

Gazeta Lekarska

11
2016

PISMO IZB LEKARSKICH



**Narodzie, 6.8% PKB
wyjdzie Ci
NA ZDROWIE !**



**Chcemy leczyć
w Polsce**

11

Temat miesiąca
Mam na imię
KEL

40

Praktyka lekarska
Reforma
nadchodzi

52

Ochrona zdrowia na świecie
Jak walczyć z cukrzycą?
Zapobiegając



**Maria
Domagała**

Jak walczyć z cukrzycą? Zapobiegając

Przez ostatnie trzy dekady liczba chorych na cukrzycę wzrosła na świecie czterokrotnie. To skutek trybu życia, diety, małej aktywności, starzenia się społeczeństw. Wydatki na leczenie cukrzycy i jej powikłań rosną jeszcze szybciej. Skuteczniejsza walka z nią jest możliwa, a wielkie koszty dałoby się ograniczyć – pod warunkiem, że walkę będzie prowadził cały świat, pod wspólnym hasłem: „zapobieganie”.

Na cukrzycę choruje już 8,5 proc. światowej populacji – 422 mln (w 1980 – 108 mln: 4,7 proc. dorosłych). Są to głównie zachorowania na cukrzycę typu 2, co ma związek z epidemią otyłości. W jednym tylko 2012 r. zmarło z powodu cukrzycy i jej powikłań 3,7 mln ludzi, blisko połowa przed 70. r.ż. Zachorowalność wzrasta szybciej w krajach biednych i umiarkowanie biednych, śmiertelność przed siedemdziesiątką jest tam ponad dwukrotnie wyższa niż w zamożniejszych (Europa: 55,7/100 tys., Bliski Wschód: 140/100 tys.). To oznacza, że kraje te będą bardziej obciążone wydatkami generowanymi przez cukrzycę.

Powyższe dane sygnalizują zróżnicowane możliwości w zakresie prewencji i kontroli cukrzycy, jakimi dysponują kraje poszczególnych regionów świata. Czynnikiem różnicującym jest głównie zamożność i poziom rozwoju¹.

Nierówne szanse bogatych i biednych

Wyspecjalizowane struktury do walki z cukrzycą istnieją w wielu krajach; są narodowe programy, badania populacyjne, wytyczne i standardy. Ale ich realizacja uwarunkowana jest względami ekonomicznymi. Istnienie ogólnokrajowych zaleceń i standardów kontroli cukrzycy deklaruje 126 krajów, pełne ich wdrażanie – prawie połowa, z których ponad dwie trzecie to kraje średniozamożne i zamożne. Działania polityczne podejmuje 31 proc. krajów – w większości o wysokich dochodach. Operacyjne programy na rzecz ograniczania wybranych czynników ryzyka ma 70-85 proc. krajów świata (ale np. tylko 50 proc. krajów Bliskiego Wschodu); częściej dotyczą one aktywności fizycznej i właściwego odżywiania (70 proc.), znacznie rzadziej przeciwdziałania otyłości. W krajach rozwijających się promocję zdrowia prowadzi się wrywkowo

i niekonsekwentnie. Mniej niż połowa krajów przeprowadziła w ciągu ostatnich pięciu lat badania populacyjne na obecność cukru we krwi. Najlepiej to wygląda w regionie Zachodniego Pacyfiku (80 proc. krajów), najgorzej w regionie Bliskiego Wschodu (25 proc.).

Dostępność na poziomie POZ pomiarów masy ciała, cukru we krwi i białka w moczu deklaruje tylko 1/3 krajów ubogich i średnio-ubogich, 2/3 średniozamożnych i wszystkie zamożne. Ogólna dostępność insuliny w opiece podstawowej jest dwukrotnie wyższa w Amerykach i Europie (90 proc.) niż w Afryce i Wschodniej Azji (40 proc.). Metformina i sulfonilomocznik są powszechnie dostępne w 90 proc. krajów bogatych; bardzo nieliczne ubogie deklarują dostępność obu. Tylko w jednym na trzy kraje o niskich i średnich dochodach metody i sprzęt do kontroli cukrzycy są dostępne w przychodniach ogólnych. Podstawowe technologie i zasoby (ludzkie, sprzętowe, leki) są obecne w tych placówkach lub aptekach połowy krajów świata. Mniej niż połowa natomiast ma rejestry cukrzycy, tylko w 14 proc. krajów rejestry obejmują całą populację, w 19 proc. – pacjentów szpitalnych.

