

Wciąż słyszę, że od chorych na cukrzycę oczekuje się rozsądku i odpowiedzialności. Kiedy podobne wymagania zaczną obowiązywać tych, którzy zapewniają opiekę i finansują system leczenia?

Pierwszego pacjenta z cukrzycą spotkałem na drugim roku studiów medycznych i wcale nie było to w Polsce. Los sprawił, że na wakacyjną praktykę studencką wyjechałem do szpitala uniwersyteckiego w Manchesterze i trafiłem tam na oddział diabetologiczny, prowadzony przez prof. Andrew Boultona, eksperta zajmującego się przede wszystkim leczeniem stopy cukrzycowej. Gdy kilka lat później zostałem dziennikarzem medycznym, cukrzyca siłą rzeczy musiała znaleźć się w kręgu moich zainteresowań i wszystko, co zobaczyłem w Wielkiej Brytanii – jakość opieki, edukacja pacjentów, organizacja systemu leczenia – było wzorem, który daleko odbiegał od polskich realiów.

Rozmiar pandemii

Największa różnica tkwiła w braku opieki zintegrowanej. W angielskich ośrodkach obok pielęgniarek i diabetologów pracowali również nefrolodzy, seksuolodzy, okuliści, a także dietetycy, podolodzy (o tym, jaką wagę należy przykładac do higieny stóp, wie każda osoba z cukrzycą) oraz pracownicy socjalni. Podczas jednej wizyty pacjent miał możliwość sam lub z najbliższym opiekunem spotkać się z ekspertami tych wszystkich specjalności i wyjaśnić bez pośpiechu każdą swoją wątpliwość. Polscy diabetolodzy od dawna zdawali sobie sprawę, że edukacja chorych oraz interdyscyplinarne podejście są nie tylko ważnym elementem w kuracji cukrzycy, lecz same w sobie są już jej leczeniem – ale o wiele trudniej było im tę ideę wdrażać w życie.

Choć od tamtej pory minęło 20 lat (czyli krócej niż istnieje Polskie Stowarzyszenie Diabetyków) i ogromny dystans, jaki dzielił naszych chorych od standardów zachodnich wyraźnie się zmniejszył, nadal odstawiamy od europejskiej czołówki. Nie tylko pod względem refundacji niektórych metod leczenia, ale też poziomem ogólnej wiedzy na tematy związane z profilaktyką cukrzycy, ochroną przed powikłaniami, etc. Niemal co rok wysłuchuję na konferencjach prasowych utyskiwań na brak profesjonalnych gabinetów leczących stopę cukrzycową (w Manchesterze należało to do standardu opieki!) lub zaniedbań w dziedzinie pomiaru hemoglobiny glikowanej (HbA1c). Specjaliści narzekają na złą współpracę z lekarzami rodzinnymi, a dostęp do nowoczesnych metod leczenia bywa dla wielu pacjentów wciąż ograniczony.

Trudno liczyć na zmianę tej sytuacji, skoro diabetologia nie należy do priorytetów polityki zdrowotnej, ustępując pod tym względem kardiologii i onkologii. Szkoda, gdyż biorąc pod uwagę dane epidemiologiczne, prawdziwe zagrożenie pandemią dopiero nadchodzi. Co prawda w nomenklaturze medycznej termin ten zarezerwowano do chorób zakaźnych – wywoływanych przez wirusy i bakterie – jednak rozmiar zachorowań na cukrzycę, obserwowany w ostatnich latach na całym świecie, uprawnia do sięgania po niestandardową terminologię. Jeszcze kilkanaście lat temu liczbę pacjentów szacowano na 135 milionów, dziś jest to już 285 mln,

a według Światowej Federacji Diabetologicznej za dwadzieścia lat armia chorych wzrośnie do 435 mln (choć jeszcze w minionej dekadzie szacunki mówiły o 360 mln). W Polsce problem ten dotyka co najmniej 2,6 mln ludzi. – Choć zaburzenia tolerancji glukozy, które pojawiają się przed rozpoznaniem zasadniczej cukrzycy, występują u blisko pięciu milionów – zauważają eksperci.

