

Oglądać stopy i dno oka



prof. Krzysztof Strojek
konsultant krajowy
w dziedzinie diabetologii

Zwolnienia, renty i leczenie ciężkich powikłań cukrzycy znacznie obciążają budżet. Czy postęp medycyny pozwala choć trochę odciążyć finanse publiczne?

KRZYSZTOF STROJEK: Odciążeniem mogą być poradnie ambulatoryjne. Dowiedziano, że jeśli na terenie powiatu funkcjonuje poradnia diabetologiczna, to częstość śpiączek spada do zera. A chorym na cukrzycę grozi nie tylko śpiączka ketonowa, która ma śmiertelność 5 proc., ale też hiperosmolarna o 15-procentowej i mleczanowa aż o 50-procentowej śmiertelności. Jeżeli przez 10-15 lat chorzy na cukrzycę nie mają kontrolowanych czterech podstawowych parametrów – cukru, lipidów, ciśnienia i wagi, które nazywam mantrą

cukrzycową – dochodzi do innych poważnych powikłań. Obejmują one nie tylko konieczność dializ, zawały serca, udary mózgowie, amputacje i zaburzenia czucia w stopach, ale też schorzenia w obrębie przewodu pokarmowego. Chorzy tracą zdolność kontrolowania moczu czy stolca i borykają się z naprzemiennymi biegunkami i zaparciami. Poradnie diabetologiczne pomagają kontrolować cukrzycę i nie dopuścić do tych powikłań.

Podczas lutego Europejskiego Forum Cukrzycy w Brukseli specjaliści wiele mówili o wciąż zaniedbywanym problemie stopy cukrzycowej.

W Polsce ten problem również jest pomijany, bo lekarze są zwykle w niedoczasie i nie mają czasu sprawdzić stopy pacjenta z cukrzycą. A jest to bardzo istotne, bo wielu z nich cierpi na zespół stopy cukrzycowej (ZSC), który polega na zaburzeniach krążenia krwi w stopie, które sprawiają, że nie dopływa do niej krew i może wdać się martwica. Pacjent z ZSC ma osłabione czucie w nogach i nie czuje, że się skaleczył. W dodatku chory ma też zmiany w układzie kostnym stopy – zmieniają się punkty nacisku na stopę w czasie chodzenia, co zwiększa ryzyko urazu. W konsekwencji powstaje

owróżnienie, a w jego następstwie martwica, która zmusza do amputacji.

Lekarze w Brukseli podkreślali, że cukrzyków trzeba zmuszać do pokazywania stóp, bo sami często się wstydzą.

Lekarze powinni przynajmniej raz w roku oglądać stopy pacjenta, ale przede wszystkim nauczyć ich prawidłowej pielęgnacji. Nogi muszą być czyste i natalkowane, paznokcie prawidłowo obcięte, buty wygodne, skarpetki miękkie. Trzeba robić wszystko, by nie doszło do skaleczenia, bo w przypadku ZSC nawet najdrobniejsze grozi amputacją.

Na co jeszcze powinno się uważać w przypadku cukrzyków?

Chorzy powinni badać regularnie dno oka i przynajmniej raz w roku odwiedzać okulistę, nawet we wczesnych stadiach choroby. Podwyższony poziom cukru we krwi powoduje zmiany w naczyniach siatkówki, które pękają i powodują krwotoki do oka. Na skutek podwyższonego poziomu cukru we krwi może się też odklejać siatkówka, co powoduje utratę wzroku. Wczesne zmiany są niewielkie, widoczne tylko podczas badania oftalmoskopem.

