

OKULISTYKA

Europa zazdrości nam organizacji leczenia okulistycznych chorób cywilizacyjnych

O nowoczesnych terapiach lekowych, a także o tym, czego zazdroszą nam okuliści z krajów, które jeszcze nie tak dawno stawiano nam za wzór, rozmawiamy z prof. dr. hab. n. med. Edwardem Wylęgałą, prorektorem ds. rozwoju i transferu technologii, kierownikiem Katedry i Oddziału Klinicznego Okulistyki Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Coraz głośniejszymi o lawinowo rosnącej częstości występowania chorób cywilizacyjnych – otyłości, cukrzycy, schorzeń układu sercowo-naczyniowego. Czy można do nich zaliczyć także choroby oczu?

W przypadku narządu wzroku do takich chorób możemy zaliczyć przede wszystkim zaćmę, jaskrę i zwyrodnienie siatkówki związane z wiekiem (*age-related macular degeneration* – AMD). Bardzo istotne są też powiązane ze wzrokiem powikłania chorób ogólnych, przede wszystkim cukrzycy. Mają one wspólny element, który sprawia, że są to choroby cywilizacyjne – cierpi na nie duża grupa pacjentów, którą musimy zdiagnozować i leczyć. Obok tego mamy choroby rzadkie, dotyczące zarówno siatkówki, jak i rogówki. W rogówce są to przykładowo dystrofia, dziedziczne zmętnienia rogówki, które narastają wraz z wiekiem. W przypadku siatkówki można wymienić zwyrodnienie barwnikowe siatkówki, dystrofia czopków i pręcików. Możemy więc podzielić te choroby na cywilizacyjne, które na co dzień widzimy w oczach pacjentów, i rzadkie, które okulista niepracujący w ośrodku klinicznym widuje raz w roku. To oczywiście nie oznacza, że te choroby są tak bardzo rzadkie. To jest mylne określenie. O ile bowiem te pierwsze występują w ok. 4–5 proc. populacji, a te drugie wyliczamy w promilach, to w liczbach bezwzględnych pierwsza grupa przekłada się na setki tysięcy pacjentów, a druga na tysiące.

Kilka lat temu, kiedy byłem ekspertem Unii Europejskiej i oceniałem granty, dowiedziałem się, że Unia rozwiązała problem chorób cywilizacyjnych w okulistyce, dlatego zajęto się kolejno leczeniem wszystkich chorób rzadkich. Od tego czasu udało nam się dogonić Europę, a w niektórych aspektach nawet ją przegonić, szczególnie pod względem organizacyjnym w walce z cywilizacyjnymi chorobami oczu. Jeśli natomiast chodzi o okulistyczne choroby rzadkie, to musimy włożyć jeszcze dużo wysiłku, aby dogonić peleton – używając terminologii kolarskiej.

Do Polski nadciąga tzw. srebrne tsunami. Prognozy demograficzne są dramatyczne, a przecież wraz ze starzeniem się społeczeństwa problem narastających z wiekiem chorób oczu będzie się pogłębiał. Czy jesteśmy na to przygotowani?

”

Programy lekowe są kosztowne, ale dzięki kryteriom włączania do nich pacjentów i monitorowaniu efektów końcowych wydane pieniądze przez NFZ. To jest bardzo dobry sposób na wprowadzanie innowacyjnych terapii



For. Archiwum Pływanie

Rzeczywiście mamy istotny problem do rozwiązania. Jeżeli do 2030 r. zachorowalność na AMD wzrośnie o 40–50 proc., to zwiększy nam się liczba pacjentów, podwoi liczba konieczności podania leków. Musimy się na to przygotować pod względem kadrowym i organizacyjnym. Wspomniał pan o „srebrnym pokoleniu”. Zwróciłbym też uwagę na dzieci i młodzież. W tej grupie obserwujemy epidemię krótkowzroczności związanej z użytkowaniem wszelkiego rodzaju „pomocy” elektronicznej – komputerów, smartfonów, tabletów. W efekcie wzrasta liczba dzieci, które muszą nosić okulary. Powstaje kwestia diagnozowania tej krótkowzroczności – będziemy potrzebować ogromnej liczby kadry medycznej. Nie możemy hamować rozwoju okulistyki jako specjalności. Oczywiście możemy się wspomagać zawodami, które w jakiś sposób uzupełniają lekarza okulistę. Myślę o optometrystach. Do tego potrzebny jest też większy dostęp do diagnostyki.

