi nerwu trójdzielnego prowadzi do zapalenia rogówki, tęczówki, siatkówki, jaskry, a niekiedy może być nawet przyczyną utraty wzroku. Pódpasiec oczny wymaga specjalistycznego leczenia okulistycznego. Pódpasiec uszny wymaga specjalistycznego leczenia laryngologicznego. Pojawiające się objawy neurologiczne lub tylko dezorientacja (subkliniczne objawy zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych) u pacjenta w wieku podeszłym, zwłaszcza z pódpaścem zlokalizowanym w obrębie głowy, wymagają specjalistycznego leczenia neurologicznego i obrazowania metodą rezonansu magnetycznego oraz badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Zapalenie opon mózgowych i mózgu należy leczyć dożylnie acyklowirem przez 10-14 dni. Nie ma badań dostarczających dowodów na skuteczność w tym przypadku steroidów.

Pacjenci chorujący na pódpasiec narażeni są na rozwiniecie się zapalenia naczyń i zwiększone ryzyko udaru mózgu niedokrwiennego i krwotocznego oraz zawału mięśnia sercowego. W pierwszym roku po przebyciu pódpaśca ryzyko udaru zwiększa się o 30 proc. Pacjentów z zapaleniem naczyń należy poddać badaniu angiograficznemu naczyń mózgowych. Wnikliwie należy monitorować ostre objawy sercowo-naczyniowe i naczyniowo-mózgowe. Leczenie zapalenia naczyń związanego z pódpaścem powinno obejmować nie tylko dożylnie stosowany acyklowir, ale i kortykosteroidy (co najmniej 1 mg/kg do uzyskania poprawy klinicznej). U chorych młodych (poniżej 50. roku życia) zalecane jest wykonanie badania w kierunku HIV. Szczególnie podejrzane jest występowanie zakażenia HIV u chorych z nawrotowym pódpaścem z zajęciem wielu dermatomów. Zgodnie z ostatnimi wytycznymi nie jest obowiązkowe badanie przesiewowe w kierunku choroby nowotworowej dla przypadków pódpaśca o typowym przebiegu, ale jest ono wskazane u chorych z ciężkim przebiegiem choroby, w pódpaścu rozsianym i nawrotowym^(2,5).

2.1.5. Leczenie ostrej fazy choroby

W ostrym okresie choroby zaleca się leczenie przeciwwirusowe, zapobieganie wtórnym zakażeniom bakteryjnym oraz uśmierzenie bólu. Postępowanie skojarzone jest szczególnie ważne u chorych z grupy ryzyka rozwoju PHN.

1. Leczenie przeciwwirusowe – acyklowir 5 × 800 mg przez 7 dni (zaraz po pojawieniu się wysypki).
2. Zapobieganie wtórnym zakażeniom bakteryjnym.

3. Leczenie miejscowe (maści/puder/żele) – dostosowane do stopnia zaawansowania choroby, ma na celu promowanie procesu gojenia, zapobieganie wtórnym zakażeniom bakteryjnym (działanie antyseptyczne) i działanie przeciwzapalne/chtłodzące zapewniające subiektywną ulgę w bólu. Należy jednak uważać na nadmierne wysuszenie skóry i metody te stosować z umiarem i pod kontrolą. Szczególnie leczenie miejscowe w pódpaścu ocznym powinno być prowadzone przez okulistę.

4. Uśmierzenie bólu – NLPZ, paracetamol, metamizol (w bólu <5 NRS) + tramadol w bólu 5-7 NRS), silne opioidy (w bólu >7 NRS). Leczenie bólu powinno mieć priorytetowe znaczenie, mimo że nie ma kontrolowanych badań potwierdzających, iż dobre łagodzenie bólu wpływa bezpośrednio na zmniejszenie ryzyka rozwoju PHN.

Blokady układu nerwowego z użyciem LZM i/ lub kortykosteroidów – nasiękowe, blokady pni nerwowych, blokady układu współczulnego, blokady centralne: uśmierzają ból i mogą obniżyć ryzyko rozwoju PHN. Metaanaliza 10 badań 1645 pacjentów, u których blokady były wykonywane w ciągu kilku tygodni do początku choroby (w badaniu wyszczególniono podgrupę chorych z blokadami zewnątrzoponowymi i przykręgowymi) wykazała obniżenie ryzyka rozwoju PHN i w przypadku połączenia z farmakoterapią znaczną redukcję lub nawet ustąpienie bólu ostrego i przewlekłego^(9,10).

5. Dożylnie wlewy lidokainy – 3 mg/kg masy ciała w ciągu 30 minut, wykonywane 2 razy w tygodniu do czasu złagodzenia dolegliwości bólowych (zapobieganie tworzeniu się patologicznych kanałów sodowych).

6. Leki przeciwdepresyjne (korzystne w przypadku współistnienia neuropatycznego komponentu bólu) – amitryptylina, wenlafaksyna, duloksetyna – obniżenie ryzyka wystąpienia PHN.

7. Leki przeciwdrgawkowe (korzystne w przypadku współistnienia neuropatycznego komponentu bólu) – gaba-pentyna/pregabalina – obniżenie ryzyka wystąpienia PHN^(1-3,5,6,8).

2.1.6. Blokady układu współczulnego

Obwodowe blokady układu współczulnego wykonuje się w odstępach jedno- lub dwudniowych w liczbie 3-10. Skuteczność blokad we wczesnym okresie do 12 tygodni jest bardzo duża i wynosi 85-98 proc. Blokadę układu współczulnego można uzyskać również przez blokady centralne (zewnątrzoponowe podanie LZM z dodatkiem steroidu).

VZV, mając bardzo duże powinowactwo do nerwów, wywołuje w nich zmiany zapalne, które są odpowiedzialne za pierwotny ból i charakterystyczne zmiany skórne. Odczyn zapalny wywołuje silną stymulację UW, która prowadzi do zmniejszenia przepływu krwi do nerwu (do 93 proc.). Utrzymujące się niedokrwienie powoduje zmiany prowadzące do

degeneracji włókien A-delta. Cienkie włókna typu C są znacznie bardziej odporne na niedokrwienie, dzięki czemu znacznie dłużej zachowują swoją funkcję w warunkach patologicznych. W prawidłowym nerwie istnieje przewaga włókien A-delta nad włóknami C. Na poziomie rogu tylnego rdzenia kręgowego impulsacja z włókien A-delta zamyka drogę impulsom przewodzoną cienkimi włóknami typu C.

Badania mikroskopowe nerwów zajętych półpaścem wykazały obecność licznych włókien typu C, podczas gdy grube włókna A-delta były w większości zniszczone i zastąpione tkanką łączną (dysocjacja włókien). Nerwy tak zmienione generują bodźce nocyceptywne bez możliwości ich hamowania na drodze do OUN. W warunkach prawidłowych dochodzi do modulowania lub hamowania na wszystkich poziomach wstępującego UN. Częściowy brak włókien czuciowych w wyniku uszkodzenia nerwu obwodowego powoduje spadek ogólnej aferencji dochodzącej z obwodu i w konsekwencji zmniejszenie procesów hamowania. Rola poszczególnych części UN zależy od całego szeregu powiązanych ze sobą czynników, obejmujących między innymi stopień i typ uszkodzenia UN, indywidualne cechy psychologiczne człowieka oraz to, co ma szczególne znaczenie, czyli czas trwania przewlekłego zespołu bólowego. Najprawdopodobniej we wczesnym okresie bólu jego patomechanizm jest umiejscowiony w bardziej obwodowym UN. Potwierdzają to badania, bowiem na tym etapie największa jest skuteczność różnych metod wyłączenia obwodowego UN ⁽⁶⁾.

2.2. Neuralgia popółpaścowa (PHN)

Najczęściej proponowanym podziałem bólu w półpaścu i samej choroby jest podział na 3 fazy:

Ból ostry/ostra faza choroby	Do 30 dni od pojawienia się wysypki
Podostra neuralgia popółpaścowa	Ból trwający powyżej 30 dni, ale wyciszający się przed postawieniem rozpoznania PHN
Neuralgia popółpaścowa – PHN (<i>postherpetic neuralgia</i>)	Ból trwający powyżej 120 dni od pojawienia się wysypki.

Utrzymywanie się dolegliwości bólowych powyżej 3 miesięcy w obszarze zagojonych półpaścowych zmian skórnych świadczy o przejściu bólu w postać przewlekłą o typie PHN. Ból w PHN ma charakter piekąco-palący, parzący, kłujący, przeszywający, strzelający lub pulsujący. Ból może mieć charakter stały lub napadowy. Przebiega z zaostrzeniami spowodowanymi przez zimną deszczową pogodę i stres. Zwykle nasila się w godzinach wieczornych i w nocy. Dochodzi również do zaburzeń czucia o typie alodynii (ból prowokowany przez

bodziec nienocyceptywny np. dotyk), hyperalgezji (nadwrażliwości bólowej na bodźce mechaniczne i termiczne) np. kontaktu skóry zmienionej chorobowo z ubraniem i hypoestezji (osłabienia czucia dotyku i temperatury). Dodatkowo u ponad połowy chorych z PHN występują zaburzenia snu i spadek aktywności ^(1-3,5,8).