—rozmawiała
Karolina Kowalska

Chory z cukrzycą – system z liczydłem

—dokończenie z 2-3

Prof. E. Franek: Refundacja leków jest oczywiście rozwiązaniem tylko jednego z problemów, z którymi się borykamy, ale to ważny problem. Ja nie jestem politykiem, tylko lekarzem i muszę myśleć jak lekarz. Prowadzę obchody w klinice, do której kierowani są chorzy z różnymi problemami powodującymi brak wyrównania cukrzycy, najczęściej z wysokimi poziomami cukru albo z hipoglikemią. Praktycznie każdego dnia potrzebowałbym u jakiegoś chorego możliwości zastosowania jakiegoś leku, który nie jest refundowany. Nie mówię tu o bardzo dużej grupie chorych, bo stare leki w większości przypadków działają, przynajmniej przez pewien czas. Ale mam pacjentów, którym pomogłoby włączenie innych, nowoczesnych farmaceutyków, u których są wskazania medyczne do ich podawania, a których niestety nie jestem w stanie podawać. To bardzo frustrujące i dla chorego, i dla lekarza. Ja rozumiem, że pieniędzy jest mało. Ograniczmy zatem wskazania do refundacji, sprawdzajmy skuteczność nowych leków i refundujmy tylko wtedy, kiedy przynoszą bardzo dobry skutek. Chciałbym, żeby ci, którzy decydują o refundacji, pamiętali o dylemacie lekarza, który wie, że istnieje terapia, ale nie może z niej skorzystać, a także o uczuciach pacjentów, którym się mówi, że wszystko się im należy, ale jak przychodzi ci do czego, okazuje się, że nowoczesnymi lekami mogą się leczyć tylko bogaci.

Dr Michał Sufkowski: Chciałbym bardzo wesprzeć wszystkie te pomysły, które padły ze strony diabetologów. Narodowy pro-

gram – tak, krajowy rejestr – tak, gabinety stopy cukrzycowej – tak. My jesteśmy na to przygotowani. Paradoksalnie, nie chodzi o pieniądze, ale o brak czasu. Zajęcie się pacjentem wymaga dużej, kompleksowej opieki, nawet 1,5 godz. Wspieramy służące temu pomysły, staramy się dotrzeć do pacjenta jak najwcześniej i zajmować się nim na etapie pre-diabetic. Dyskusja o cukrzycy, o nowotworach i o innych chorobach cywilizacyjnych jest dyskusją o kondycji naszego społeczeństwa.

Dyr. A. Śliwczyński: Nie zgodzę się z tym, że NFZ nie słucha środowisk eksperckich. Słuchamy i rozmawiamy ze środowiskami eksperckimi, ale środowisk pacjenckich i potrzeb zdrowotnych jest bardzo dużo, a budżet NFZ jest ograniczony i musi być wykorzystany efektywnie w różnych potrzebach zdrowotnych. Mówimy o prze-

”
Leczymy tym,
co było dostępne
w połowie XX wieku

rzucaniu środków. Ale przecież nie NFZ kieruje pacjenta do szpitala, tylko robi to lekarz, widząc pacjenta i stwierdzając taką potrzebę działania. Podkreślam, Fundusz jest otwarty na poprawę organizacji działań edukacyjnych, tak by zmieniać świadomość i pacjenta, i lekarzy, jeśli chodzi o opiekę nad pacjentem diabetologicznym.

Alicja Szewczyk: To, co najprostsze, jest najtrudniejsze. A my, pielęgniarki, mamy proste

rozwiązania. Kompetencje w zakresie edukacji są wpisane w zawód pielęgniarki i w jej misję. W marcu na Europejskim Forum Cukrzycy w Brukseli liderzy organizacji diabetologicznych zgodzili się, że bez edukacji nie wygramy. Podkreślili, że to najlepsza i najtańsza metoda walki z tą chorobą, która jest czwartą przyczyną zgonów mieszkańców UE. Rozwiązania, które realizujemy z PTD, będą korzystne dla pacjentów.

Ja pracuję z dziećmi i z młodzieżą i tu rozwiązania systemowe są na poziomie europejskim. Ale 90 proc. pacjentów to chorzy z cukrzycą typu 2. W poradniach diabetologicznych dla dorosłych, klinikach diabetologicznych i na oddziałach internistycznych nie ma pielęgniarki, która zajęłaby się edukacją. Stał ukłon w stronę płatnika, by usługa edukacyjna była świadczeniem gwarantowanym. Mam analizę z Biura Ekspertyz i Analiz Centrum Kształcenia Dyplomowego Pielęgniarek i Położnych, która mówi, że jest 1000 pielęgniarek, które mają ukończoną łącznie specjalizację z pielęgniarstwa diabetologicznego i kursa specjalistycznego „Eduktor w cukrzycy”. Edukacja jest tanim elementem leczenia cukrzycy, dlatego powinna być wyceniona adekwatnie do kwalifikacji pielęgniarek.