Ta rzesza pacjentów wymaga profilaktyki chroniącej przed powikłaniami i dobrego leczenia. Okazuje się jednak, że warunek ten spełnia u nas zaledwie połowa chorych! Czy uznanie diabetologii za dziedzinę priorytetową poprawiłoby tę sytuację? Jak słusznie mówił mi pięć lat temu krajowy konsultant w dziedzinie diabetologii prof. Krzysztof Strojek: sukcesy kardiologów i onkologów bywają spektakularne, bo wystarczyło lepsze wyposażenie placówek tych specjalności, by mogła spaść śmiertelność w zawałach serca lub niektórych typach raka. A w diabetologii najważniejsza jest edukacja. Trzeba nauczyć ludzi, jak unikać czynników ryzyka cukrzycy i jak z nią żyć, by nie dopuścić do komplikacji.

Patrząc na lepiej wycenianą przez Narodowy Fundusz Zdrowia kardiologię lub wrażliwą społecznie onkologię, na pewno byłby to impuls do stworzenia systemu wczesnego ostrzegania. Zarówno dla osób z rodzin zagrożonych cukrzycą, jak i pacjentów, którzy powinni się leczyć jak najskuteczniej, by uniknąć groźnych konsekwencji swojej choroby. Ich leczenie jest przecież dużo droższe niż utrzymywanie stężenia cukru na względnie niskim i stałym poziomie za pomocą insuliny lub leków doustnych.

Cukier krzepi... i kosztuje

Za każdym razem, gdy słyszę o potrzebie edukowania pacjentów – aby przestrzegali reguł terapii, uważnie obserwowali swój organizm, pamiętali o diecie i regularnej aktywności fizycznej – mam nieodparte wrażenie, że większą uwagę należałoby poświęcać szkoleniu urzędników, którzy nie zawsze chyba zdają sobie sprawę, co cukrzyca oznacza w życiu chorego i jakie niesie ze sobą zagrożenia dla finansów całego systemu opieki zdrowotnej.

Ta edukacja byłaby potrzebna choćby po to, aby decyzje wydawane przez NFZ lub władze Ministerstwa mogły przejść przez filtr zdrowego rozsądku i kompetencji, jakich niektórym decydentom wciąż u nas brakuje. Do właściwej kontroli cukrzycy nie potrzeba nowoczesnej i kosztownej technologii, o czym wspominał cytowany już wcześniej prof. Strojek, ale przede wszystkim regularnej współpracy z pacjentem i zespołów, które będą się nim zajmować. Czy zatem duża część winy za brak odpowiednich wyników leczenia nie spada na złą organizację pracy ośrodków diabetologicznych, która jest pochodną ich niedostatecznego finansowania właśnie z winy nieoświeconych urzędników?

NIE TAK SŁODKO



Obecne standardy leczenia cukrzycy w Polsce są oczywiście pochodną możliwości finansowych resortu zdrowia, ale też moim zdaniem z gruntu fałszywej koncepcji (która jest grzechem całego naszego systemu), że można zaoszczędzić na wszystkim. Mówiąc krótko: decydentom brakuje wyobraźni i nie przyjmują do wiadomości faktu, iż zainwestowanie w jak najlepszą opiekę diabetologiczną teraz pozwoliłoby ograniczyć wydatki w przyszłości. Utworzenie większej liczby gabinetów podologów, finansowanie edukacji pacjentów, refundacja (od dawna odkładana) długodziałających analogów insuliny lub nowych leków o innych mechanizmach działania, wymaga z pewnością większych nakładów. Ale dałoby to gwarancję, że zaprocentują one skuteczniejszą terapią i brakiem dużo droższych powikłań, które skracają chorym życie nawet o dziesięć lat. Na szczęście nie u wszystkich dochodzi do tak dramatycznych konsekwencji, jednak w Polsce – biorąc pod uwagę sam aspekt finansowy – wciąż zbyt małą wagę przykładamy do leczenia i opieki nad pacjentami z uszkodzonym wzrokiem, nerkami lub przebytym zawałem serca w wyniku zaawansowanej cukrzycy.

A jeśli ktoś twierdzi, że choroba ta dotyka wyłącznie starszej generacji, myli się podwójnie. Po pierwsze, profilaktyka ważna jest od młodości, by nie dopuścić do otyłości, miażdżycy i nadciśnienia (nierozzerwalnie związanych z podwyższeniem stężenia cukru w organizmie). Po drugie – leczenie milionów diabetyków stanie się niedługo tak dużym obciążeniem finansowym dla systemu ochrony zdrowia, że ucierpią na tym inne dziedziny medycyny, z której korzystają wszyscy ubezpieczeni. W USA 75 proc. z ponad 14 mln chorych na cukrzycę umiera z powodu powikłań sercowo - naczyniowych, a wydatki na ich leczenie

przekroczyły w tym kraju 130 mld dol. rocznie. – Nie jesteśmy w stanie udźwignąć lawinowo rosnących kosztów – powtarzają na międzynarodowych konferencjach amerykańscy eksperci, których słuchają co prawda polscy lekarze, ale już nie urzędnicy resortu zdrowia. Rocznie z budżetu państwa na leczenie cukrzycy wydaje się w naszym kraju ok. 2,5 mld zł, z czego ok. 690 mln pochłania refundacja leków.