2.2.1. Patomechanizm

Wśród naukowców badających patomechanizm PHN popularne są dwie teorie, z których jedna nie wyklucza drugiej. Pierwsza sugeruje rolę zmniejszonej pobudliwości nerwów w obrębie zwojów, a nawet rdzenia kręgowego. Druga wskazuje na przetrwałą lub tłącą się aktywną infekcję wirusową w obrębie zwojów nerwowych, gdzie udokumentowano obecność nacieków komórek charakterystycznych dla przewlekłego zapalenia. Niekontrolowana reakcja zapalna na poziomie neuronalnym jest prawdopodobnie główną przyczyną ostatecznego rozwoju PHN, w szczególności poprzez zmniejszenie ośrodkowego hamowania bodźca nocyceptywnego. Ostatecznie, przyczyna wystąpienia PHN nie jest do końca poznana ^(1,11).

Dolegliwości bólowe i zaburzenia czucia, występujące w obszarze objętym chorobą, są konsekwencją tego, że w czasie uaktywnienia wirusa dochodzi do powstawania odczynu zapalnego, wylewów krwawych, martwicy i degeneracji w nerwie obwodowym, zwojach współczulnych, zwoju korzenia tylnego, rogach tylnych rdzenia kręgowego i drogach wstępujących rdzenia kręgowego. Proces zapalny powoduje dezintegrację układu nerwowego (sensytyzację obwodową, wyładowania w patologicznych ekotopowych rozrusznikach nerwu, sensytyzację ośrodkową, ośrodkową reorganizację włókien A-beta oraz upośledzenie funkcji zstępujących dróg kontroli bólu ⁽¹²⁾.

2.2.2. Leczenie profilaktyczne

W rozpoznaniu bólu o charakterze neuropatycznym poza badaniem klinicznym przydatne są skale przesiewowe, zwłaszcza DN4 i PainDETECT (obie przetłumaczone na język polski). Polskie Towarzystwo Badania Bólu rekomenduje skalę DN4, ze względu na jej prostotę.

W związku ze złym rokowaniem w leczeniu przewlekłego bólu o charakterze neuropatycznym dostępne strategie leczenia powinny skupić się na czterech podstawowych metodach leczenia. Po pierwsze – na profilaktyce i zmniejszeniu ryzyka populacyjnego zapadania na półpasiec (powszechne szczepienia dzieci przeciwko ospie). Po drugie – na wczesnym rozpoznaniu i właściwym leczeniu ostrej fazy choroby, zwłaszcza u chorych z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu choroby i powstania powikłań. Leczenie powinno mieć na celu zarówno łagodzenie bólu, jak też ograniczenie zasięgu i czasu trwania wysypki, zapobieganie i leczenie ostrych powikłań

choroby oraz zapobieganie rozwojowi przewlekłych powikłań w postaci rozwoju PHN. Po trzecie – na objawowym, wczesnie wdrożonym leczeniu PHN za pomocą multimodalnych schematów leczenia i procedurach interwencyjnych.

Dowody dotyczące różnych metod leczenia szybko ewoluują. Priorytetowe znaczenie ma zatem profilaktyka, ponieważ utrwalona PHN staje się oporna na leczenie, a znaczna liczba chorych osiąga jedynie tymczasowe lub umiarkowane zmniejszenie nasilenia objawów pomimo stosowania terapii multimodalnej.

PHN jest niezwykle trudna do leczenia z wielu powodów, a całkowite ustąpienie objawów jest rzadkie. Populacja chorujących – to pacjenci w wieku podeszłym z wieloma chorobami współistniejącymi, dlatego profile skutków ubocznych różnych interwencji nabierają większego znaczenia. Liczne badania porównujące terapie wykazują, że ich wyniki są często nieoptymalne. Nie ma jednego, wyraźnie najlepszego schematu leczenia PHN, jednak konsensus ekspertów sugeruje podejmowanie terapii multimodalnej (złożona farmakoterapia i metody interwencyjne), która jest prawdopodobnie najlepszym podejściem do leczenia PHN. Warto też zaznaczyć, że wiele zalecanych metod dotyczy leczenia przewlekłego bólu neuropatycznego i w ogóle nie jest specyficzne dla PHN ^(1,2,13).

Ponieważ półpasiec i jego powikłania ostre i przewlekłe bardzo pogarszają jakość życia chorych, priorytetowe – zgodnie z najnowszymi rekomendacjami – jest zastosowanie szczepień przeciwko półpaścowi wszystkich chorych powyżej 60. roku życia i powyżej 50. roku życia chorych z grupy ryzyka. Szczepienie przeciwko półpaścowi to ostatni – czwarty element profilaktyki.

Pierwszą dostępną na świecie szczepionką, zawierającą żywe, osłabione wirusy był Zostavax. Według badań wielośrodkowych ⁽¹⁴⁾ [Oxman, 2005], randomizowanych, z podwójnie ślepą próbą, przeprowadzonych przez 3 lata na grupie 38,5 tysiąca osób powyżej 60 r. ż. Zostavax znamienne statystycznie zmniejszył zachorowalność na półpasiec (po szczepieniu o 61 proc.) dzięki poprawie odporności komórkowej przeciwko VZV. Częstość zachorowań w grupie otrzymującej placebo wynosiła 11,1/1000 przy 5,4/1000 w grupie szczepionej. Podobnie statystycznie znamienne zmniejszyła się po szczepieniu częstość występowania PHN – o 66,5 proc.

Od 2018 roku dostępna jest na rynku nowa rekombinowana szczepionka przeciw półpaścowi o nazwie Shingrix ⁽⁵⁾. Szczepionka ta jest od marca 2023 roku zarejestrowana w Polsce, dla osób powyżej 18 r. ż. Od stycznia 2024 roku szczepionka uzyskała 50 proc. refundację dla osób po 65. roku życia i osób po 50. roku życia z grupy wysokiego ryzyka zachorowania. Zawiera ona rekombinowaną glikoproteinę VZV E jako antygen swoisty dla wirusa VZV wraz z adiuwantem (wzmacniaczem immunologicznym). Dwie dawki szczepionki

podawane domięśniowo z dwumiesięczną przerwą (maksymalna przerwa do 6 miesięcy) wzmacniają zarówno odpowiedź komórkową, jak i humoralną ⁽²⁾. Nie należy stosować szczepionki w przypadku ostrego półpaśca i do leczenia PHN. W dwóch badaniach na grupie prawie 15,5 tysiąca chorych w wieku powyżej 50 lat i grupie prawie 14 tysięcy chorych powyżej 70 lat szczepionka była skuteczna w ponad 90 proc. przypadków w odniesieniu do zapadalności na półpasiec i ponad 89 proc. przypadków w odniesieniu do zmniejszenia ryzyka rozwoju PHN ⁽¹⁵⁾.

Istnieją liczne badania dotyczące leczenia aktywnej formy półpaśca acyklowirem. W niektórych udowodniono, że acyklowir nie zmniejsza częstości występowania, ciężkości i czasu trwania PHN. W innych potwierdzono skuteczność acyklowiru stosowanego w dawce 5 x 800 mg. Znanie są badania potwierdzające skuteczność również innych leków przeciwwirusowych, takich jak: famcyklowir i walacyklowir i brywudyna (ostatnie trzy leki podawane są tylko doustnie). Opublikowano także badanie wykazujące przewagę dożylną terapii acyklowirem nad formą doustną. W kontrolowanych badaniach wykazano skrócenie czasu utrzymywania się zmian skórnych, a także czasu trwania bólu związanego z półpaścem po systemowym zastosowaniu acyklowiru i famcyklowiru w porównaniu z placebo. Metaanaliza czterech badań kontrolowanych placebo wykazała statystycznie istotną przewagę doustnego acyklowiru nad placebo w odniesieniu do czasu ustąpienia bólu.

Wyniki badań nad tym, który z leków przeciwwirusowych (acyklowir, famcyklowir, walacyklowir, brywudyna) ma najwyższą skuteczność, nie są jednoznaczne i dlatego wszystkie cztery leki znajdują się w rekomendacjach ^(2,16-19). Acyklowir jest lekiem najtańszym. Brywudyna jest wygodną formą leczenia, ponieważ jest stosowana jeden raz na dobę, zalecana szczególnie u chorych z niewydolnością nerek (lek w Polsce niedostępny), ale jest przeciwwskazana u chorych z obniżoną odpornością ze względu na możliwe interakcje lekowe zagrażające życiu.

Podczas terapii lekiem przeciwwirusowym konieczne jest monitorowanie czynności nerek i dopasowanie dawki leku do stopnia ich wydolności. Dożylnego podania leku przeciwwirusowego (acyklowiru) zgodnie z konsensusem wymagają chorzy z powikłanym półpaścem i półpaścem o ciężkim przebiegu, np. chorzy z półpaścem ocznym (dawka 8-10 mg/kg).

Brak jest badań prospektywnych mówiących o bezpieczeństwie stosowania leków przeciwwirusowych w ciąży. W retrospektywnym badaniu kohortowym nie stwierdzono zwiększonego ryzyka wad wrodzonych u dzieci matek, u których zastosowano acyklowir w czasie ciąży. Dlatego dopuszczalne jest zastosowanie acyklowiru w przypadku powikłanego półpaśca o ciężkim przebiegu, kiedy potencjalne korzyści

przekraczają ryzyko. Brak też danych dotyczących stosowania leków przeciwwirusowych u dzieci, dlatego dopuszcza się ich użycie tylko wówczas, gdy potencjalne korzyści przekraczają ryzyko (w półpaścu o ciężkim przebiegu) ^(1,2).

