

LIDERZY INNOWACYJNOŚCI

CHOROZY Z CUKRZYCOWYM OBRZĘKIEM PLAMKI CZEKAJĄ NA PROGRAM LEKOWY OD PONAD 4 LAT

Nowe metody leczenia cukrzycowego obrzęku plamki

Cukrzyca jest podstępna i bardzo niebezpieczną chorobą cywilizacyjną. Prowadzi do wielu poważnych powikłań, a jednym z najgroźniejszych jest cukrzycowy obrzęk plamki (DME). Zbyt późno zdiagnozowany lub źle leczony prowadzi do bezpowrotnej utraty widzenia. Najbezpieczniejszą formą leczenia DME w czasie pandemii COVID-19 powinny być terapie, które wymagają jak najrzadszego stosowania. Wśród dostępnych metod, interesującą formą leczenia cukrzycowego obrzęku plamki są doszkliskowe implanty sterydowe, podawane pacjentowi raz na 6 miesięcy, albo i rzadziej. Dodatkowo na rynku pojawiają się preparaty anty – VEGF o podobnej charakterystyce działania.

Specjalistą zajmującym się najnowszymi terapiami z zakresu retinologii jest prof. Robert Rejdak, szef Kliniki Okulistyki Ogólnej, prorektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie i prezes Stowarzyszenia Chirurgów Okulistów Polskich (SCOP).

– Panie profesorze, czym różnią się te metody od standardowych?

– W leczeniu cukrzycowego obrzęku plamki preparatami z grupy anty – VEGF podajemy choremu zastrzyki do gałki ocznej. Najpierw co miesiąc, a potem coraz rzadziej. Terapia obejmuje od 7 – 9 iniekcji w pierwszym roku, a w kolejnych latach ta liczba stopniowo maleje. W czasie pandemii musimy ograniczyć wizyty chorego w szpitalu ze względów bezpieczeństwa. Problemem dla pacjenta może być nawet samo dotarcie na taki zabieg, a przerywanie terapii może się skończyć utratą widzenia. Statystyki z pierwszego półrocza są przerażające. W wyniku przerwanego leczenia z różnych przyczyn związanych z pandemią, ok. 30 proc. chorych straciło wzrok. Nie możemy narażać pacjentów na tak bolesne ryzyko, dlatego bardzo dobrą metodą leczenia DME w sytuacji epidemii może być podawanie doszkliskowych implantów sterydowych. Robi się to raz na pół roku, a nawet rzadziej. Po 6 miesiącach pacjent wraca na kontrolę i sprawdzamy, czy istnieje potrzeba powtórnego podania implantu. Wizyta dwa razy w ciągu roku jest w obecnej sytuacji znacznie bezpieczniejsza dla pacjenta niż pojawianie się w szpitalu co miesiąc. Dodatkowo, pacjenci z DME często wymagają opieki, w związku z tym wizyta wiąże się z obciążeniem

i ryzykiem także dla opiekuna. Pomiędzy wizytami związanymi z podaniem leku, pacjenci mogą odbywać wizyty w celu kontroli ciśnienia wewnątrzgałkowego bezpośrednio w rejonie.

– Jaka jest skuteczność leczenia chorego tą metodą?

– Porównywalna do iniekcji, ale zamiast zastrzyków, choremu podaje się doszkliskowy implant sterydowy. To jest biodegradowalny implant w postaci pręcika o średnicy ok. 0,46 mm i długości 6 milimetrów, który wstrzykuje się, z użyciem aplikatora w którym jest umieszczony, do ciała szklistego. Implant zawiera 700 mikrogramów deksametazonu, który stopniowo uwalnia się wewnątrz oka i równomiernie dawkuje przez okres do 6 miesięcy. Jest to skuteczna metoda leczenia DME. Sam ją wykorzystuję w terapii chorych, dlatego mogę to potwierdzić z własnego doświadczenia. Doszkliskowe implanty sterydowe stosuje się w Europie już od kilku lat. W takich krajach jak Włochy, czy Hiszpania, są rekomendowane w leczeniu cukrzycowego obrzęku plamki (DME). W Polsce ich dostępność jest ograniczona ze względu na brak refundacji tej terapii przez NFZ.