Dr M. Sufkowski: Dzięki takim dyskusjom zbliżyliśmy się do holistycznego podejścia do pacjenta. Edukacja, profilaktyka są ważne, ale wspieram głosy panów profesorów upominających się o realną refundację insuliny analogowych oraz refundację inkretyn zarówno doustnych, jak i iniekcyjnych, bo my, praktycy, na co dzień stykamy się ze skutkami braku dobrego leczenia.

—kek

Zdażyć przed insuliną



dr Marek Golański
diabetolog

Co jest dziś największą troską lekarza prowadzącego od kilku lat chorego z cukrzycą?

DR MAREK GOLANŃSKI: To, że cukrzyca postępuje, poziomy cukru są coraz gorsze i trzeba eskalować leczenie, dołączając nowe leki. W Polsce dostępna jest wprawdzie nowa grupa leków – inkretyny, które mogą zatrzymać pochód cukrzycy i są w stanie częściowo powstrzymać rozwój choroby. Bez nich bardzo trudno wyrównać poziom cukru. Niestety, inkretyny są bardzo drogie i wielu pacjentów nie może sobie na nie pozwolić. Leki doustne kosztują około 200 zł miesięcznie, a te do wstrzykiwania, ułatwiające schudnięcie pacjentom, którzy w większości są otyli, od 500 do 700 zł na miesiąc.

To nie są wydatki do udźwignięcia dla przeciętnego chorego.

W czym leki inkretynowe przewyższają środki starej generacji?

Sprawiają, że liczba hipoglikemii się zmniejsza albo nie występują one w ogóle. Pozwalają się też wycofać ze zbyt wcześnie podanej insuliny, która zawsze powoduje tydzień i stwarza ryzyko hipoglikemii, podawana w nadmiarze przyczynia się do powstawania nadciśnienia i zawsze utrudnia życie chorym. Nowoczesne leki przywracają fizjologię, chronią wyspy trzustkowe produkujące insulinę i powodują, że cukrzyca wolniej postępuje. Jeśli pacjent nieprawidłowo stosował stare leki – zażył je, ale nie zjadł – groziła mu hipoglikemia. Nowe środki nie spowodują spadku poziomu cukru, jeśli pacjent nie zje, a jeśli zje, przywróci poziom prawidłowy.

Jaki procent pana pacjentów stanowią pacjenci zagrożeni ciężkimi powikłaniami lub już ich doświadczający?

Trzeba rozróżnić powikłania cukrzycy długotrwale źle wyrównanej u pacjentów, którzy nie chcą się leczyć, i te występujące u postępujących zgodnie

z zaleceniami lekarza. Późna retinopatia, czy nefropatia, powikłania nerek i stóp raczej nie dotkną cukrzyków zdyscyplinowanych. Mogą je rozwinąć po wielu latach prawie wyłączni ci, którzy zaniedbują chorobę. Ale cukrzyca, nawet leczona, powoduje powikłania naczyniowe, takie jak zawał serca czy udar mózgu, które często trudno przepisać wyłącznie zbyt wysokiemu poziomowi cukru we krwi i trudno powiedzieć, na ile przyczyniła się do nich cukrzyca, a na ile cholesterol. Na pewno podstawą leczenia cukrzycy jest prawidłowe odżywianie i ruch. Bez nich żadne leki sobie nie poradzą.

Dzięki internetowi świadomość pacjentów znacząco wzrosła. Czy z pacjentami wyedukowanymi w sieci pracuje się lepiej?

Niestety, wciąż przychodzą do mnie ludzie wystraszeni, którym cukrzyca kojarzy się wyłącznie z tymi najgroźniejszymi powikłaniami. Uspokajam ich i przekonuję, że jeśli będą kontrolowali chorobę, do niczego takiego nie dojdzie. W sieci można znaleźć mnóstwo użytecznych informacji, ale też mnóstwo niepełnych bądź nieprawdziwych.