Terapię lekiem przeciwwirusowym zaleca się rozpocząć w pierwszych 72 godzinach od pojawienia się zmian skórnych i utrzymywać 7-10 dni. Jeżeli po okresie 7 dni terapii nadal pojawiają się nowe zmiany skórne, należy rozważyć oporność wirusa na podawane leki. Wydłużanie terapii nie ujawniło żadnych klinicznie istotnych różnic. Wyjątek stanowi półpasiec uszny (tu po terapii dożylniej zaleca się kontynuowanie terapii doustnej przez 1-2 tygodnie) i powikłany półpasiec oczny (martwica siatkówki) z nadkażeniem wirusowym przeciwległego oka, kiedy po zakończeniu terapii dożylniej kontynuuje się leczenie przeciwwirusowe doustne nawet przez 3-4 miesiące. Dodatkowe stosowanie steroidów w ostrej martwicy siatkówki jest kontrowersyjne ze względu na możliwość promowania replikacji wirusa. Wskazania do stosowania steroidów mają powikłania półpaśca, takie jak zapalenie nerwu twarzewego i zapalenie wirusowe naczyń (zawsze w skojarzonym leczeniu z dożylnym acyklowirem). Ostry ból związany z półpaścem należy leczyć tak wcześnie, jak to możliwe, aby zapobiec potencjalnej chronifikacji i przejściu choroby w postać przewlekłą ⁽²⁾.

2.2.3. Leczenie PHN

American Academy of Neurology (AAN), Special Interest Group on Neuropathic Pain (Neu PSIG) i *European Federation of Neurological Societies (EFNS)* zalecają, że lekami pierwszego wyboru w leczeniu bólu neuropatycznego w PHN są gabapentyna/pregabalina i leki przeciwdepresyjne o podwójnym mechanizmie działania ⁽¹⁾.

W metaanalizie 11 randomizowanych badań klinicznych, w których wzięto udział prawie 2,5 tys. pacjentów, wykazano, że gabapentyna znamienne statystycznie lepiej w porównaniu z placebo zmniejszyła średnie nasilenie bólu u chorych z PHN. W porównaniu z placebo, prawie dwukrotnie więcej chorych uzyskiwało przynajmniej 50-procentową ulgę w dolegliwościach bólowych. Gabapentyna znamienne poprawiała również jakość życia, jakość snu i nastroj u chorych z PHN ^(20,21). Z analizy Cochrane dotyczącej leczenia ponad 2 tys. chorych z bólem neuropatycznym wyliczono dla gabapentyny współczynnik NNT dla 50 proc. ulgi w bólu w przebiegu PHN na 6,7 i 4,8 dla 30 proc. ulgi w dolegliwościach ^(21,22). Z analizy Cochrane dotyczącej leczenia bólu neuropatycznego wyliczono dla pregabaliny współczynnik NNT na 5,1 dla 50 proc. i 3,9 dla 30 proc. ulgi w bólu ^(21,23).

Dawka maksymalna dla gabapentyny wynosi 3600 mg/dobę a dawka terapeutyczna – ponad 900 mg/dobę (gabapentyna musi być podawana w trzech podzielonych dawkach). Maksymalna dawka dobową pregabaliny wynosi

600 mg/dobę, a minimalna terapeutyczna = 300 mg (lek musi być podawany co najmniej w dwóch, a najlepiej trzech dawkach podzielonych). Zaletą pregabaliny jest szybsze docho-dzenie do dawek terapeutycznych oraz większe bezpieczeństwo u chorych z upośledzoną czynnością nerek (u chorych z niewydolnością nerek dawki pregabaliny powinny być niższe, a zwiększanie dawki wolniejsze). Oba leki są dosyć dobrze tolerowane (poza początkowo występującym zmę-czeniem, sennością i zawrotami głowy) oraz wykazują stosun-kowo mało interakcji (zwłaszcza pregabalina). Na podstawie analizy dostępnych badań klinicznych oba leki można uznać za porównywalnie skuteczne u chorych z PHN, choć z ostat-nich rekomendacji francuskich z 2020 roku dla leczenia bólu neuropatycznego, a zwłaszcza po analizie kilku nowych ba-dań dotyczących pregabaliny, w których tylko w dwóch uzy-skano pozytywny wynik, gabapentyna ma ostatecznie silne zalecenia, a pregabalina słabe w leczeniu bólu neuropatycz-nego ^(1,2,24-26).

Nie ma podstaw naukowych do stosowania gabapen-tyny i pregabaliny łącznie, nawet podczas zamiany jednego preparatu na drugi. Dobre dowody naukowe mamy dla łą-czenia gabapentyny lub pregabaliny z lekami przeciwdepre-syjnymi, 5% lidokainą lub 8% kapsaicyną oraz z opioidowymi lekami przeciwbólowymi (z wyłączeniem fentanylu, którego nie wolno stosować w bólu neuropatycznym) ^(1, 27).

Duże nadzieje budzi nowy lek z grupy leków działających na patologiczne kanały wapniowe – mirogabalina. Lek ma re-jestrację do leczenia bólu neuropatycznego w leczeniu PHN na razie tylko w Japonii, ale stosowany jest już w niektórych innych krajach azjatyckich. Czekamy na dobrej jakości bada-nia kliniczne pozwalające ocenić jakość terapeutyczną leku ⁽²⁸⁾. Czekamy również na najnowsze rekomendacje leczenia bólu neuropatycznego, które mają się ukazać wiosną 2024 roku i z dużym prawdopodobieństwem przedstawią nam naj-nowsze badanie tego leku.

Do leków pierwszego wyboru w leczeniu bólu neuropa-tycznego należą także leki przeciwdepresyjne, ale te o po-dwójnym mechanizmie działania, hamujące wychwyty zwrotny serotoniny i noradrenaliny. Najlepiej zbadanym lekiem jest amitryptylina. W najnowszych rekomendacjach francuskich, analizujących łącznie ponad 130 prac dobrej jakości, spo-sród których 47 proc. dotyczyło PHN lub neuropatii cukrzyco-wej ⁽²⁴⁾, amitryptylina we wszystkich badaniach wypada staty-stycznie znamienne lepiej niż placebo, a ostateczna jakość dowodów wobec skuteczności amitryptyliny była wysoka.

Łagodzi ona samoistny ból piekący i napadowy ból strzelający. Średnia dawka leku łagodząca dolegliwości bólo-we jest niższa niż ta stosowana w leczeniu depresji i nie prze-kracza zwykle 75-100 mg/dobę. Można ją stosować w jedno-razowej dawce wieczornej (lek ma wystarczająco długi okres półtrwania) lub w dawkach podzielonych. Nie zaleca się

stosowania amitriptyliny u chorych z przerostem prostaty, jaskrą z wąskim kątem przesączania, drgawkami w wywiadzie, chorych stosujących leki działające w mechanizmie serotoninowym oraz u chorych z patologią układu krążenia, jak również u osób powyżej 65 r. ż.

Lepiej tolerowanym u chorych z chorobami układu krążenia preparatem jest duloksetyna (dawka terapeutyczna to 60 mg stosowana w jednorazowej dawce porannej). Na 10 kontrolowanych placebo badań dotyczących duloksetyny 7 dało pozytywne wyniki ⁽²⁴⁾. Najczęstszymi zgłaszanymi działaniami niepożądanymi były: nudności, utrata apetytu, osłabienie i suchość w ustach. W przypadku złej tolerancji do dyspozycji pozostaje teoretycznie jeszcze wenlafaksyna ⁽²⁴⁾, ale wykazuje ona podwójny mechanizm działania dopiero w dawce powyżej 150 mg na dobę.

Zgodnie z rekomendacjami, wszystkie trzy leki mają silne zalecenia dotyczące stosowania w bólu neuropatycznym, ale przed wenlafaksyną należy preferować duloksetynę i amitriptylinę, a przy amitriptylinie zaleca się monitorowanie układu krążenia i preferowane są niższe jej dawki do 75 mg na dobę ^(1,2,13,24,27).

Lekami drugiego wyboru w leczeniu bólu neuropatycznego zgodnie z rekomendacjami są leki działające powierzchniowo: 5% lidokaina w plastrach i 8% kapsaicyna w plastrach i tramadol ^(2,13, 24,27). Przegląd Cochrane z 2017 roku ⁽²⁹⁾ wykazał, że kapsaicyna łagodzi ból, poprawia jakość snu i jakość życia znacznie lepiej niż placebo u chorych z PHN. 5% lidokainę ze względu na bardzo korzystny profil działań niepożądanych, które są ograniczone do miejscowych reakcji w miejscu aplikacji, można rozważyć jako leczenie pierwszego wyboru zwłaszcza u pacjenta w wieku podeszłym z wyraźną alodynią.

Plastry zawierające 5% lidokainę działają głównie miejscowo na patologiczne zależne od napięcia tetradotoksynooporne kanały sodowe, (VGSC – *voltage gated sodium channels*) powstające w uszkodzonym nerwie. Lidokaina w plastrach powoduje dodatkowo efekt ochładzania skóry (hydrożelowy opatrunek) oraz zapewnia mechaniczną ochronę obszarów skóry objętych procesem chorobowym.