– Z powodu zbyt wysokich kosztów?

– Cena jednego doszkliskowego implantu sterydowego dla szpitala wynosi około 4,5 tys. zł. Dla NFZ to nie jest nadmierny wydatek. Gdyby policzyć koszty iniekcji preparatami anty – VEGF, których trzeba podawać dużo więcej i częściej oraz kontrolować pacjenta co miesiąc, to łączna suma byłaby z pewnością jeszcze wyższa. Rachunek ekonomiczny przemawia na rzecz refundacji takich terapii. Jeśli osoba



Fot. Archiwum

straci wzrok ze względu na brak dostępności do leczenia DME, to obciążenia dla państwa są dużo wyższe.

– Istnieje jakaś szansa na refundację tej terapii przez NFZ?

– Prowadzone są rozmowy w Ministerstwie Zdrowia dotyczące włączenia tej terapii do refundacji, jednak trudno przewidzieć czy i kiedy to nastąpi. Od ponad 4 lat okuliści czekają niecierpliwie na wprowadzenie programu lekowego dla chorych na cukrzycowy obrzęk plamki. Kilka lat temu z taką inicjatywą do Ministerstwa Zdrowia wystąpił prof. Marek Rękas, konsultant krajowy ds. okulistyki i do tej pory czyni intensywne starania o jego uruchomienie, żeby ratować chorych przed ślepotą. W Polsce ok. 3 mln osób choruje na cukrzycę. Z tego milion ma cechy retinopatii cukrzycowej, a 300 tys. może być zagrożonych wystąpieniem DME. Ratunkiem dla tej grupy chorych jest wprowadzenie programu lekowego z wyodrębnionym budżetem na zapewnienie skutecznego leczenia tej choroby.

– Dlaczego uruchomienie programu lekowego trwa tak długo?

– Pieniądzy nie starcza na wszystkie potrzeby służby zdrowia, dlatego to się przeciąga w czasie. Wszystkie argumenty społeczne, medyczne i finansowe przemawiają za szybkim wprowadzeniem programu lekowego dedykowanego leczeniu DME, żeby uchronić ludzi przed nieodwracalną niepełnosprawnością z powodu ślepoty. Systemowe rozwiązanie problemu

DME jest konieczne. Ministerstwo Zdrowia zapewniało nas, że program lekowy dla chorych z cukrzycowym obrzękiem plamki pojawi się jesienią tego roku, ale pandemia koronawirusa pokrzyżowała te plany i jego wdrożenie znów się oddaliło w czasie. Mamy nadzieję, że za kilka miesięcy dojdzie do jego uchwalenia dla dobra chorych na DME.

– Ile środków potrzebnych jest na taki program?

– Budżet programu lekowego dla chorych na DME oszacowano wstępnie na ok. 100 mln zł rocznie. Zapewniłoby to systemowe leczenie 20 – 30 tys. chorym na cukrzycowy obrzęk plamki, którzy potrzebują najpilniejszej pomocy. Bardzo często są to ludzie młodzi, a nawet uczniowie czy studenci. Narażenie ich na utratę widzenia w tak młodym wieku jest przerażające. Z powodu ślepoty czeka ich wykluczenie z życia społecznego i aktywności zawodowej. Trzeba będzie przez całe życie wypłacać im renty, zasiłki oraz inne świadczenia, a to generuje gigantyczne koszty. Dwa lata temu wyliczono je, na około 2-3 miliardy zł rocznie. Dotyczy to skutków wszystkich schorzeń plamki żółtej. Jeśli zestawimy te wydatki z budżetem programu lekowego, który zapobiegnie wielu tragediom przede wszystkim dla młodych ludzi, to wniosek jest oczywisty. Wprowadzenie programu lekowego z refundowaną terapią preparatami z grupy anty – VEGF i doszkliskowymi implantami sterydowymi z pewnością dla wszystkich będzie najbardziej optymalne.

– Panie profesorze, czym dokładnie jest cukrzycowy obrzęk plamki?

