

Smrtnost dijabetes – loši trendovi i kako ih preokrenuti

Tereza Šarić

Prema novim službenim podacima za 2019. godinu je dijabetes po prvi puta u RH na trećem mjestu prema ljestvici vodećih uzroka smrti.

U odnosu na 2018., kada je bio četvrti uzrok smrti, to je povećanje za 1.162 umrlih osoba, a udio u ukupnoj smrtnosti se povećao s 5,4% na 7,8%, dakle za nekih 44%. **Time se i stopa smrtnosti za skupinu endokrinih bolesti u 2019. godini povećala na 99,2 (na 100.000 stanovnika) sa 70,4 koliko je bila u 2018. godini.** Gledajući dobnu raspodjelu umrlih endokrine bolesti su peti uzrok smrti u dobi od 0 do 64 godine i treći uzrok smrti u dobi od 65 i više godina. S tim da se u 2019. godini nešto povećao udio umrlih u dobi od 65 i više godina te predstavlja 92% ukupno umrlih u skupini endokrinih bolesti.

Važan podatak u 2019. godini je zabilježen ukupni pad broja umrlih osoba u odnosu na prethodnu godinu tj. umrla je 908 osoba manje. Što znači da je opća stopa mortaliteta nastavila blagi pad u odnosu na onu za prethodnu godinu i iznosi 12,7/1.000 stanovnika prema procjeni stanovništva sredinom 2019. godine (4.065.253). U 2018. godini je opća stopa mortaliteta iznosila je 12,9/1.000 stanovnika prema procjeni stanovništva sredinom 2018. godine (4.087.843).

Glavni uzrok pada opće stope mortaliteta je manji broj umrlih u skupinama bolesti cirkulacijskog sustava (-1.028) koja je prvi uzrok smrti i novotvorina (-492) koje su drugi uzrok smrti. Tri četvrtine svih uzroka smrti u Hrvatskoj je iz ove dvije skupine bolesti. Smanjenje, iako ne tako veliko, bilježe i brojne druge skupine bolesti, a značajno povećanje broja umrlih se dogodilo u skupinama endokrinih bolesti (+1.155) i skupini duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja (+124).

Znamo da su kardiovaskularne bolesti vodeći uzrok smrti osoba sa šećernom bolešću te da su odgovorne za gotovo 4/5 uzroka smrti. Kod podataka o mortalitetu problem predstavlja činjenica, potvrđena u mnogim studijama, da se šećerna bolest često ne nalazi na potvrdi o smrti, niti kao osnovni niti doprinoseći uzrok smrti. Posljedično tomu, tvrdili smo da nacionalne statistike podcjenjuju učinak šećerne bolesti na smrtnost populacije i do dva, odnosno četiri puta. Što znači da je značajan dio umrlih dijabetičara bio prikazivan u skupini bolesti cirkulacijskog sustava.

Zadnjih godina se značajno promijenio pristup liječenju šećerne bolesti tipa 2, koja je i najčešći oblik bolesti, na način da se fokus liječenja usmjerava na prevenciju kardiovaskularnih komplikacija i održavanje kvalitete života oboljelih. Ove promjene su temeljene na dokazima dobivenim iz velikih kliničkih studija u kojima je za nove skupine lijekova potvrđen povoljan učinak na prevenciju i smanjenje rizika od kardiovaskularnih događaja, odnosno na smanjenje smrtnosti. Time se i kardiološka struka sve više fokusira na osobe sa šećernom bolešću, prepoznaje njihove specifične rizike, a vjerojatno samim time bolje prepoznaje i uzroke njihove smrti. Time je vjerojatno došlo i do korekcije podataka o ukupnoj smrtnosti na način da je sada sve manje onih koji su „krivo“ prikazani u skupini bolesti cirkulacijskog sustava.

Danas znamo da se dobrom kontrolom šećera u krvi, uspješnim prepoznavanjem rizika za razvoj komplikacija, tj. uspješnom prevencijom i pravovremenim liječenjem može djelovati na negativne učinke šećerne bolesti te da osobe sa šećernom bolešću mogu živjeti jednako dugo kao i one osobe koje bolest nemaju.