W rekomendacjach francuskich 8% kapsaicyna i 5% lidokaina mają kategorię zaleceń słabych. W przypadku kapsaicyny o niskim stężeniu (maść do wielokrotnej aplikacji) oraz innych leków stosowanych powierzchniowo takich jak klonidyna i ketamina problem nie został rozstrzygnięty i nie uzyskały one rekomendacji ^(1,13,24,30).

Przy wysokim natężeniu bólu oraz w przypadku braku innej alternatywy, lekami trzeciego wyboru są – zgodnie z francuskimi rekomendacjami – silne opioidowe leki przeciwbólowe (z wykluczeniem stosowania fentanylu), choć zawsze należy wziąć pod uwagę potencjalne ryzyko nadużycia tej grupy leków i uzależnienia oraz ryzyko powikłań, zwłaszcza takich jak depresja oddechowa czy zaparcie stolca.

Zgodnie z tymi rekomendacjami opioidy mają kategorię zaleceń słabych ^(1,24).

Wiele badań na temat wlewów ketaminy dotyczących leczenia szerokiego zakresu dolegliwości, od bólu neuropatycznego do depresji, spowodowało ponowne zainteresowanie rolą antagonistów receptora NMDA w leczeniu PHN. Kilka małych badań potwierdza skuteczność dożylnych wlewów ketaminy u chorych z PHN, zwłaszcza w przypadku zaburzeń czucia o typie hyperalgezji mechanicznej (ten typ zaburzeń czucia występuje u około 50 proc. chorych z PHN). Brak jednak dobrej jakości badań potwierdzających długotrwałą skuteczność wlewów ketaminy. Brak jest również badań dobrej jakości na temat długotrwałego efektu po dożylnych wlewach lidokainy w utrwalonym bólu popółpaścowym ^(1,24,27).

W najnowszych wytycznych leczenia bólu neuropatycznego, które mają ukazać się wiosną 2024 roku, zgodnie z zapowiedziami na wykładach z ostatniego kongresu bólowego w Budapeszcie z września 2023 roku, wynika, że będziemy mieli nowe dane na temat skuteczności wyżej omówionych leków. Patofizjologia PHN jest jednak na tyle złożona, że czasami zindywidualizowane, nietradycyjne podejście może okazać się korzystne dla konkretnego pacjenta ⁽¹⁾.

Terapie inwazyjne obejmują ostrzykiwanie przy pomocy toksyny botulinowej, blokady współczulne, blokady centralne lekami znieczulenia miejscowego i/lub steroidami oraz stymulację rdzenia kręgowego. Zastrzyki z toksyny botulinowej są proste do wykonania i mają ograniczony profil skutków ubocznych. Mogą być skuteczne zwłaszcza w zaburzeniach czucia o typie hyperalgezji termicznej, który występuje u około 30 proc. chorych z PHN. Mechanizm działania toksyny botulinowej polega na hamowaniu uwalniania neuroprzekazników (acetylocholino, glutaminianów, substancji P i peptydu związanego z genem kalcytoniny). Zgodnie z rekomendacjami francuskimi pomimo pozytywnych wyników wysokiej jakości dwóch badań, zalecenia dla toksyny botulinowej A w obwodowym bólu neuropatycznym pozostają słabe, ze względu na niedostatek wysokiej jakości badań na większą skalę ^(6,24,31,32). Aby w pełni ocenić skuteczność toksyny botulinowej w leczeniu PHN brakuje dobrej jakości badań klinicznych.

Zgodnie z francuskimi rekomendacjami, w stosunku do przydatności kanabinoidów w obwodowym bólu neuropatycznym ze względu na dużą liczbę badań z negatywnymi wynikami nie ustalono dla tych preparatów rekomendacji. Nie znaleziono również jakichkolwiek dowodów naukowych na przydatność witaminy B w leczeniu bólu neuropatycznego, substytucję zaleca się jedynie u chorych z niedoborami ⁽²⁴⁾.

Bardzo intrygujące są zewnątrzoponowe podawanie steroidów oraz neuromodulacja, zarówno stymulacja rdzenia kręgowego [SCS – *Spinal cord stimulation*], zewnątrzoponowa stymulacja kory ruchowej [EMCS – *Epidural motor cortex stimulation*], stymulacja pulsacyjna [PRF – *pulsed*

radiofrequency], stymulacja zwoju tylnego korzenia nerwu rdzeniowego [SDRG – *Dorsal root ganglion stimulation*], przezczaszkowa stymulacja magnetyczna [rTMS – *Transcranial magnetic stimulation*], przezczaszkowa stymulacja prądowa [tDCS – *Transcranial direct current stimulation*], stymulacja nerwów obwodowych, w tym TENS (*transcutaneous electrical nerve stimulation* – przezskórna elektryczna stymulacja nerwów). Jednak wyniki badań są zróżnicowane – od braku efektu przez ulgę krótkotrwałą do całkowitego ustąpienia dolegliwości bólowych. Sformułowanie dobrych rekomendacji dla metod interwencyjnych w leczeniu różnych zespołów bólu neuropatycznego wymaga dalszych badań ^(1,5,24). Terapia poznawczo-behawioralna uzyskała we francuskich rekomendacjach poziom słabej rekomendacji jako terapia wspomagająca w leczeniu bólu neuropatycznego ⁽²⁴⁾.

2.3. Podsumowanie

Neuralgia popółpaścowa jest trudna do wyleczenia. Objawy mogą utrzymywać się latami, nawet całe życie. **Wraz z pojawieniem się szczepień dla dorosłych, zwłaszcza nowej**

rekombinowanej szczepionki Shingrix dla osób powyżej 50. roku życia, profilaktyka staje się dla polskich pacjentów realistycznym celem. Wskazane jest również szybkie i właściwe leczenie ostrej fazy półpaśca, ponieważ czas trwania i nasilenie bólu uważane są za podstawowy czynnik ryzyka rozwoju PHN.

Niestety leczenie utrwalonej PHN jest trudne i często nieskuteczne. W leczeniu PHN sięgamy do terapii multimodalnej zalecanej w drodze konsensusu ekspertów. Ograniczone, ale skłaniające do myślenia dowody sugerują, że pewne niekonwencjonalne techniki interwencyjne są obiecujące i na pewno zasługują na dalsze badania.

Biorąc pod uwagę, że PHN jest trudna do leczenia, a wyniki tego leczenia są zmienne, priorytetowe znaczenie ma profilaktyka. Dlatego też zadaniem lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i geriatrów jest stosowanie szczepionki u pacjentów z zagrożonych grup oraz populacyjne szczepienie dzieci przeciwko ospie wietrznej. Reaktywacji nie ulegnie bowiem wirus, którego w swoim organizmie nie mamy ^(1,2,5,24).

Rozdział 3.

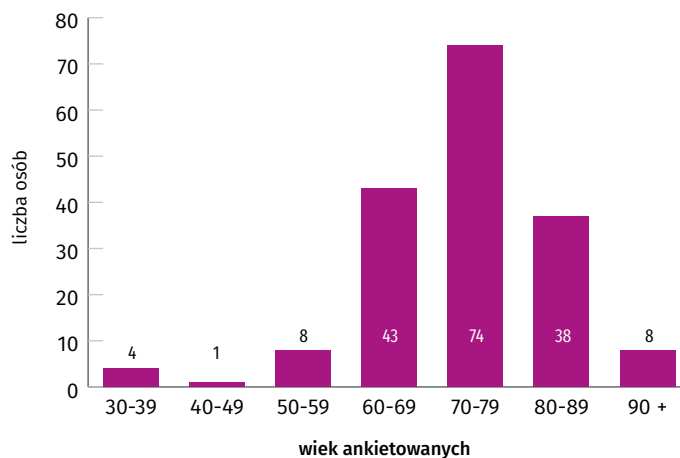
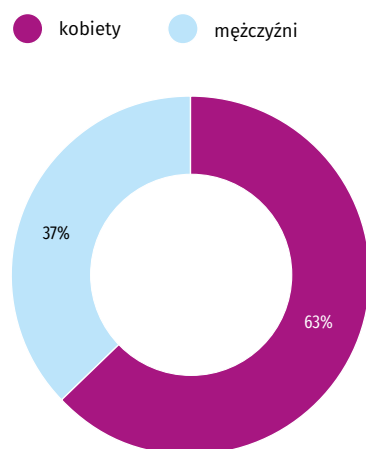
Analiza ilościowa wyników badania ankietowego

Katarzyna Dudek, Krzysztof Jakubiak

W badaniu ankietowym wzięło udział 185 osób, natomiast do analizy zostało zakwalifikowanych 175 ankiet – pozostałe zostały odrzucone z powodu niekompletności lub nieczytelności. Analizowane ankietki zostały wypełnione przez 83 pacjentów Zakładu Badania i Leczenia Bólu Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie i 92 pacjentów Poradni Leczenia Bólu Szpitala Czerniakowskiego w Warszawie.