Strategia dla wszystkich (także najuboższych)

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) od 1980 r. w swoich raportach² apeluje do rządów o realizację konkretnych działań z zastosowaniem sprawdzonych narzędzi³. Ich zaletą i siłą jest to, że są stosunkowo proste i nie wymagają wielkich nakładów. Mogą je wdrażać nawet kraje ubogie i rozwijające się. Kraje zamożne również chętnie wykorzystują strategię skuteczne i efektywne kosztowo.

Oto one:

1. Zapobieganie. Współczesna medycyna nie potrafi zapobiegać cukrzycy typu 1, ale może zapobiegać cukrzycy typu 2, a zapobieganie powikłaniom i przedwczesnej śmierci jest możliwe w obu typach. W profilaktyce chodzi o zapewnienie dobrego zdrowia każdemu – czy ma cukrzycę, czy nie. Szczególnie jest ważna we wczesnych latach życia, gdy kształtują się zwyczaje i nawyki; to najlepszy okres do ograniczenia ryzyka otyłości i cukrzycy typu 2 (i innych chorób) w późniejszym okresie życia.

Nie wystarczy jednak pojedynczy program czy kampania, konieczne jest całościowe podejście z udziałem wszystkich sektorów: handlu, rolnictwa, finansów, transportu i urbanistyki, ponieważ zdrowie może być wzmacniane lub osłabiane na każdym z tych pól. Chodzi o zredukowanie wpływu tych czynników ryzyka cukrzycy, które można modyfikować (nadwaga, brak ruchu, zła dieta). Na palenie tytoniu można wpłynąć przez politykę podatkową, działania prawne, edukacyjne (dzięki nim od 2005 r. na świecie zanotowano istotny spadek konsumpcji tytoniu). Poprawę odżywiania we wczesnym dzieciństwie przyniosła akcja „1000 dni” (czas od ciąży do końca 2. r.ż. dziecka), czyli właściwe odżywianie w ciąży, karmienie piersią, niepodawanie dziecku substytutów mleka matki. Możliwy jest wpływ na konsumpcję przez regulacje cenowe: np. wyższe akcyzy na produkty zawierające dużo tłuszczu i cukru. Promocja aktywności, zwłaszcza wśród dzieci, sprzyja zdrowemu trybowi życia.

2. Prewencja w grupach ryzyka, czyli działania skierowane do osób ze stanem przedcukrzycowym. Badania w USA (Diabetes Prevention Program), Finlandii (Finnish Diabetes Prevention Study), Chinach (Chinese Da Qing Study) pokazują, że aktywne interwencje trwające 2-6 lat dają poprawę wyników (glikemia, ciśnienie krwi) ze skutkiem widocznym przez 10-20 lat, także po odstawieniu leków. Według licznych badań interwencje farmakologiczne są mniej efektywne niż zmiana diety i aktywność. Przykładem może być Meksyk, gdzie zachorowalność na cukrzycę jest największa z krajów OECD, a zarazem największe jest spożycie słodzonych napojów gazowanych na mieszkańca. W 2014 r. opodatkowano te produkty, ich cena wzrosła o ponad 10 proc. Po zaledwie roku spadek konsumpcji jest większy niż oczekiwano.