– Plamka żółta jest centralną częścią siatkówki oka o średnicy półtora milimetra. Dzięki specyficznej budowie stanowi miejsce najostrejszego widzenia. Powstają w niej barwne obrazy o największej rozdzielczości. Jeśli zostanie uszkodzona w następstwie cukrzycy to może doprowadzić do bezpowrotnej utraty widzenia, a tym samym do nieodwracalnej niepełnosprawności. Nie ma drugiego takiego organu, o tak małej powierzchni, od którego tyle zależy,

dlatego leczenie chorób plamki jest tak niewątpliwie.

– Jakie sygnały ostrzegają przed tą chorobą?

– Choroba na początku przebiega bezobjawowo, dlatego nie ostrzega przed niebezpieczeństwem. Wahania poziomu glikemii, mają wpływ na mikrokrążenie siatkówki oka i mogą prowadzić do rozwoju retinopatii cukrzycowej, która jest jedną z najczęstszych przyczyn ślepoty w przedziale wiekowym 20 – 65 lat. Retinopatię można wykryć kiedy pojawią się zmiany morfologiczne w siatkówce oka m.in. mikrotętniaki, wysięki twarde czy np. krwotoczki. Z czasem pojawiają się metamorfopsje, czyli wykrzywienie linii prostych. To są jeszcze wczesne objawy, które szybko możemy zdiagnozować i podjąć skuteczne leczenie. Jeśli jednak choroba jest nieleczona, dochodzi do trwałych ubytków widzenia centralnego, a także do ciężkich powikłań, m.in. do krwotoku do ciała szklistego czyli trakcyjnego odwarstwienia siatkówki.

– Co oznacza utrata centralnego widzenia w wyniku postępu choroby?

– Uszkodzenie małych naczyń krwionośnych w siatkówce oka zaburza widzenie. Nie można czytać, prowadzić samochodu, rozpoznawać twarzy, a nawet wpisywać PIN w bankomacie, czy numeru telefonu w smartfonie. To schorzenie uniemożliwia wykonywanie codziennych czynności. Pozbawia młode osoby aktywności życiowej, zawodowej, społecznej i rodzinnej. Jest to ogromny problem, który dotyczy dużej części społeczeństwa. Aby zapobiec tym dramatom musimy jak najszybciej wprowadzić program lekowy dla chorych na cukrzycowy obrzęk plamki. Ja wierzę, że już wkrótce do tego doprowadzimy. Kilkadziesiąt tysięcy pacjentów z nadzieją na to czeka od ponad czterech lat. Ich szybka diagnoza i podjęcie terapii są jedynym ratunkiem na zachowanie widzenia.

Z prof. Robertem Rejdakiem rozmawiała Jolanta Czudak

PRZYSZŁOŚĆ NALEŻY DO ROZWIĄZAŃ TELEMEDYCZYNYCH W DIAGNOSTYCE I LECZENIU

Lubelszczyzna rozwija telemedycynę

W diagnostyce medycznej i leczeniu chorób, a także w profilaktyce, przyszłość należy do telemedycyny, która intensywnie wkroczyła do opieki zdrowotnej wraz z pandemią SARS-CoV-2. Wykorzystanie nowoczesnych systemów teleinformatycznych i cyfrowych w przesyłaniu danych pomiędzy ośrodkami w kraju i za granicą, pozwala na szybkie stawianie diagnozy w nagłych przypadkach i podejmowanie decyzji o specjalistycznym leczeniu. Lubelszczyzna ma szansę stać się pionierem w dziedzinie telemedycyny w Polsce.

Klinicyści z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, od wielu miesięcy zabiegają o jej systemowe wprowadzenie w opiekę zdrowotną. Pod patronatem prof. Wojciecha Załuski, rektora uczelni przy aktywnym zaangażowaniu prorektora ds. cyfryzacji, prof. Roberta Rejdaka powstaje Lubelskie Centrum Telemedycyny. Środowisko akademickie ma w tych działaniach duże wsparcie marszałka województwa lubelskiego, Jarosława Stawiarskiego, który deklaruje udział w powstaniu platformy telemedycznej. – Chcemy być liderem takiego projektu i pragniemy by uczestniczyły w nim wszystkie szpitale, których jest 41 w województwie lubelskim. Dysponujemy dobrze

przygotowaną do tego kadrami. Brakuje nam tylko środków o które aplikujemy z funduszy unijnych – informuje marszałek województwa lubelskiego

Pandemia koronawirusa spowodowała bardzo szybki rozwój telemedycyny. Sytuacja i reżim epidemiologiczny sprawiły, że staje się podstawowym narzędziem opieki nad pacjentami. Wiele problemów można szybko i skutecznie rozwiązać właśnie tą drogą.