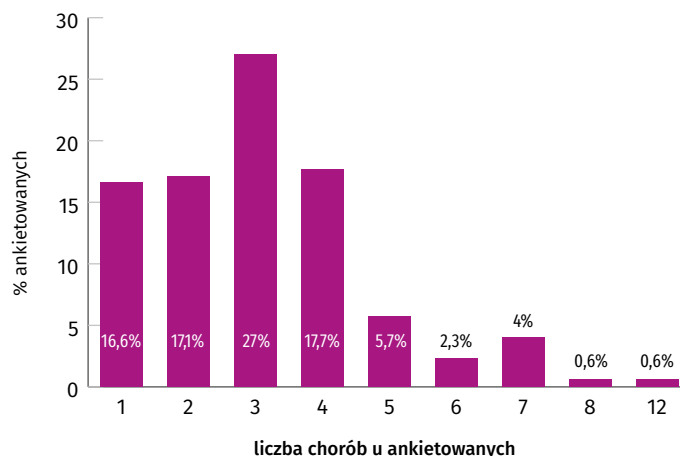
Średnia wieku badanych wyniosła 73 lata. Najmłodsza uczestnicząca w ankiecie osoba miała 32 lata, a najstarsza 95 lat. Ankietę wypełniło 64 mężczyzn (37 proc. badanych) i 111 kobiet (63 proc.).

Najwięcej ankietowanych było w wieku 70-79 lat (74 osoby).



3.1. Choroby współwystępujące

Prawie każda ankietowana osoba (91 proc.) cierpiała na choroby współistniejące. Najczęściej wymieniane było samoistne pierwotne nadciśnienie (u 59 proc. badanych). Najwięcej osób (27 proc. badanych) zgłosiło, że zmagają się z trzema chorobami u przewlekłym przebiegu. Inne najczęstsze choroby przedstawione zostały na poniższym wykresie. Wraz z wiekiem o obu płci coraz bardziej widoczna staje się wielochorobowość.





* rak piersi w trakcie leczenia lub życie ze skutkami jego przebiecia

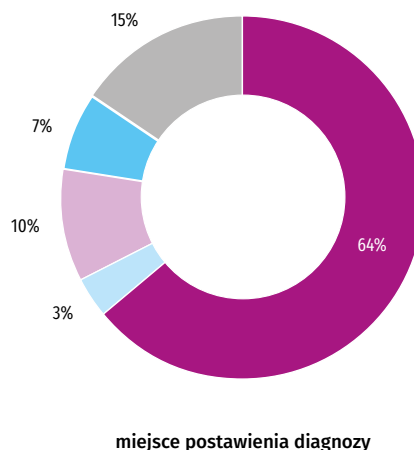
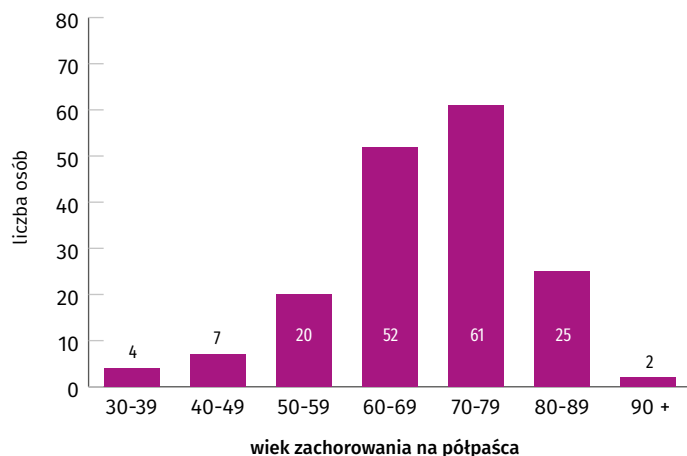
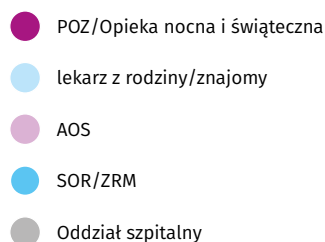
3.2. Pierwsze objawy, wiek zachorowania, czas od objawów do diagnozy

Średni wiek zachorowania ankietowanych osób na półpasiec wyniósł 68 lat.

Choroba zaczynała się najczęściej od nagłego ataku silnego bólu, rzadziej od wysypki. Ból obejmował najczęściej połowę odcinka ciała np. czoła. Ból miał różny charakter i nasilenie. Oprócz bólu pojawiały się parestezje, np. uczucie gorąca. Wysypka, która pojawiała się zwykle około dwa dni po pierwszych dolegliwościach, miała różny obraz: drobne krosty, zaczerwienienie, pojedynczy strupek, owrzodzenia. Rzadko pojawiały się objawy grypopodobne. Wśród ankietowanych występowały wszystkie postaci kliniczne choroby.

Rozpoznanie następowało przeważnie w pierwszych dniach objawów. Opóźnienia w diagnozie wynikały z błędnego pierwotnego rozpoznania, z problemów z dostępem do lekarza. Najdłuższy czas podany w ankiecie wyniósł 6 miesięcy. Sytuacja z przedłużającym się rozpoznaniem najczęściej miała miejsce w przypadku słabo zaznaczonych objawów lub rzadszych postaci, np. półpaśca usznego.

Lekarzem stawiającym diagnozę był najczęściej (64 proc.) lekarz POZ lub lekarz przyjmujący w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. W 15 proc. przypadków diagnoza została postawiona podczas pobytu pacjenta na oddziale, w tym również przypadku ujawnienia się tej choroby podczas hospitalizacji z innej przyczyny. U 10 proc. badanych rozpoznanie padło podczas konsultacji w AOS, najczęściej w poradni dermatologicznej. Ponadto pacjenci otrzymywali diagnozę podczas przyjęcia na SOR lub konsultacji przez zespół ratownictwa medycznego. Niektórzy ankietowani deklarowali, że rozpoznanie zostało postawione podczas rozmowy ze znajomym lub członkiem rodziny, który jest lekarzem.

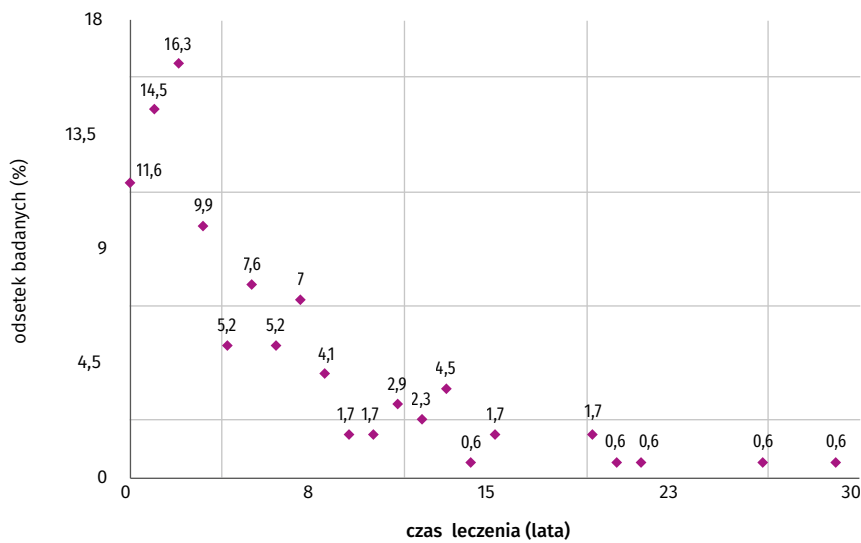


3.3. Przebieg leczenia

Czas pozostawania w leczeniu dla osób ankietowanych wynosił przeciętnie 2,5 roku. Niektórzy ankietowani deklarowali jednak, że doświadczają dolegliwości związanych z powikłaniami po półpaścu przez 20-30 lat.

Badani pacjenci w momencie wypełniania ankiety znajdowali się pod opieką poradni, w leczeniu albo korzystali z wizyt kontrolnych po ustąpieniu objawów. Dolegliwością, która najbardziej i najdłużej doskwiera pacjentom, jest ból. Po leczeniu jest on z reguły mniejszy. Jednak jest grupa pacjentów, którzy mając za sobą hospitalizacje, różne metody leczenia oraz częste zmiany leków z powodu braków efektów leczenia, nadal doświadczają silnych dolegliwości.

Wśród metod leczenia dominowała farmakoterapia. Najczęściej stosowanym lekiem w długotrwałej terapii była Pregabalina. Większość ankietowanych na pewnym etapie choroby stosowała plastry Versatis. W początkowym okresie choroby pacjenci otrzymywali dość często Heviran. Inne stosowane często leki to: Tramał, Zaldiar, Dulsevia, Neurovit, Doreta, Skudexa, Duloksetyna, Tramstec, Gabapentyna (maść), Milgamma, Oxykodon, Poltram Combo. Większość chorych było poddawanych także innym metodom leczenia niż farmakoterapia stosowana w warunkach domowych. Najczęściej były to: dożylna wlewy lidokainy, blokady nerwów oraz akupunktura.