Do oszacowania ryzyka w grupach osób zagrożonych cukrzycą opracowano różne narzędzia. Najprostsze to pomiar poziomu cukru we krwi, ale są też inne wskaźniki. Fińska skala FINRISK dla oceny ryzyka cukrzycy bierze pod uwagę wiek, BMI, obwód talii, zażywanie leków nadciśnieniowych, poziom cukru we krwi, aktywność fizyczną, dzienne spożycie warzyw i owoców. Australijski AUSDRISK szacuje ryzyko rozwoju cukrzycy

w ciągu 5 lat; poza wskaźnikami z fińskiej skali uwzględnia płeć, rasę, rodzinną historię cukrzycy, palenie. Uproszczona skala indyjska IDRS uwzględnia wiek, obwód talii, historię rodzinną i aktywność fizyczną. Skala jest szczególnie przydatna przy bardziej ograniczonych zasobach.

Narzędzia te są łatwe do stosowania w opiece podstawowej. Systematyczna kontrola grup ryzyka w POZ daje dobre skutki. Nawet jeśli w danym kraju nie prowadzi się badań przesiewowych, czyli brak „systemu wczesnego wykrywania”, placówki POZ wychwycą osoby z wysokim ryzykiem, wobec których można podjąć poradnictwo w zakresie (co najmniej) redukcji masy ciała, aktywności i niepalenia.

3. Wczesna diagnoza – to ona sprawia, że z cukrzycą można prowadzić dobre życie. Im dłużej choroba jest nieleczone, tym mniej skuteczne będzie leczenie. Standardem w placówkach POZ powinien być pomiar stężenia cukru we krwi plus schemat postępowania „ścieżka pacjenta” (diagnoza, skierowanie do specjalisty, prowadzenie w POZ, okresowe badania specjalistyczne i zapobieganie powikłaniom, leczenie). Przy zdiagnozowanej cukrzycy – seria prostych i tanich interwencji: kontrola glikemii plus dieta, ćwiczenia, jeśli trzeba – farmakoterapia; kontrole ciśnienia krwi i cholesterolu (w celu ograniczenia ryzyka ChUK i innych powikłań), regularne badanie wzroku, nerek, stanu stóp, aby jak najwcześniej wdrożyć leczenie.

4. Kontrola i organizacja opieki – procedury związane z diagnozą i codzienną kontrolą powinny być dostępne w opiece podstawowej, skoordynowanej ze specjalistyką (jw.). Tymczasem w większości ubogich i średniouboгих krajów nie są powszechnie dostępne nie tylko leki (insulina i doustne leki przeciwcukrzycowe, podstawowe środki na nadciśnienie itp.), ale również technologie do prewencji i diagnostyki.

Poza lekami warunkiem skutecznej opieki są standardy postępowania, jednoznaczne kryteria kierowania do specjalisty, opieka zintegrowana (przy współistniejących innych chorobach). Niezbędna jest edukacja pacjentów, by rozumieli zasady terapii, sens zaleceń i chcieli się do nich stosować. To także działanie niskokosztowe (zwłaszcza edukacja grupowa), podobnie jak wyżej wymienione. Tymczasem w wielu krajach biednych pacjenci przyjmujący insulinę nie prowadzą kontroli glikemii ze względu na brak umiejętności i sprzętu, a także – co jest paradoksalne – brak środków. Osoby z cukrzycą powinny być pod opieką zespołu specjalistów – poza lekarzem i pielęgniarką, także dietetyka, położnika, chirurga, okulisty, fizjoterapeuty. W wielu regionach świata taki zespół jest nieosiągalny, ale – podkreślają raporty WHO – są inne rozwiązania, np. doszkalanie pracowników, którzy świadczą opiekę.

To nie kosztuje dużo, a może przynieść dużą poprawę kontroli epidemii cukrzycy. ■

¹ Noncommunicable Disease Country Capacity Survey (NCD CCS) 2015 (informacje z 177 krajów członkowskich WHO, reprezentujących 97 proc. ludności świata). Z tego opracowania pochodzą wykorzystane tu dane.

² Najnowszy: Global report on diabetes WHO 2016.

³ WHO PEN – Package of Essential Noncommunicable Disease Interventions for Primary Health Care in Low-Resource Settings. WHO 2010.