Z chorobami oczu zazwyczaj trafiamy do lekarza, kiedy mamy zaostrzenie. Nie mówimy natomiast w ogóle o profilaktyce. Ten temat w okulistyce właściwie nie istnieje. Co powinniśmy zmienić w tym zakresie w naszej świadomości i mentalności jako społeczeństwo?

We wszystkich swoich publicznych wypowiedziach podkreślam, że po 45. roku życia każdy z nas powinien pójść do okulisty, żeby zbadać narząd wzroku. By zrobić przegląd soczewki, sprawdzić, czy jest przezroczysta. Zbadać nerw wzrokowy, ocenić, czy tam nie ma cech jaskry. Sprawdzić, jak wygląda siatkówka, czy nie ma cech predysponujących do wystąpienia AMD. Trzeba oczywiście dokonać pomiaru ciśnienia wewnątrzgałkowego.

Powinniśmy też zmienić styl życia na prozdrowotny – jeśli ktoś pali, rzucić palenie. Papierosy rujną nam zdrowie, także wzrok. Mówimy dziś dużo o zielonej energii, a mało o ekologicznym zachowaniu, które może nam sprzyjać, a nawet zapobiec wystąpieniu lub zmniejszyć ciężkość choroby. Powinniśmy zadbać o higienę korzystania z urządzeń elektronicznych. Nie można ich wyeliminować z naszego życia, ale po 45 minutach wpatrywania się w ekran robmy sobie 15-minutową przerwę. Odejdźmy od komputera, oderwijmy wzrok od tabletu czy smartfona, popatrzmy gdzieś w dal – za okno, na horyzont. To jest gimnastyka dla oczu. Działa podobnie jak bieganie na zwiększenie naszej wydolności sercowo-naczyniowej.

Kilka lat temu, kiedy byłem na zjeździe okulistów w Singapurze, zaprezentowano pracę dokumentującą, że nawet 80 proc. tamtejszych dzieci w wieku 12 lat miało już krótkowzroczność na poziomie minus trzech dioptrii. Ta statystyka wiązała się oczywiście z małym obszarem tego państwa-miasta, małymi mieszczeniami – po-

prostu nie było gdzie popatrzeć w dal. To predysponuje do krótkowzroczności. W Australii jest odwrotnie. Są tam na przykład szkoły, gdzie nie ma ścian, jest tylko dach. Tam dzieci z kolei mają nadwzroczność. Musimy znaleźć złoty środek – wygospodarować czas na odpoczynek od monitorów, na aktywność fizyczną. Są publikacje, które wskazują, że wpływa ona pozytywnie także na wzrok. Dodajmy, że siatkówka jest najszybszym komputerem na świecie, potrzebującym doskonałego ukrwienia dostarczającego substancji energetycznych dla tych procesów.

Czy powinny zostać upowszechnione programy badań przesiewowych, takie jak Okobus realizowany przez prof. Roberta Rejdaka i Uniwersytet Medyczny w Lublinie wraz z lekarzami POZ, zwłaszcza na terenach mniej zurbanizowanych?

Tego rodzaju działania są zawsze bardzo cenne. To poszukiwanie nowych rozwiązań, żeby pomóc pacjentom, jednak na przykład w województwie śląskim nie ma potrzeby przeprowadzania badań przesiewowych w terenie. Myślałem o takim projekcie kilkanaście lat temu. Dzisiaj jednak, kiedy mamy do dyspozycji niezwykle rozbudowaną bazę diagnostyczną na Śląsku, dobrą komunikację pomiędzy miastami i ich dzielnicami – w mojej opinii nie ma takiej potrzeby.