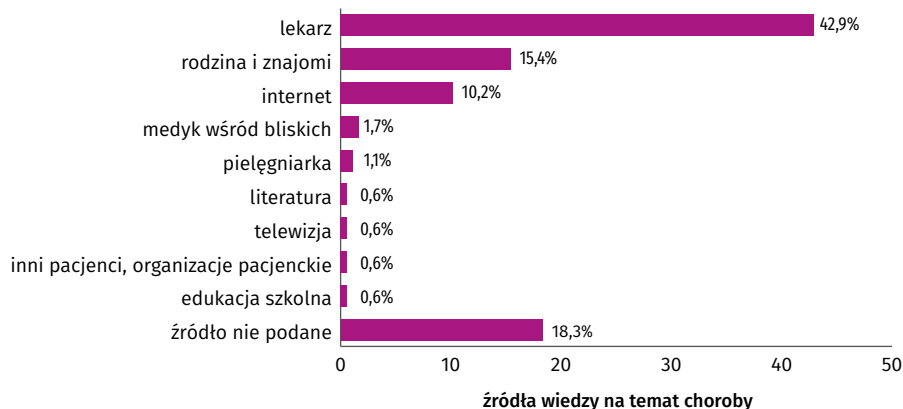


*,0" oznacza czas leczenia poniżej roku

3.4. Źródła wiedzy o chorobie

31 proc. badanych przyznało, że nie rozumieją przyczyn choroby. Badani najczęściej tłumaczyli rozwój choroby spadkiem odporności organizmu, podczas której zwiększa się podatność na wirusy. Co ważne, w ankiecie znalazły się odpowiedzi potwierdzające, że lekarze tłumaczyli jej przebieg, jednakże pacjent nie zrozumiał przekazanych mu informacji. Wiedzę

pacjenci najczęściej uzyskiwali od lekarzy. W pytaniu o to, kto przekazywał pacjentowi informacje dotyczące przebiegu choroby, ankietowani mogli podać więcej niż jedno źródło. Częstość poszczególnych odpowiedzi osób, które odpowiedziały na to pytanie, wygląda następująco:

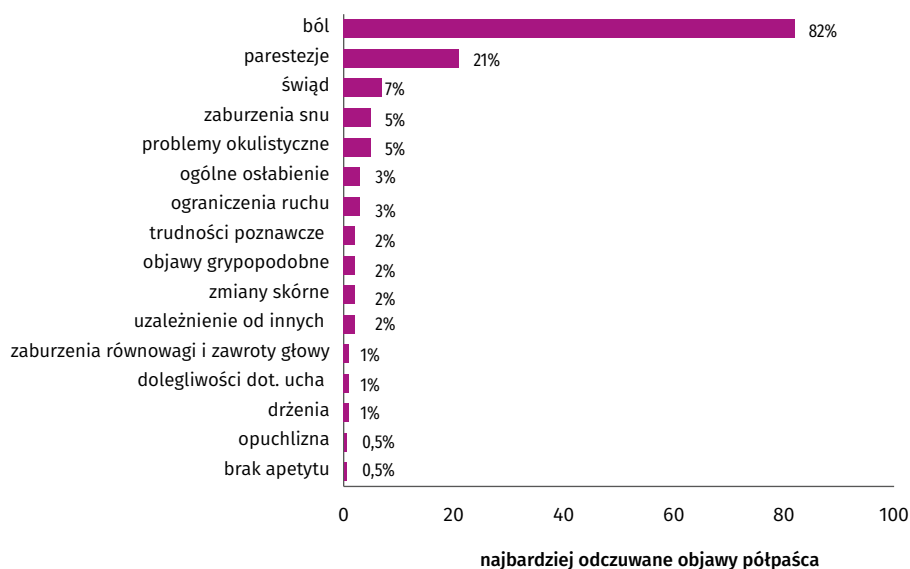


3.5. Objawy choroby, które najmocniej wpłynęły na życie pacjentów

Ankietowane osoby przede wszystkim wskazywały na ból, jako na ten aspekt choroby, który najmocniej odbił się na ich życiu. Jego nasilenie i charakter były różne: stały lub napadowy, siła dochodząca do maksymalnej – 10/10 w skali NRS (część pacjentów podała tę daną). Ból pociągał za sobą także

inne dolegliwości, np. zaburzenia snu. W pytaniu tym ankietowani mogli podać więcej niż jeden objaw.

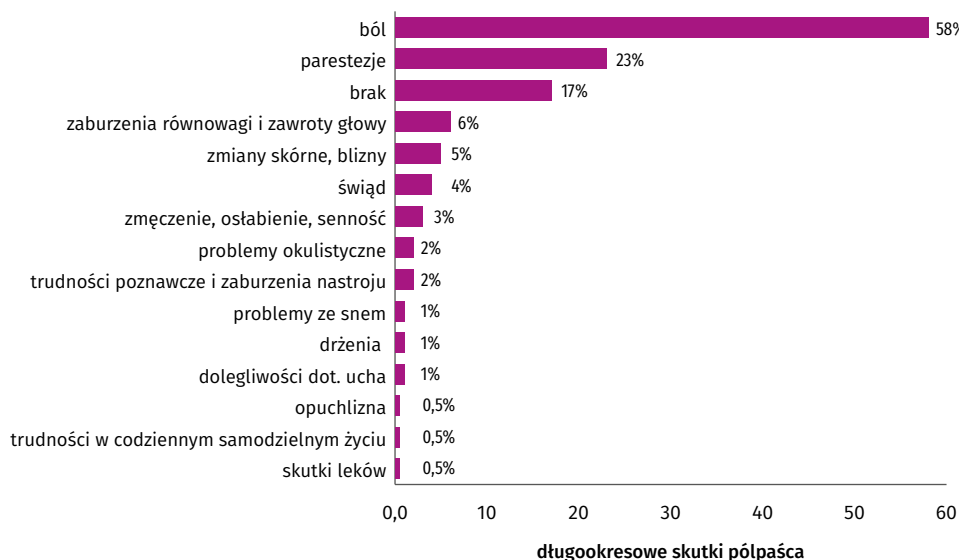
Częstość poszczególnych odpowiedzi osób, które odpowiedziały na to pytanie, wygląda następująco:



3.6. Długookresowe skutki choroby

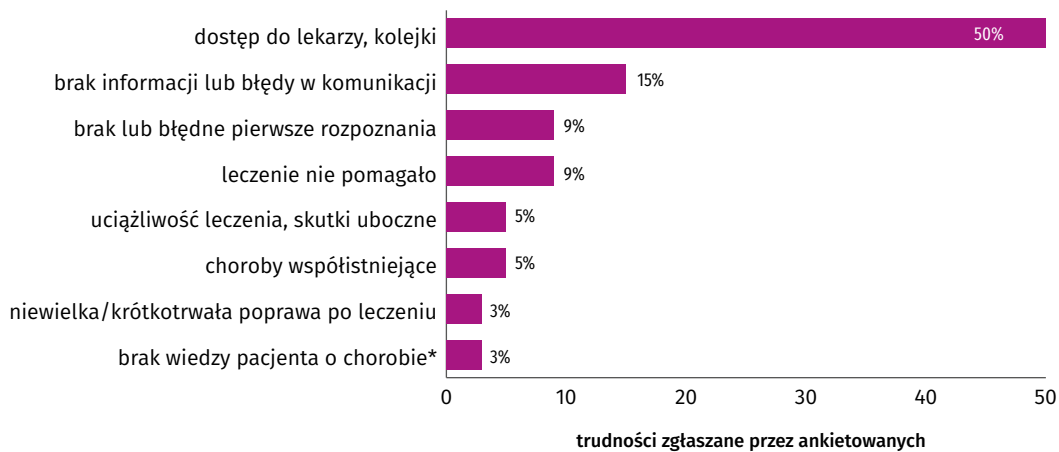
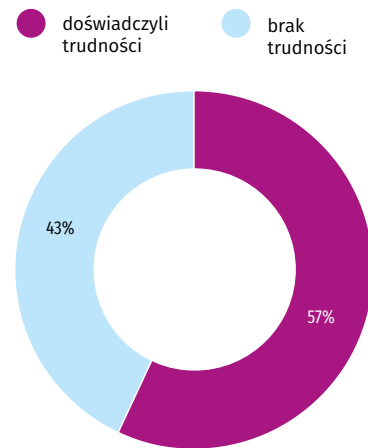
Najczęściej wymienianym przez ankietowanych (58 proc. osób) długotrwałym skutkiem choroby był – podobnie jak objawem najtrudniejszym do zniesienia – doświadczany przez nich ból. Charakter i siła długotrwałego bólu była różna. Co ważne, niektórzy pacjenci podkreślili, że mimo leczenia wciąż nie odczuwają spodziewanej poprawy. Oprócz bólu często ankietowani wymieniali różnego rodzaju parestezje, jakich doświadczali. Informację o ustąpieniu objawów bólowych podało jedynie 29 badanych (17 proc.).

W pytaniu tym ankietowani mogli podać więcej niż jeden skutek choroby. Należy tu pamiętać o tym, że pacjenci znajdują się na różnym etapie leczenia, różny przebieg choroby, w tym czas w którym pozostają oni pod opieką medyczną w związku z przebytym półpaścem. Częstość poszczególnych odpowiedzi osób, które odpowiedziały na to pytanie, wygląda następująco:



3.7. Trudności w procesie diagnozy i leczenia

57 proc. respondentów stwierdziło, że doświadczyło trudności w trakcie diagnostyki i leczenia półpaśca. Wśród nich najwięcej osób podkreśliło trudności w dostaniu się do lekarza, długi czas oczekiwania na termin. Na drugim miejscu wskazywano, że nie otrzymali wyczerpujących i zrozumiałych dla siebie informacji na temat choroby, metod leczenia lub zetknęli się z bagatelizowaniem czy lekceważeniem swoich słów i zgłaszanych dolegliwości.



