

✘ Renata Furman, 2014-06-24 07:00

Osteoporoza - choroba cywilizacyjna

Osteoporoza to poważny problem społeczny, jest bowiem jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności i zgonów wśród osób w dojrzałym wieku.

Osteoporoza to poważny problem społeczny, jest bowiem jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności i zgonów wśród osób w dojrzałym wieku.

W Polsce na osteoporozę choruje około 3 mln osób. Choroba ta nazywana jest cichym złodziejem kości, ponieważ długo przebiega w sposób bezobjawowy, mimo że u osoby chorej rozwija się proces wyniszczania kości. Złamania osłabionych w wyniku osteoporozy kości prowadzą do trwałego kalectwa, a w konsekwencji do zwiększonej śmiertelności. Po pierwszym złamaniu ryzyko kolejnych wzrasta wielokrotnie. Dlatego tak ważne jest wczesne zdiagnozowanie chorego i wdrożenie właściwego leczenia. O problematyce osteoporozy w kontekście społecznym, medycznym i ekonomicznym rozmawiali podczas redakcyjnej debaty Służby Zdrowia prof. Roman Lorenc, Zakład Biochemii Radioimmunologii i Medycyny Doświadczalnej CZD, prof. Witold Tłustołowicz, konsultant krajowy w dziedzinie reumatologii, dr Jerzy Gryglewicz, Uczelnia Łazarskiego, Grzegorz Kubiela, główny specjalista, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia. Debatę prowadziła red. Renata Furman.

Dr Jerzy Gryglewicz przedstawił dane dotyczące finansowania leczenia osteoporozy (bez leczenia powikłań) ze środków NFZ w 2012 r. wyniosło 48 mln zł, w tym finansowanie leczenia szpitalnego 27 mln zł, finansowanie poradni leczenia osteoporozy 11 mln zł, finansowanie leków refundowanych 10,2 mln zł, z czego bisfosfoniany 7,8 mln zł i denosumab 2,4 mln zł. – Warto finansować leczenie osteoporozy w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w szczególności w poradniach leczenia osteoporozy, reumatologicznych i ortopedycznych, zamiast leczenia szpitalnego, które, w opinii ekspertów, w odniesieniu do osteoporozy w większości przypadków nie ma uzasadnienia. Z analiz dotyczących leczenia szpitalnego w 2012 roku najwięcej przypadków hospitalizacji związanej z niepowikłaną osteoporozą (ponad 40 proc.) w warunkach szpitalnych odbywa się na oddziale zabiegowym ortopedycznym – informował dr Gryglewicz.

Zdaniem prof. Lorenca, brakuje dotąd podstawowej definicji osteoporozy. – Muszą w konkretny sposób zostać oddzielone złamania powypadkowe od złamań osteoporotycznych. Wtedy ortopeda świadomy, że ma do czynienia z osteoporozą i ryzykiem złamań będzie mógł wdrożyć właściwe leczenie. Obecnie 74 proc. chorych po leczeniu złamania osteoporotycznego nie ma wdrożonego farmakologicznego leczenia osteoporozy, a jak wskazują statystyki, u takich chorych w ciągu pół roku dochodzi do następnego złamania – podkreślał prof. Lorenc. Dodał także, że istotą leczenia jest niedopuszczenie do pierwszego złamania. – Jeśli już do niego doszło, priorytetem staje się niedopuszczenie do kolejnego. Dlatego tak bardzo ważna jest diagnoza, czy mamy do czynienia z osteoporozą oraz zaordynowanie właściwego postępowania leczniczego. Stosunkowo łatwe do zdefiniowania jest zagrożenie złamaniami osteoporotycznymi w przypadku, gdy do pierwszego złamania już doszło oraz u tych chorych, którzy leczeni są steroidami – dodał.

Prof. Tłustołowicz podkreślał znaczenie różnicowania profilaktyki złamań i leczenia osteoporozy. – Odpowiedni ruch, swego rodzaju rehabilitacja, zaprzestanie spożywania alkoholu i palenia papierosów – to także leczenie. Ale osteoporoza zdefiniowana densytometrycznie wymaga już leczenia farmakologicznego – mówił. Jak dodał prof. Lorenc, w trakcie diagnozowania pacjenta należy także ustalić, czy mamy do czynienia z osteomalacją czy osteoporozą. – Kluczowym czynnikiem jest