– Chcemy stosować telemedycynę na szeroką skalę m.in. w kardiologii, neurologii, kardiologii, czy nefrologii – wyznaje prof. Wojciech Załuska, rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. – Pilotażowy program telemedycyny w okulistyce stosowany od



Fot. Archiwum

prof. Wojciech Załuska, rektor UM w Lublinie

trzech lat na Lubelszczyźnie pokazał imponujące efekty. W małych miejscowościach, gdzie dostęp do okulisty jest bardzo ograniczony, przebadano przy użyciu mobilnych urządzeń i kamer o dużej rozdzielczości dno oka u kilkuset przypadkowych osób. Wyniki potwierdziły, że ok. 30 proc. mieszkańców tych miejscowości jest zagrożonych różnymi chorobami oczu takimi jak np. zaćma, cukrzycowe zwyrodnienie plamki czy jaskra. Większość z nich nie miała o tym pojęcia. Wczesna diagnostyka pozwoliła przebadana-

nym osobom na podjęcie leczenia, ratując ich wzrok przed utratą widzenia.

Współfinansowany ze środków Fundacji Fulbrighta pionierski program, realizowany jest przez prof. Roberta Rejdaka, szefa Kliniki Okulistyki Ogólnej lubelskiego UM wspólnie z prof. Marco Zarbinem z Uniwersytetu Rutgersa w New Jersey, współtwórcą telemedycyny w Stanach Zjednoczonych. – Realizując ten projekt stworzyliśmy podstawy metodologiczne do stosowania tego typu rozwiązań telemedycznych – podkreśla prof. Robert Rejdak. – Udowodniliśmy ich skuteczność w szybkim diagnozowaniu pacjentów i teraz dążymy do rozszerzenia pilotażu na inne dziedziny. Współpracując z ośrodkami amerykańskimi rozwijamy Lubelskie Centrum Telemedycyny, które, mamy nadzieję, odegra w przyszłości wiodącą rolę w kraju.

Wybitny praktyk w zakresie telemedycyny, prof. Marco Zarbin specjalizuje się w leczeniu chorób siatkówki, ale ma też wiele dokończonych w dziedzinie terapii ge-

nowych, leczenia schorzeń dziedzicznie uwarunkowanych oraz urazów oka innowacyjnymi metodami. Amerykański naukowiec od lat współpracuje z lubelskimi okulistami, a także z Wojskowym Instytutem Medycznym w Warszawie.

Za światowe osiągnięcia w rozwoju nowatorskich technologii i terapii lekowych prof. Marco Zarbin otrzymał przed kilkoma dniami Patenty Liderów Innowacyjności, przyznawane przez Stowarzyszenie Chirurgów Okulistów Polskich (SCOP) wspólnie z wydawcą magazynu „Liderzy Innowacyjności”. Laudację wygłosił prof. Robert Rejdak, prezes SCOP. Drugim laureatem wyróżnionym przez Kapitułę złożoną z ubiegłorocznych laureatów: prof. Marka Rękasa krajowego konsultanta ds. okulistyki i prof. Eberharta Zrennera, z Uniwersytetu w Tybindze, został wybitny polski retinolog prof. Jerzy Nawrocki, za wdrożenie innowacyjnych metod i technik chirurgii witreoretinalnej w Polsce.

Działania laureatów i lubelskiego środowiska okulistów dobitnie świadczą o tym, że wspólne projekty przynoszą najlepsze efekty przyczyniając się do rozwoju światowej okulistyki i telemedycyny, która jest przyszłością w diagnostyce medycznej, leczeniu chorób, a także w profilaktyce zdrowotnej.