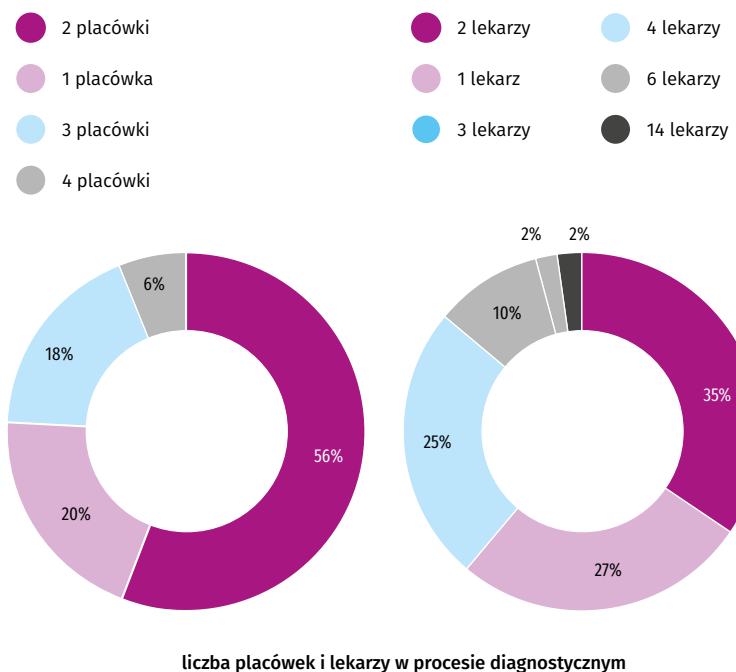
n=117

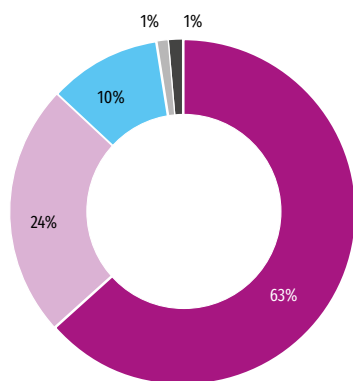
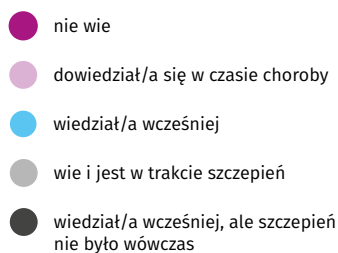
* Pacjenci przyznawali, że brak rozpoznania przez siebie samych symptomów choroby opóźnił zgłoszenie się ich do lekarza.

3.8. Liczba placówek i lekarzy w procesie diagnostycznym

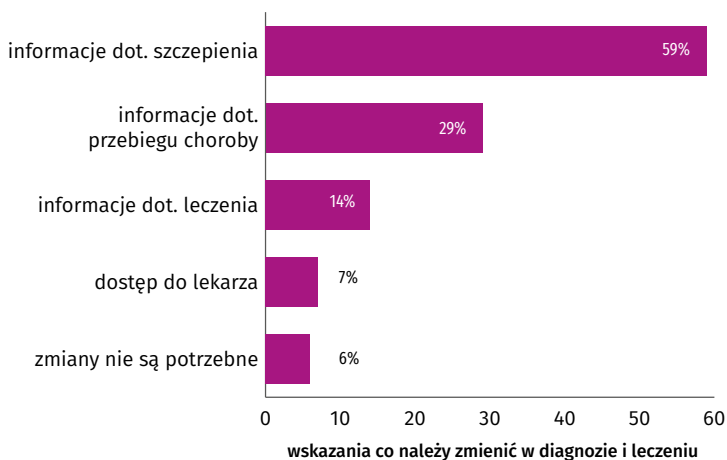
Ścieżka diagnostyczna pacjenta najczęściej zawierała dwa elementy: poradnię POZ i poradnię leczenia bólu. Część pacjentów w trakcie leczenia korzystała ze świadczeń AOS, najczęściej poradni: neurologicznej czy dermatologicznej. Kilkoro ankietowanych było hospitalizowanych z powodu objawów półpaśca. Wśród osób, które podały liczbę placówek, większość leczyło się w dwóch (56 proc. odpowiadających na to pytanie).

Wśród osób, które podały liczbę lekarzy, którzy zajmowali się nimi w trakcie przebiegu półpaśca i jego powikłań, najwięcej osób odpowiedziało, że leczyło się u dwóch lekarzy (35 proc. odpowiadających na to pytanie).

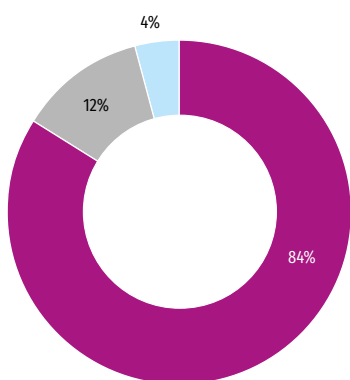
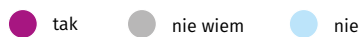




poziom wiedzy ankietowanych o możliwości szczepienia się



wskazania co należy zmienić w diagnozie i leczeniu



czy ankietowany poleciłby zaszczepienie się

3.9. Wiedza na temat możliwości szczepienia

63 proc. ankietowanych nie wiedziało o istnieniu szczepionki do momentu wypełniania tej ankiety. Kolejne 24 proc. osób wiedzę o jej istnieniu nabyło w trakcie choroby. Jedynie 11 proc. ankietowanych było świadomych jej istnienia przed zachorowaniem. Dwoje badanych (1 proc.) podkreśliło, że przed zachorowaniem wiedzieli o jej istnieniu, przy czym nie była ona dostępna wówczas w Polsce. Również dwoje respondentów poinformowało, że aktualnie są w trakcie szczepień.

3.10. Jakie zmiany powinny nastąpić w procesie diagnozy i leczenia półpaśca?

Badani podkreślali brak wiedzy dotyczącej półpaśca – nie są szeroko znane objawy ani sposoby leczenia tej choroby. Większość ankietowanych wskazała na brak powszechnej informacji o istnieniu szczepień ochronnych na półpasiec. Ponadto poruszono temat odpłatności za tę szczepionkę. Zwrócono uwagę na umiejętność zaordynowania terapii bólu również przez lekarzy POZ. Tu także ważny jest szybki dostęp do lekarza.

Tylko niespełna 6 proc. ankietowanych nie dostrzegło potrzeby zmian w procesie diagnozy i leczenia półpaśca.

W pytaniu tym ankietowani mogli podać więcej niż jeden element wymagający zmiany. Częstość poszczególnych, najczęściej padających odpowiedzi osób prezentuje się następująco:

3.11. Czy poleciłby zaszczepienie się innym?

Większość respondentów odpowiedziała na to pytanie twierdząco – 84 proc. Kolejne 12 proc. nie było tego pewnych. Natomiast 4 proc. odpowiedziało przecząco.

3.12. Dodatkowe uwagi i komentarze zgłaszane przez ankietowanych

Pacjenci wskazywali, że kwestie ekonomiczne są dla nich bardzo ważne. Wskazywali na koszty szczepionki oraz brak refundacji leków, porównywalnej z finansowaniem farmakoterapii innych chorób przewlekłych. Podkreślali również, że półpasiec i jego skutki mają charakter przewlekły.

Piśmiennictwo – rozdział 2.