Strategia nowej dekady

Jak zatem współczesne leczenie cukrzycy powinno wyglądać? – Rozpoczynamy od modyfikacji stylu życia – odpowiadają lekarze. To oczywiście kosztuje najmniej. Celem jest redukcja masy ciała i zwiększenie aktywności fizycznej do 2 - 3 kwadransów dziennie. W codziennej diecie należy unikać cukrów prostych i zmniejszyć ilość dostarczanych kalorii. Posiłki powinny być częstsze, nawet pięć dziennie, ale mniej obfite.

Decyzja o rozpoczęciu kuracji tabletkami lub insuliną bywa trudna, jednak warto, by nie odkładać jej w nieskończoność. Według zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego terapia zaczyna się zwykle od metforminy i pochodnych sulfonilomocznika (na wybór leku wpływa tusza pacjenta i fakt, w jakim stopniu doszło już do zniszczenia komórek beta w trzustce). W dalszej kolejności oba leki można podawać jednocześnie, a także insulinę lub jej analogi.

Z tego powinien zdawać sobie sprawę każdy chory: nawet, gdy właściwe stężenie cukru można regulować na początku samą dietą, a następnie lekami doustnymi, w końcu nadchodzi moment, gdy trzeba pacjenta przekonać do zastrzyków insuliny. A jak uczy doświadczenie, jest to nieraz niezwykle trudne. Jeden z sondaży ujawnił, że w Polsce 58 proc. chorych obawia się rozpoczęcia kuracji insuliną, ale co bardziej niepokoi - aż 86 proc. lekarzy stosuje argument insulinoterapii jako szantaż! Przy takim podejściu, chory traktuje insulinę nie jako lek, tylko jak karę i ostateczność, a strach wcale nie jest dobrym nauczycielem posłuszeństwa. Może tu tkwi przyczyna niefrasobliwości wielu pacjentów, którzy nie zważając na groźbę konsekwencji cukrzycy, lekceważąco traktują swoje obowiązki: systematyczną kontrolę glikemii, regularne przyjmowanie leków, przestrzeganie rygorystycznej diety?



Wiara w cudowną moc pigułek nie zawsze przynosi spodziewane efekty. Akurat diabetologia uchodzi za dziedzinę, w której szczęśliwie nie brakuje rozmaitych opcji leczenia i dla każdego chorego można wybrać właściwą kurację. Specjaliści dążą do tego, by była ona w jak największym stopniu zindywidualizowana, co niestety w Polsce utrudnia brak refundacji niektórych ważnych grup leków: wspomnianych już długodziałających analogów (korzystnych zwłaszcza dla pacjentów z nocną i poranną hipoglikemią) lub nowej rodziny doustnych leków inkretynowych. W odróżnieniu od dotychczasowych klas preparatów, działania niepożądane tych najnowszych specyfików są niewielkie – nie wpływają na krążenie, nie wywołują obrzęków ani przyrostu wagi. A w dodatku obniżają podwyższone stężenie cukru w oparciu o dopiero niedawno poznany mechanizm działania.

Tło powstawania cukrzycy jest oczywiste – w wyniku braku insuliny cukier gromadzi się we krwi, niekorzystnie oddziałując na układ nerwowy, nerki, oczy i naczynia krwionośne. Jednak stymulacja wydzielania insuliny nie jest uzależniona od samej glukozy, której stężenie wzrasta po posiłku, lecz uczestniczą w tym mechanizmie inne hormony przewodu pokarmowego, zwane inkretynami. To właśnie one sterują wchłanianiem pokarmu w żołądku i jelitach, a jednocześnie informują komórki beta w trzustce o zapotrzebowaniu na insulinę. Jeśli w organizmie na skutek trawienia pokarmu rośnie stężenie glukozy, następuje pierwszy wyrzut insuliny do krwioobiegu. Następnie, już pod wpływem samych inkretyn, komórki beta zaczynają wytwarzać kolejne porcje insuliny i jest to ta faza jej produkcji, której do tej pory dzięki starszym generacjom leków nie potrafiono naśladować (udaje się to w pewnym stopniu nowoczesnym analogom insuliny).