Mam odmienną koncepcję, jeśli chodzi o screening w zakresie narządu wzroku, szczególnie w przypadku powikłań będących konsekwencją cukrzycy. Uważam, że pacjenci mogliby być diagnozowani w POZ i w klinikach diabetologicznych. Jestem w kontakcie z diabetologami i pracujemy nad programem, który umożliwiłby wczesne wykrycie powikłań cukrzycowych w narzędzie wzroku, które zagrażają widzeniu. Nie każda wybroczynka, nie każdy mikrotętniaczek na dnie oka u pacjenta z cukrzycą grozi utratą wzroku. Czasem jednak jest tak, że dno oka wygląda pięknie, a jest obrzęk, pacjent gorzej widzi – i to jest wskazanie do leczenia. Musimy wypracować taki system, aby do specjalistów trafiali chorzy, którzy naprawdę potrzebują ich pomocy.

Zwracam też uwagę, że mamy pacjentów, którzy się nie orientują, że nie widzą na jedno oko, a tam jest na przykład nowotwór, odwarstwienie siatkówki. Dlatego zawsze zachęcam do porównywania ostrości wzroku pomiędzy oczami w teście samokontroli. Pamiętajmy, że narząd wzroku jest parzysty. Żeby się zorientować, czy mamy chore oko, trzeba zasłonić jedno, popatrzeć na kartkę w kratkę i sprawdzić, czy linie, przecinają się pod kątem prostym. Jeżeli linie się krzywią, to oznacza, że może się rozwijać choroba siatkówki. Jeżeli mamy kłopoty z czytaniem gazety, książki, pojawiają się czarne plamy, które nie ruszają się ze wzrokiem, i to pomimo okularów, to również wskazuje na chorobę siatkówki, czyli AMD.

”

Jesteśmy bardzo dumni, że polscy pacjenci mają dostęp do wszystkich najnowszych leków. Wyjątkowość polskiego programu polega na tym, że mamy w nim umowną szalupę ratunkową, tzw. grupę B 84. Żaden pacjent, który nie kwalifikuje się do programu, nie musi leczyć się prywatnie

Uważam, że zdjęcie dna oka jest dobrą metodą screeningową. Analizowanie wyników badań przez sztuczną inteligencję, by wychwycić pacjentów, których należy poddać leczeniu, jest dobrym rozwiązaniem, ale bardzo kosztownym. Są też inne. Na przykład w Anglii zdjęcie zrobione u optyka wysłała się do oceny do trzech różnych osób. Jeśli wszyscy uznają, że są jakieś zmiany, pacjent z automatu dostaje się do specjalisty. Jeśli interpretacje są rozbieżne, to oznacza, że ktoś się pomylił.

