

Bariery w dostępie do odczulania polskich pacjentów - potrzeba zmian systemowych

Od 5 do 10 proc. populacji dorosłej w Polsce może przejawiać reakcję uogólnioną na użądlenie przez owady błonkoskrzydłe. Kolejne 1-2 proc. reaguje anafilaksją stanowiącą zagrożenie życia. Jedynym skutecznym sposobem, aby jej uniknąć, jest poddanie się immunoterapii zmieniającej naturalny przebieg choroby. W Polsce terapia ta prowadzona jest wyłącznie w szpitalach co sprawia, że korzystać z niej może jedynie ok. 3000 uczulonych. Fundacja Centrum Walki z Alergią zabiega w Ministerstwie Zdrowia o rozszerzenie leczenia o ambulatoria. - To jedyny sposób na zwiększenie dostępności do leczenia i uratowanie życia wielu chorym - podkreślają również eksperci.

Uczulenie na jad owadów błonkoskrzydłych jest dość powszechne

Prof. Krzysztof Kowal z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, przewodniczący Sekcji Immunoterapii Alergenowej PTA podkreśla, że alergia na jad owadów błonkoskrzydłych jest zjawiskiem powszechnym. Przejawia się ona nadmierną, z reguły gwałtownie przebiegającą (miejscową lub ogólną), reakcją po użądleniu przez owada.

Jak wyjaśnia ekspert, reakcje uogólnione po użądleniu przez owady błonkoskrzydłe dotyczą od 5 do 10 proc. populacji dorosłej w Polsce i 1-2 proc. dzieci. Z kolei z anafilaksją - szczególnie gwałtowną, zagrażającą życiu reakcją alergiczną - mamy do czynienia u ok. 1-2 proc. populacji ogólnej, a z dużymi reakcjami miejscowymi u ponad 10 proc. populacji.

- Każdy pacjent, u którego występuje podejrzenie uczulenia na jad owadów powinien zostać poddany diagnostyce, która ma na celu wykazanie zależności występujących objawów od uczulenia na jad: pszczoły, osy, szerszenia lub trzmieła. Diagnozę stawia się w oparciu o testy skórne (punktowe i śródskórne) oraz in vitro. Jej celem jest oznaczenie poziomu alergenowo-swoistych przeciwciał IgE w surowicy chorego na jad określonych owadów - tłumaczy prof. Kowal.

Doświadczenie anafilaksji rzutuje na życie chorego i jego rodziny

Prof. Kowal wyjaśnia, że objawy kliniczne u uczulonych na jad owadów błonkoskrzydłych mogą być bardzo różne. Zazwyczaj pojawia się duży obrzęk i zaczerwienienie skóry w miejscu użądlenia. Następnie może dojść do reakcji ogólnoustrojowej. Bardzo szybko pojawiają się zmiany skórne, pokrzywka, zaczerwienienie czy świąd całego ciała.

- Przy ciężkich objawach uczulony może mieć problem z oddychaniem, powodowany obrzękiem krtani czy napadem astmy, bóle brzucha, wymioty. Może też dojść do objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego takich jak: tachykardia, zawroty głowy, uczucie osłabienia, spadek ciśnienia tętniczego, omdlenie, utrata przytomności, a nawet, w niektórych sytuacjach zgon. Należy pamiętać, że reakcja ta następuje bardzo szybko, w ciągu kilkunastu sekund do kilku minut - zaznacza prof. Kowal.

Raz przeżyta reakcja anafilaktyczna - zdaniem Grzegorza Baczewskiego, p.o. prezesa Fundacji Centrum Walki z Alergią - doprowadza u osób, które jej doznały, do utrwalonej reakcji lękowej a nawet

fobii, które rzutują na codzienną egzystencję.

- Szczególnie wyraźnie zaburzenia te uwidoczniają się w okresie letnio-jesiennym, kiedy narażenie na użądlenie jest bardzo duże. Osoby takie unikają wychodzenia z domu, zakupy robią w sklepach całodobowych po północy – podkreśla Baczewski.

Wyjaśnia też, że stany lękowe osoby chorej nie pozostają bez wpływu na życie rodziny. - Chory unika wyjść z domu, nie towarzyszy bliskim w zabawach z dziećmi na świeżym powietrzu. Szczególnie unika spotkań towarzyskich na zewnątrz, gdyż obawia się, że każda konsumpcja może zakończyć się tragicznie. W tych sytuacjach bliscy albo również rezygnują z wyjść i spotkań na zewnątrz albo pozostawiają osobę uczuloną samą w domu, co rodzi u niej poczucie stygmatyzacji - tłumaczy Baczewski.