Chorzy na cukrzycę typu 2 uwalniają niewielkie ilości inkretyn. Naukowcy wpadli więc przed kilkunastu laty na pomysł, by stymulować ich działanie farmakologicznie i nie musieli długo czekać na zainteresowanie przemysłu – wkrótce na rynku pojawiła się nie jedna, lecz od razu dwie grupy leków inkretynowych, celujących w różne enzymy i receptory. Dotychczasowe starania, by ta nowa klasa medykamentów mogła być w Polsce objęta refundacją, spełzły na razie na niczym, co przy równocześnie przedłużającym się procesie tworzenia programu terapeutycznego dla długodziałających analogów stawia pacjentów w trudnym położeniu. Świat nam ucieka z nowoczesnymi metodami leczenia i polska diabetologia znów zaczyna tracić dystans do europejskiej czołówki. Jeśli dłużej opierać się będziemy przed szerszym udostępnieniem dla chorych analogów insuliny lub leków inkretynowych, za kilka lat nie poradzimy sobie z nadrobieniem wszystkich zaległości. W kolejce czeka już przecież następna klasa leków zwanych flozynami,

która bodaj jako pierwsza celuje w niedocenianą dotychczas rolę nerek w zapewnianiu równowagi gospodarki węglowodanowej. Ograniczenie wchłaniania glukozy z moczu do krwi może stać się wkrótce bardzo ważną opcją leczenia pacjentów z cukrzycą typu 2 (badania kliniczne III fazy trwają). A będą kolejne i nasz system refundacyjny nie wydaje się na to przygotowany.

Lekcja udanego życia

Oczywiście nie można zapominać, że wprowadzanie nowych kuracji jest zawsze obciążone ryzykiem i reguła ta obowiązuje również w leczeniu cukrzycy. Najświeższe i złe doświadczenia z wzięną insuliną lub rosiglitazonem uczą pokory. Może więc należy przyznać rację sceptykom, którzy w sprawie propagowania nowych opcji terapeutycznych radzą zachowywać się jak dżentelmen, czyli podążać zawsze krok za modą? Lepiej nie rzucać się na pierwszą linię, niech inni najpierw dokładnie sprawdzą nowości... Współczesna medycyna coraz częściej staje przed fundamentalnym pytaniem, które pojawia się również w diabetologii: do jakiego stopnia uszczęśliwiać chorych nowymi preparatami ułatwiającymi terapię (bo na przykład, zamiast kilku tabletek, wystarczy jedna) albo wydają się skuteczniejsze od dotychczasowych, skoro ich ogólny wpływ na organizm jest w pierwszej fazie kuracji nie do przewidzenia?

Ta ostrożność nie zmienia jednak faktu, iż dobre leczenie cukrzycy wymaga ustalenia ostrych kryteriów wyboru innowacyjnych metod leczenia. Wąskie grupy chorych mogą dzięki nowym odkryciom zyskać więcej niż cała populacja pacjentów; i jednocześnie mniej stracić, gdyż przy ewentualnym ryzyku wystąpienia działań niepożądanych łatwiej wybrać spośród milionów kilkadziesiąt osób, które na nową terapię zareagują najlepiej.

Cały ten postępek we współczesnej diabetologii jest imponujący, choć niektórym może wydać się nieco zafałszowany. Cukrzyca w dalszym ciągu pozostaje przecież chorobą nieuleczalną, żaden lekarz nie powie pacjentowi: proszę przyjść jutro, pozbędziemy się problemu. Niezależnie od najlepszych insulin lub zwiększonych wydatków na refundację, doskonałych glukometrów, pomp insulinowych, zamienników dietetycznych – każdy pacjent musi nauczyć się tak jak 10 czy 30 lat temu żyć ze swoją chorobą i ta nauka jest wciąż chyba najtrudniejsza. Jednym zabiera miesiąc, innym kilka lat. Wcześniej czy później stanie się częścią życia i trzeba o niej myśleć nie tylko siadając do stołu lub piekąc ciasto dla wnuków.

Paweł Walewski

Autor jest publicystą działu naukowego tyg. „Polityka”