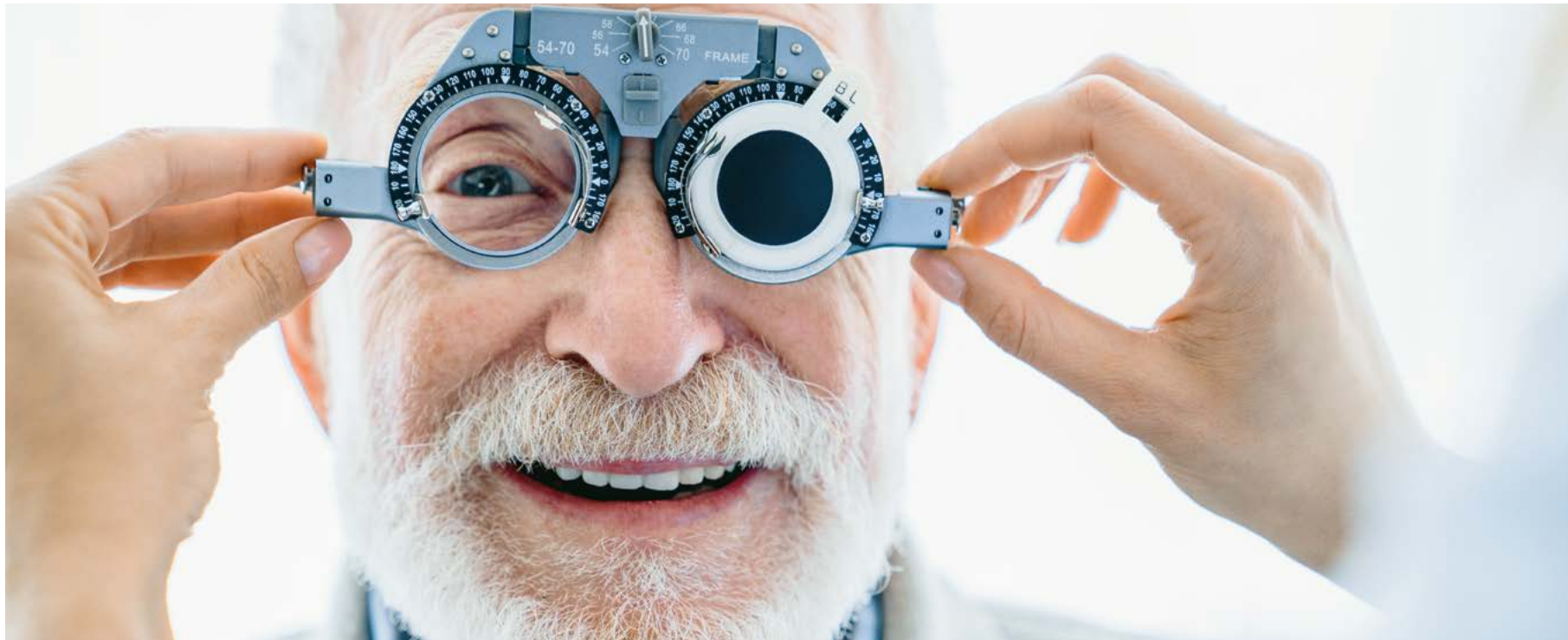
W okulistyce dokonano się ogromny postęp. Pojawiły się terapie, dzięki którym można leczyć wiele chorób albo zahamować ich rozwój. Programy lekowe pozwalają pacjentom skorzystać z najnowocześniejszych leków. Są one bardzo kosztowne.

Rzeczywiście, programy są kosztowne, ale dzięki kryteriom włączania do nich pacjentów i monitorowaniu efektów końcowych są to najlepiej wydane pieniądze przez NFZ. To jest bardzo dobry sposób na wprowadzanie innowacyjnych terapii. Postęp w okulistyce jest niezwykle dynamiczny. W ostatnich 25 latach pozwolił na wykorzystanie nowych cząsteczek nie tylko do zahamowania niektórych chorób, lecz także do ich wyleczenia. Są one na przykład elementem leczenia siatkówki. W przypadku jaskry oczywiście mamy leki, ale wciąż jest to choroba nieuleczalna. Czekamy na przełom w regeneracji komórek tworzących nerw wzrokowy. Mamy jeszcze bardzo dużo niewiadomych w jaskrze, natomiast o zwyrodnieniu siatkówki został skierowany na choroby siatkówki, co było związane z wprowadzeniem tomografu optycznego do diagnostyki i pomiarów siatkówki. Ogromny, światowy wkład ma w tym zakresie prof. Maciej Wojtkowski. Pierwszy taki aparat nowej generacji został wyprodukowany w Polsce, w Zawierciu, w firmie Optopol i spotkał się z bardzo dobrym przyjęciem na całym świecie. W naszej klinice – choć to jeszcze nie była klinika, tylko oddział okulistyczny szpitala kolejowego – jako pierwszy podałem ranibizumab, deksametazon jako lek o przedłużonym działaniu do ciała szklistego czy aflibercept. To leki innowacyjne, które były testowane i wdrażane w Polsce. Obecnie są stosowane w programach lekowych.