- Gruver Ch, Guthmiller KB.: Post herpetic Neuralgia. StartPearls 2021,Treasure Island (FL), PMID: 29630250; ID: NBK493198.
- Gross GE, Eisert L, Doerr HW. et al.: Journal of Society Dermatol 2019; 55-77.
- Mastalerz-Migas A, Grodzicki T, Malec-Milewska M. et al.: Półpasiec – objawy kliniczne, leczenie i profilaktyka. Terapia 2015; 12: 6-11.
- Alles SRA, Smith PA.: Etiology and Pharmacology of Neuropathic Pain. Pharmacol Rev 2018; 70; 315-347.
- Malec-Milewska M. Leczenie chorego z neuralgią po półpaścu – co nowego w zaleceniach AD 2020. TERAPIA 2021,7 (402):34-40.
- Malec-Milewska, Zajączkowska R, Woroń J.: Postępowanie w ostrej fazie półpaśca. Ból wiedza w kieszeni (red. Dobrogowski J, Wordliczek J, Kocot-Kępska M). Termedia 2020: 359-378.
- Meysman P, Ogunjimi B, Naulaerts S.: Varicella-zoster virus-derived MHC lass I-restricted peptide affinity is a determining factor for HLA risk profile to develop PHN. J Virol 2015; 89 (2): 962-969.
- Przekłasa-Muszyńska A.: Neuralgia popółpaścowa. Medycyna Bólu MCKPUJ, Kraków 2008: 1-6.
- Kim HJ, Ahn HS, Lee JY. et al.: Effects of applying nerve blocks to prevent postherpetic neuralgia in patients with acute herpes zoster: a systematic review and meta-analysis. The Korean Journal of Pain 2017; 30(1): 3-17.
- Seo YG, Kim HJ, Choi SS.: Effectiveness of continuous epidural analgesia on acute herpes zoster and postherpetic neuralgia: A retrospective study. Medicine (Baltimore) 2018; 97(5): e9837.
- Wood MJ.: How should we measure pain in herpes zoster? Neurology 1995; 45(Suppl 8): 61-62.
- Szczudlik A, Dobrogowski J, Wordliczek J. et al.: Diagnosis and management of neuropathic pain: Review of literature and recommendations of the Polish Association for the Study of Pain and the Polish Neurological Society – Part one. Neurol Neurochir Pol 2014; 48: 262-271.
- Malec-Milewska M, Sękowska A. Dekalog diagnostyki i leczenia bólu neuropatycznego. ITEM Publ 2020.
- Oxman MN, Levin MJ, Johnson GR. et al.: A vaccine to prevent herpes zoster and post herpetic neuralgia in older adults. N. Engl. J. Med 2005; 352: 2271-2284.
- Chlibek R, Paukens K, Rombo L. et al.: Long-term immunogenicity and safety an investigational herpes zoster subunit vaccine in older adults. Vaccine 2016; 34(6): 863-868.
- Lin WR, Lin HH, Lee SS. et al.: Comparative study of the efficacy and safety of valaciclovir versus acyclovir in the treatment of herpes zoster. J Microbiol Immunol Infect 2001; 34(2): 138-142.
- Shen MC, Lin HH, Lee SS. et al.: Double-blind, randomized, acyclovir- controlled, parallel-group trial comparing the safety and efficacy of famciclovir and acyclovir in patients with uncomplicated herpes zoster. J Microbiol Immunol Infect 2004; 37(2): 75-81.
- Shafraan SD, Tyring SK, Ashton R. et al.: Once, twice, or three times daily famciclovir compared with acyclovir for the oral treatment of herpes zoster in immune competent adults: a randomized, multi-center, double-blind clinical trial. J Clin Virol 2004; 29(4): 248-253.
- Ono F, Yasumoto S, Hamada T. et al.: Comparison between famciclovir and valaciclovir for acute pain in adults Japanese immunocompromised patients with herpes zoster . J. Dermatol 2012; 39(11): 902-908.
- Zhang M, Gao CX, Ma KT. et al.: Meta-Analysis of Therapeutic Efficacy and Safety of Gabapentin in the Treatment of Post herpetic Neuralgia from Randomized Controlled Trials. Biomed Res Int. 2018; 4:7474207.
- Kocot-Kępska M, Mańka-Matłok M. Miejsce pregabaliny i gabapentyny w leczeniu chorych z bólem neuropatycznym. Ból 2020; 21(3):11-23.
- Wiffen PJ, Derry S, Bel RF. et al.: Gabapentin for chronic neuropathic pain in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017; 6(6): CD007938.
- Derry S, Bel RF, Straube S. et al.: Pregabalin for neuropathic pain in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019; 1(1): CD007076.
- Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J. et al.: Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. Revue Neurol (Paris) 2020; 176(5): 325-352.
- Finnerup NB, Attal N, Haroutoumian S. at al.: Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol 2015;14(2):162-173.
- Attal N.: Pharmacological treatments of neuropathic pain: The latest recommendations. Revue Neurol (Paris)2019;175: 46-50.
- Malec-Milewska, Zajączkowska R, Woroń J. Pacjent z bólem neuropatycznym – leczenie pierwszego i drugiego wyboru. Ból wiedza w kieszeni (red. Dobrogowski J, Wordliczek J, Kocot-Kępska M.).Termedia 2020: 359-378.
- Zajączkowska R, Mika- Kula J, Leppert W. et al.: Mirogabalin: a novel selective ligand for the alfa-2delta calcium channel submit. Pharmaceuticals 2021;14 (2):1424-8247.
- Derry S, Rice AS, Cole P. et al.: Topical capsaicin (high concentration) for chronic neuropathic pain in adults. Cochrane Database Systematic Reviews 2017;1: CD:007393.
- Radtke C. et al.: Keratinocytes acting on injured afferents induce extreme neuronal hyper excitability and chronic pain. Pain 2010;148 (1): 94-102.
- Hu Y, Zou L, QiX. Et al.: Subcutaneous botulinum toxin-A injection for treating post herpetic neuralgia. Dermatologic Therapy 2020;33: e13181.
- Peltier AC, Wood D.: Management of neuropathic pain in polyneuropathy. Contin, Lifelong Learn. Neurol 2020,26:1299-1322.

Załącznik 1.

Ankieta wykorzystana do badania opinii pacjentów

<p>Szanowni Państwo!</p> <p>Zapraszamy do wypełnienia ankiety skierowanej do osób, które zachorowały na półpaśca. Ankieta jest anonimowa, wyniki będą prezentowane tylko w formie zbiorczej.</p> <p>Jej celem jest zwrócenie uwagi na sytuację pacjentów i wskazanie problemów, z którymi stykają się w czasie swojej choroby. Wnioski z badania chcemy przekazać w raporcie skierowanym m.in. do Ministerstwa Zdrowia i innych osób, które decydują o działaniu służby zdrowia w Polsce. Mamy nadzieję, że dzięki temu podejmą działania, aby poprawić sytuację pacjentów i skuteczność leczenia.</p> <p>Uprzejmie prosimy o odpowiedzi długości minimum kilku zdań na każde z pytań:</p>	
1.	Proszę opowiedzieć kilka słów o Pana/Pani zachorowaniu na półpasiec: kiedy choroba się zaczęła, jakie były pierwsze objawy, jak szybko została postawiona diagnoza? W jakim wieku Pan/Pani wówczas był/była?
2.	Jak wyglądało leczenie i na jakim etapie leczenia jest Pan/Pani obecnie?
3.	Czy na tyle rozumie Pan/Pani swoją chorobę, że potrafi wytłumaczyć jej przyczyny? Skąd pochodzi ta wiedza? (np. od lekarzy, od znajomych, z internetu, od organizacji pacjenckiej)
4.	Jakie objawy choroby najmocniej odcisnęły się na Pana/Pani samopoczuciu, zdrowiu, codziennym życiu?
5.	Czy odczuwa Pan/Pani obecnie skutki choroby, jeśli tak – to jakie (np. ból, rany, zaburzenia równowagi, inne)?
6.	Jakie były dla Pana/Pani największe trudności w czasie procesu diagnozy i leczenia lub czego najbardziej zabrakło? (np. dostęp do lekarzy, uzyskanie informacji, kolejki, choroby współwystępujące)
7.	Czy rozpoznanie choroby i Pana/Pani leczenie odbywało się w jednym szpitalu czy w kilku? Czy miał Pan/Pani do czynienia z dużą liczbą lekarzy?
8.	Czy ma Pan/Pani świadomość że istnieje szczepionka przeciwko półpaścowi, dzięki której można uniknąć zachorowania? Czy taką wiedzę posiadał Pan/Pani przed zachorowaniem?
9.	Na podstawie swoich doświadczeń, czy może Pan/Pani wskazać, czego najbardziej brakuje lub co wymaga zmiany w procesie diagnozy i leczenia półpaśca? (np. wiedzy o objawach, możliwości zaszczepienia się przeciw tej chorobie, świadomości że istnieje szczepionka)?
10.	Czy na podstawie dzisiejszej wiedzy i doświadczeń po przebyciu choroby poleciłby Pan/Pani zaszczepienie się przeciwko półpaścowi innym osobom – swojej rodzinie, znajomym?
11.	Jeśli ma Pan/Pani inne uwagi, którymi chce się podzielić – bardzo prosimy.
Prosimy o podanie kilku informacji dodatkowych:	
->	płeć Pacjenta: KOBIEȚA – MĘŻCZYŻNA
->	wiek:
->	Inne choroby współwystępujące:

© Wydawcą raportu jest
Modern Healthcare Institute sp. z o.o.

Wszelkie prawa zastrzeżone

Wydawca oraz autorzy nie ponoszą
odpowiedzialności za jakiegokolwiek ewentualne
decyzje, które zostaną podjęte na podstawie
niniejszego opracowania.

Niniejszy raport jest objęty
prawami autorskimi.

Zabronione jest powielanie i kopiowanie
oraz wykorzystywanie w takiej formie części
lub całości raportu, w tym wykresów i tabel,
na jakimkolwiek polu eksploatacji
bez pisemnej zgody wydawcy.

Cytowanie fragmentów lub danych zawartych
w raporcie powinno zawierać adnotację
o źródle.

Treści zawarte w niniejszym raporcie nie
mają na celu promowania produktów
lecznicych. Zostały zawarte jedynie w celach
informacyjno-edukacyjnych.

MODERN HEALTHCARE INSTITUTE

Modern Healthcare Institute sp. z o.o.
ul. Zabłocińska 6 lok. 46, 01-697 Warszawa

REGON: 368041956 NIP: 5223098085
KRS: 0000690383

Prezes zarządu: Krzysztof Jakubiak

mhi@mzdrowie.pl
www.mzdrowie.pl

MODERN HEALTHCARE INSTITUTE