oznaczenie witaminy D. Jeśli nie ma w organizmie pacjenta odpowiedniego poziomu witaminy D, podawanie leków jest mało skuteczne. Co więcej: podawanie leków przeciw osteoporozie pacjentowi, który ma niski poziom witaminy D pogłębia schorzenie i może prowadzić do złamań kości – podkreślił prof. Lorenc. Profesor przypomniał także, że poza badaniami densytometrycznymi warto pamiętać o możliwości oznaczania markerów, które to badania są wystandaryzowane i umożliwiają oznaczenie metabolizmu kostnego. Badania te powinny się znaleźć w pakiecie diagnostycznym obok, a czasem zamiast, badania densytometrycznego. Rozmówcy zwrócili uwagę na korzyści, jakie wynikałyby z zaangażowania w leczenie osteoporozy lekarzy rodzinnych, do których pacjenci trafiają w pierwszej kolejności. Lekarz rodzinny powinien być w odpowiedni sposób przygotowany do rozpoznania i leczenia tego schorzenia. Jednakże, jak dodał prof. Lorenc, w przypadku wystąpienia wysokiego ryzyka złamania, powinien konsultować postępowanie ze specjalistą.

Jeśli chodzi o możliwości leczenia osteoporozy w Polsce, ostatnim krokiem rozszerzającym wachlarz terapeutyczny była decyzja ministra zdrowia o refundacji denosumabu, podjęta w 2012 r. W zgodnej ocenie jest to terapia dogodna i dla lekarzy, i dla pacjentek, lek podawany jest w formie podskórnej, raz na pół roku, w warunkach ambulatoryjnych. Jednakże, jak przypomniał prof. Tłustochowicz, grupę chorych, dla których ta terapia jest dostępna w refundacji, ograniczono do pacjentek w wieku powyżej 65 lat ze stwierdzoną pierwotną osteoporozą pomenopauzalną, ze złamaniem kręgowym lub złamaniem szyjki kości udowej, po niepowodzeniu leczenia bisfosfonianami lub przeciwwskazaniami do stosowania doustnych bisfosfonianów. – Zawężenie do opisu „złamanie szyjki kości udowej”, podczas gdy w innych krajach opisuje się to jako złamanie biodra, powoduje, że w rzeczywistości grupa chorych, która może otrzymywać denosumab, jest jeszcze bardziej zawężona – podkreślił prof. Tłustochowicz. Dodał także, że środowisko medyczne oczekuje na rozszerzenie wskazań do leczenia denosumabem, zgodnie z charakterystyką produktu – co może stać się tylko na wniosek producenta. Rozszerzenie takie jest tym bardziej istotne że w Polsce ograniczony jest dostęp do stosowania soli strontu oraz parathormonu.

G. Kubiela przypomniał, że NFZ w 2009 r. na hospitalizacje w zakresie reumatologii wydał 200 mln zł, a w 2013 r. już o 20 mln złotych więcej. Refundacja apteczna osteoporozy to w 2012 r. prawie 17,5 mln zł. Należy przy tym zaznaczyć, że dane te nie wyczerpują pełnych informacji na temat leczenia pacjentów przy pomocy innowacyjnej terapii denosumabem, bowiem są chorzy, którzy nie spełniają wymogów refundacyjnych i kupują lek za stuprocentową odpłatnością. Jak dodał dr Gryglewicz, są również pacjenci, dla których brak refundacji jest barierą dostępu do świadczenia. Trudności w dokładnym określeniu populacji, w której wystąpiły powikłania związane z osteoporozą związane brakiem dostępu do danych dotyczących liczby złamań osteoporotycznych. Tymczasem, jak podkreślił prof. Lorenc, analiza takich danych powinna być podstawą określenia kompleksowej opieki nad pacjentami z osteoporozą. Jak poinformował G. Kubiela, obecnie świadczeniodawcy nie są zobowiązani do odrębnego sprawozdawania złamań osteoporotycznych. – Może – na wniosek np. konsultanta krajowego w dziedzinie ortopedii lub reumatologii, warto wprowadzić konkretne kodowanie osteoporozy przy złamaniach. Rozmówcy podkreślili, że w obliczu postępującego szybko procesu starzenia się społeczeństwa można powiedzieć, że jesteśmy populacją niejako skazaną na osteoporozę. Wydłuża się średnia życia i czas pracy zawodowej – to dodatkowe czynniki, dla których osteoporozie trzeba zapobiegać, odpowiednio wcześniej diagnozować, ale też nowoczesnie ją leczyć.

Pełen tekst artykułu można przeczytać w najnowszej, majowej Służbie Zdrowia