—rozmawiała kek

Cukrzyca nie boli, bolą powikłania

Międzynarodowa Organizacja Diabetologiczna (IDF) zaleca mówienie o pacjencie: osoba z cukrzycą. Jaki jest portret osoby z cukrzycą w Polsce?

IRENA KLIMCZEWSKA: Zależy, w jakim jest wieku. O dzieci dbają rodzice, młodzi są często świadomi, jak postępować z chorobą, a najsmutniejszy jest portret osoby starszej, tej niekoniecznie wykształconej, która często uznaje, że cukrzyca to nic takiego, i nie przestrzega porady tabletek. Gorzej jest tylko z chorymi insulinozależnymi – tym starszym, niedowidzącym musi pomagać rodzina. Wiele jest wśród nich osób po amputacji, niedołączonych, zdanych na łaskę osób trzecich.

Cukrzyca zbiera w Polsce coraz większe żniwo. Co dziś jest najważniejszym niezalafionym problemem chorych?

Medycyna idzie do przodu i dziś oferuje bardzo dobre nowoczesne leki inkretynowe, za które trzeba płacić samemu. Może doczekamy się ich refundacji, jak w przypadku insuliny długodziałających. Otwierając do nich dostęp w zeszłym roku, NFZ uratował kilkadziesiąt tysięcy pacjentów przed niedocukrzeniem, które może prowadzić do śmierci, i strachem przed nim.

Pani dobrze zna fo uczucie.

Parę razy to przeżyłam. Zaczyna się od niepokoju wewnątrz organizmu, potem



Irena Klimczewska
prezes kujawsko-pomorskiego oddziału Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków

człowiek jest roztrzęsiony, oddech ulega spłyceniu, a jedyną myślą jest to, by znaleźć coś do jedzenia i uratować się przed śpiączką. Każdy boi się utraty przytomności, niedotlenienia i ustania pracy mózgu. Do normalnego funkcjonowania wraca się parę godzin.

Jak takiemu niedocukrzeniu zapobiegać?

Przed wszystkim dbając o siebie i postępując według zaleceń lekarza. Niedocukrzenie nie zagraża tak bardzo, jeśli cukrzyk zje rano treściwe śniadanie. Dlatego tak ważna jest edukacja. Państwo powinno o nią zadbać, bo lekarz nie zawsze ma czas. Jeśli chory sam nie szuka wiadomości o swojej chorobie, może się to dla niego źle skończyć. Mam znajomego, któremu lekarz przepisał lek

na obniżenie poziomu cukru we krwi. Znajomy lek bierze, ale uważa, że nie ma cukrzycy, i nie jestem go w stanie przekonać, że jest inaczej. Lekarz, wypisując receptę, uznał, że to oczywiście, i nie podzielił się z pacjentem diagnozą. Takie podejście do choroby jest groźne, bo znajomy może lekceważyć postępy choroby.

Czym różni się sytuacja chorych na cukrzycę w Polsce i innych krajach UE?

Tam leki mają za darmo. Ja nie mówię, żeby u nas były bezpłatne, ale niech będą refundowane w jakiś sposób. Koszt leków nie jest tak duży jak koszt amputacji, po której taka osoba przechodzi na rentę. Mam bratanek, któremu w wieku 54 lat w wyniku powikłań z powodu cukrzycy amputowano nogę poniżej kolana. Stracił pracę. Teraz ileś lat będzie otrzymywał rentę, a przecież gdyby w porę zapobiec miażdżycy kończyn, to mógłby jeszcze wiele lat pracować. Uważam, że powinniśmy więcej uwagi poświęcić edukacji osób z cukrzycą i ich rodzin. Sama cukrzyca nie boli, bolą powikłania. Osoby z cukrzycą muszą mieć świadomość konieczności przestrzegania wszystkich zasad odpowiedniej diety, zażywania ruchu, a także edukacji. Powikłania ujawniają się po około dziesięciu latach choroby.

—rozmawiała kek