Jak wygląda dzisiaj dostęp pacjentów do programów lekowych, do nowych technologii?

Ta dostępność jest pełna. Każdy pacjent, który kwalifikuje się do programu, ma dostęp do najnowszych technologii w ramach świadczeń gwarantowanych. Parametry ostrości wzroku, obecność błony neowaskularnej czy grubość siatkówki wskazują, jak możemy leczyć konkretnego pacjenta w ramach programu lekowego. Czy ci, którzy widzą trochę słabiej, zostaną na lodzie? Nie. Na tym polega wyjątkowość polskiego pro-

OKULISTYKA



Fot. istockphoto

gramu – mamy w nim umowną szalupę ratunkową, tzw. grupę B 84. Żaden pacjent, który nie kwalifikuje się do programu, nie musi leczyć się prywatnie. Będzie leczony w ramach umowy z NFZ, jeśli spełni kryteria. Część pacjentów z tej szalupy ratunkowej dostaje się na okręt programu lekowego, gdy ostrość wzroku się polepsza, jest potencjał i można prowadzić dalsze leczenie. Część pacjentów zostaje wyleczonych w programach lekowych. Jeśli po kilku latach choroba wróci, mogą oni z powrotem trafić do programu. I to jest fantastyczne.

Uważam, że to są najlepsze programy lekowe w Europie – nie tylko ja, lecz także prof. Marek Rękas, prof. Robert Rejda, prof. Sławomir Teper. Zazdroszczą nam ich koledzy z Europy Zachodniej – tej szalupy ratunkowej i dostępu do oryginalnych leków. Ich ceny zostały wynegocjowane naprawdę korzystnie. Mamy taką przewagę, że jeśli tych leków podajemy rocznie w Polsce – powiedzmy – 300 tys., to na przykład w populacji czeskiej podaje się ich ok. 50 tys.

Oby te programy dalej funkcjonowały tak jak teraz. Mamy obecnie trzy programy lekowe: w chorobach cywilizacyjnych leczenia postaci wilgotnej AMD i cukrzycowego obrzęku plamki, w chorobach rzadkich leczenia zapalenia błony naczyniowej.

Wspomniał pan ostatnio, że wprowadziliście terapię łączącą dwa różne programy.

Tak, połączyliśmy leczenie cukrzycowego obrzęku plamki z AMD. Nowym programem jest natomiast leczenie zapalenia błony naczyniowej. Obecnie w tym ostatnim programie jest kilkuset pacjentów, a docelowo obejmie on kilka tysięcy. Mamy tu możliwość podania leku poprzez wstrzyknięcie do wnętrza gałki ocznej. To jest połączenie programu lekowego – podawania czynnika biologicznego ogólnie i miejscowo steroidów. To ogromny sukces. Do tej pory tacy pacjenci ślepli, nie mieli możliwości korzystania z nowoczesnych technologii, które są teraz dla nich dostępne.

”

Mamy obecnie trzy programy lekowe: w chorobach cywilizacyjnych leczenia postaci wilgotnej AMD i cukrzycowego obrzęku plamki, w chorobach rzadkich leczenia zapalenia błony naczyniowej

Czy istnieją jakieś nowe terapie, które nie są dostępne dla polskich pacjentów?

Jesteśmy bardzo dumni, że polscy pacjenci mają dostęp do wszystkich najnowszych leków.