Eksperti podkreślają, że trudno jest oszacować ile osób rocznie ginie z powodu użądleń przez owady, nikt bowiem nie prowadzi w pełni wiarygodnych statystyk. Niemniej jednak szacuje się, że w krajach takich jak Polska, rocznie, z powodu uczulenia na jad owadów błonkoskrzydłych, umiera od kilkunastu do kilkudziesięciu osób.

Odczulanie to terapia ratująca życie

Osoby uczulone na jad owadów błonkoskrzydłych mają do dyspozycji dwie formy leczenia. Pierwsza z nich to tzw. leczenie objawowe, polegające na podaniu osobie uczulonej, jak najszybciej po użądleniu, adrenaliny. Druga forma terapii - to swoista immunoterapia alergenowa - będąca leczeniem przyczynowym.

Prof. Marek Jutel, prezydent Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej wyjaśnia, że celem immunoterapii na dany alergen jest wywołanie tolerancji na wstrzyknięty w trakcie użądlenia, przez dany owad, jad.

- Jest to jedna z nielicznych terapii, przywracająca właściwe funkcjonowanie układu odpornościowego, który charakteryzuje się naturalną tolerancją wobec określonych alergenów. Immunoterapia trwa zwykle pięć lat, a jej skuteczność sięga nawet 90 proc. - tłumaczy prof. Jutel.

W przypadku alergii na jad owadów żądliwych stosuje się preparaty iniekcyjne dwójakiego rodzaju. - Pierwsze z nich - jak wyjaśnia prof. Jutel - to alergeny rozpuszczone w wodzie. W tym wypadku zawarty w nich alergen bardzo szybko wchodzi w interakcję z układem odpornościowym, co wiąże się ze znacznym ryzykiem wystąpienia reakcji anafilaktycznej. Stąd też stosowane są warunkach szpitalnych.

- Kolejne, to preparaty o przedłużonym działaniu, typu depot. Charakteryzują się one powolniejszym uwalnianiem wstrzykniętego alergenu, i stąd są znacznie bezpieczniejsze. Dlatego też takie preparaty nadają się do prowadzenia odczulania w ambulatoriach - mówi ekspert.

Europa odczula chorych w ambulatoriach, Polska - w szpitalach

Prof. Marcin Czech, prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego, zwraca uwagę, że w Polsce na jad owadów błonkoskrzydłych odczulanych jest rocznie ok. trzech tysięcy pacjentów. Procedura ta w 94 proc. prowadzona jest w warunkach szpitalnych, w 33 ośrodkach.

- Odczulanie w trybie ambulatoryjnym, w ramach procedury Z-101 (podanie leku na jad owadów, dawka podtrzymująca), możliwe jest tylko w niewielkim odsetku. Cała procedura została wyceniona na 53 punkty, niestety nie uwzględnia ona finansowania leku. Oznacza to, że pacjent sam musi zapłacić za lek - dodaje prof. Czech.

Takie rozwiązanie - w ocenie prof. Czecha - nie jest racjonalne. - Mamy do dyspozycji dość bezpieczne lekarstwo, jakim jest preparat odczulający typu depot. W Polsce jest on podawany w warunkach

szpitalnych, czyli w najbardziej kosztochłonnej części systemu. Tymczasem można go podawać w warunkach ambulatoryjnych – tłumaczy.

Dodaje: Zakładając, że tylko jedna trzecia pacjentów obecnie odczulanych w warunkach szpitalnych (1000 osób), otrzymałaby leczenie w trybie ambulatoryjnym, to NFZ zaoszczędziłby na tej terapii 43 mln. zł w ciągu pięciu lat. Te oszczędzone pieniądze można wykorzystać zwrotnie, po to by odczulić, nawet trzykrotnie większą liczbę chorych – podkreślił.

Zdanie to podziela prof. Jutel, który dodaje, że w Europie tylko niewielka część pacjentów odczulana jest w warunkach szpitalnych. – Immunoterapię w lecznictwie zamkniętym obejmuje się tylko te osoby, u których występuje zwiększone ryzyko niepożądanego reakcji podczas odczulania. Gros pacjentów jest odczulanych ambulatoryjnie. To znaczna różnica. Takie podejście do leczenia jak w Polsce, jest wyjątkiem i sprawia, że NFZ leczy znacznie drożej, a przez to odczula znacznie mniejszą grupę pacjentów niż w Europie – podkreśla.

Podobnego zdania jest prof. Kowal, który wyjaśnia, że w jego ocenie optymalnym rozwiązaniem byłoby pozostawienie procedur szpitalnych w celu leczenia osób, wymagających szybkiego uzyskania tolerancji, co wiąże się z zastosowaniem ultraszybkiego odczulania obciążonego potencjalnie dużym ryzykiem wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego. Podobnie osoby obciążone dużym ryzykiem wystąpienia powikłań w trakcie immunoterapii mogłyby skorzystać z leczenia w warunkach szpitalnych. – Leczenie podtrzymujące oraz procedury oparte o preparaty typu depot, mogłyby być wykonywane w warunkach ambulatoryjnych – tłumaczy prof. Kowal.

Dodaje: W mojej opinii wprowadzenie takiej procedury nie spowoduje jakiejś rewolucji, umożliwi jednak zmiany o charakterze ewolucyjnym. Oznacza to, że również ambulatoria będą mogły stopniowo włączać się w te procedury walki z alergią na jady owadów.

Odczulanie w ambulatoriach wpisuje się w politykę ministerialną

Grzegorz Baczewski zwraca z kolei uwagę, że obecna polityka resortu zdrowia i NFZ nakierowana jest na przekierowanie leczenia, tam gdzie to jest możliwe, z warunków szpitalnych do ambulatorium.

- Leczenie jadami dobrze wpisuje się w ten kierunek zmian. Dzięki bezpiecznym preparatom typu depot odczulanie jest możliwe w lecznictwie ambulatoryjnym, co obserwujemy w wielu krajach europejskich. Niestety na przeszkodzie stoją administracyjne procedury, zgodnie z którymi preparat odczulający w Polsce, nie jest refundowany w warunkach ambulatoryjnych a jedynie finansowany w warunkach szpitalnych – wyjaśnia.

Dodaje: Jako Fundacja apelujemy do MZ o poszerzenie możliwości leczenia. Nie chcemy leczenia szpitalnego przeciwstawiać leczeniu ambulatoryjnemu. Chcemy tylko, żeby ochrona zdrowia była bardziej elastyczna, żeby wychodziła naprzeciw potrzebom pacjenta.

- Niestety, pomimo naszych apeli trwających już blisko dwa lata, MZ jest głuche na wołania pacjentów. Tymczasem każdego roku mamy do czynienia ze zgonami osób, które były uczulone na jad owadów, nie zdołały się odczulić i zmarły, bo zostały użądłone – podkreśla Baczewski.

Przedstawiciel Fundacji zaznacza też, że obecnie z uwagi na niewielką liczbę ośrodków, które prowadzą odczulanie, pacjenci zmuszeni są każdorazowo dojeżdżać na leczenie, często kilkadziesiąt kilometrów w jedną stronę. To sprawia, że każdorazowo, aby skorzystać z leczenia, muszą zwalniać się u swojego pracodawcy.

- Wystarczy uświadomić sobie, że w trakcie procesu odczulania pacjent pojawia się w szpitalu co 4-6 tygodni przez kolejne pięć lat, aby zdać sobie sprawę z tego, że leczenie to wiąże się z naprawdę wieloma dniami nieobecności w pracy. Na tak dużą absencję nie zawsze przystaje pracodawca. Do tego dochodzą koszty ponoszone przez samego chorego. Przekierowanie leczenia do poradni,

znacznie by je ograniczyło, a co się z tym wiąże ułatwia leczenie pacjentom – wyjaśnia.

Potrzebę umożliwienia wykonywania immunoterapii w warunkach ambulatoryjnych mocno uwidoczniła także obecna pandemia COVID-19. W ocenie prof. Kowala w trakcie poprzednich fal pandemii z leczenia odczulającego zrezygnowało ok. 30 proc. leczonych osób. Głównym powodem przerwania terapii były czynniki epidemiologiczne, w tym obawa przed zakażeniem, związana ze zwiększonym ryzykiem ekspozycji w warunkach szpitalnych.

Źródło: mat. prasowe