Co nowego w terapiach? Pokazała się nowa cząsteczka, aflibercept 8 mg, a właściwie jej zmieniła formuła, którą będzie można podawać pacjentom nawet co pół roku. To zdecydowanie wpłynie na ich komfort. Jeżeli perspektywę przyjęcia sześciu zastrzyków w ciągu roku zamienimy na dwa zastrzyki, to jest to diametralna zmiana. Pamiętajmy, że to nie iniekcja podskórna, domięśniowa czy dożylna, ale do oka, co nie jest procedurą przyjemną. Pojawiły się nowe leki stosowane w zapaleniu błony naczyniowej – przeciwciała monoklonalne hamujące interleukinę 6 podawane do ciała szklistego. Nowoczesne terapie są możliwe dzięki odkryciom w naukach podstawowych. W Polsce ci naukowcy nie są doceniani. Grantów z Narodowego Centrum Nauki mamy coraz mniej z powodu ograniczenia finansowania. To one dają postęp w diagnostyce i leczeniu pacjentów oraz są motorem wzrostu PKB. Jedna złotówka zainwestowana w te nauki daje nam 8–13 zł wzrostu w skali PKB. Niedawno wprowadzono nowy lek – faricimab, który ma podwójny mechanizm działania: hamuje powstawanie nowych naczyń krwionośnych i wywołuje efekt przeciwpalny przy wydłużonych okresach podania.

Taki wybór leków pozwala nam na stosowanie terapii personalizowanych. Do tego dochodzi farmakogenomika. W naszej klinice jako jednej z pierwszych na świecie wprowadziliśmy system oznaczeń w zakresie predyspozycji do leczenia różnymi preparatami anty-VEGF, w zależności od konfiguracji polimorfizmów genowych. To temat pracy doktorskiej mojego ucznia, dzisiaj profesora Sławomira Tepera, który kontynuuje te badania, realizując kolejne doktoraty wdrożeniowe.

Organizacje pacjenckie zwracają uwagę, że ciągle jeszcze istnieje problem długiego

oczekiwania na wizytę u okulisty. Wiąże się to z brakami kadrowymi w tej specjalności. Rozwiązaniem, stosowanym także w innych krajach, jest stworzenie pierwszej linii wsparcia dla pacjentów z optometrystów. Czy to dobry pomysł?

Kiedy rozpoczynałem swoją pracę w okulistyce, byliśmy pod wpływem rozwiązań organizacyjnych Europy Wschodniej. Były to bardzo złe rozwiązania. Jeżeli na świecie, w Europie Zachodniej, są dobre rozwiązania, to trzeba je po prostu stosować. Należy się jedynie zastanowić, czy rzeczywiście ich potrzebujemy. Mamy w Polsce ok. 4 tys. aktywnych okulistów. Ta liczba być może jest za mała w stosunku do populacji w porównaniu na przykład z Niemcami, ale przede wszystkim organizacja systemu powinna być lepsza. Jeżeli pacjent nie może się dostać do specjalisty w opiece ambulatoryjnej, a ma kłopot z okiem, to udaje się na szpitalny oddział ratunkowy albo cierpliwie czeka na możliwość wizyty w ramach NFZ. Trzeba to zorganizować w inny sposób. Nieraz podpowiadałem rozwiązanie polegające na tym, że jeżeli ktoś nie może się dostać do okulisty w ciągu miesiąca, to idzie do gabinetu prywatnego, a NFZ powinien mu zrefundować tę wizytę. Dzisiaj koszty wizyty prywatnej są bardzo podobne do tego, co płaci fundusz placówce publicznej.

Jeśli chodzi o optometrystów, to są oni w Polsce bardzo dobrze szkoleni. Kończą studia uniwersyteckie, magisterskie, na których zdobywają dużą wiedzę, głównie związaną z układem optycznym oka. Screening chorób cywilizacyjnych oraz dobór korekcji okularowej to na pewno zadanie dla optometrystów. Potrzebny będzie czas, abyśmy się wzajemnie dotarli i znaleźli swoje miejsce w systemie. Jeżeli każdy będzie je miał i nie będzie występował poza ustalone ramy, to z pewnością będzie to pomocne. Jak powtarzał były minister zdrowia i wybitny kardiochirurg prof. Marian Zembala, „pacjent jest najważniejszy”. I to powinniśmy mieć przede wszystkim na uwadze.

Rozmawiał Jacek Janik