Gledajući situaciju u nas treba reći da, na žalost, skrb o oboljelima ne zadovoljava preporučene standarde optimalnog liječenja oboljelih. Uz veliki broj onih kojima su komplikacije neprepoznate i neliječene, imamo i veliki udio oboljelih kojima nije obavljen barem jedan redoviti godišnji pregled kako bi im se procijenila uspješnost liječenja i eventualno prilagodila terapija. Ti problemi su uzrokovani dostupnošću liječnika, odnosno značajnim regionalnim razlikama.

Uz to, iako formalno imamo dostupne takoreći „sve“ lijekove za liječenje šećerne bolesti, u stvarnom životu se susrećemo s brojim ograničenjima u njihovoj primjeni. Prvi problem predstavlja činjenica da imamo sve manje novo-oboljelih kojima se preporuča započeti liječenje lijekom metformin, koji predstavlja zlatni standard u liječenju šećerne bolesti i još ima potvrđen povoljan učinak na prevenciju i smanjenje rizika od kardiovaskularnih događaja. Umjesto njega sve češće se na početku liječenja propisuju lijekovi koji taj učinak nemaju ili su neutralni po tom pitanju. Opravdanje za ovaj postupak je najčešće poremećena funkcija jetre za koju možemo grubo reći da je redovita pojava kod postavljanja dijagnoze šećerne bolesti i često je precijenjena kao mjera opreza zbog koje se ne propisuje metformin kao što su vjerojatno precijenjene i nuspojave metformina na probavni sustav.

Sve zadnje stručne smjernice upućuju na rano prepoznavanje kardiovaskularnih bolesti u osoba sa šećernom bolešću i pravovremeno, odnosno rano uključivanje lijekova s dokazanim povoljnim učinkom na kardiovaskularne ishode. Te skupine lijekova su dostupne na Listi lijekova HZZO-a, međutim, oni se ili nalaze na Listi B uz doplatu ili je za njihovo propisivanje potreban pregled liječnika specijaliste i drugi uvjeti koji ne slijede preporuke smjernica. Ograničavanje njihove primjene, kroz uvođenje doplate koja je neprihvatljiva za većinu bolesnika, dovodi do prelaska bolesnika na jeftinije opcije koje nemaju ove učinke. S druge strane, značajan broj oboljelih ne uspijeva obaviti pregled kod liječnika specijaliste endokrinologa/ dijabetologa ili interniste pa time nije u mogućnosti dobiti primjerenu terapiju.

Posebno su kritični i podaci koji se odnose na uključenosti oboljelih u liječenje, njihovu motivaciju kao i njihovo poznavanje svih rizika koje bolest donosi.

Podaci kojima raspolažemo govore da je samo trećina oboljelih dobila jasne informacije o mogućim komplikacijama šećerne bolesti i njihovom sprečavanju. Jedna trećina nema nikakvu informaciju/ znanje o komplikacijama, a kod preostale trećine informacija nije bila pravovremena, odnosno za komplikacije su saznali dugo nakon postavljanja dijagnoze ili nakon što su se komplikacije već razvile. Osim toga, procijenjeni broj pacijenata koji aktivno provodi samokontrolu (samostalno mjerenje glukoze) je vrlo nizak i već dugo godina ne prati porast broja oboljelih. Stoga je sudjelovanje pacijenata u postizanju i praćenju ciljeva dobre regulacije glikemije vrlo oskudno i samim time ima negativan utjecaj na razvoj komplikacija šećerne bolesti.

Uz to, nova tehnološka rješenja za samokontrolu, koja bi bila primjerena za osobe koje se liječe intenziviranom terapijom inzulinom, nisu dostupna za osobe s tipom 2 šećerne bolesti.

Sve navedeno pokazuje da naš zdravstveni sustav nije prilagođen liječenju kroničnih bolesti kao što je šećerna bolest zbog kratkoročne usmjerenosti na troškove umjesto dugoročne usmjerenosti na ishode liječenja. Dodatan problem je uobičajena praksa da se troškovi za lijekove i pomagala gledaju odvojeno od troškovi za liječenje komplikacija, umjesto da se samu bolest, odnosno oboljelog i njegove potrebe za zdravstvenom zaštitom kao i troškove prati u tom smislu kroz cijeli zdravstveni sustav. Naravno, glavni preduvjet za takav pristup je kvalitetan registar oboljelih koji će prikupljati potrebne podatke i omogućavati njihovu analizu kako bi strateški dokumenti doneseni s ciljem učinkovitog liječenja bolesti mogli doživjeti svoju stvarnu implementaciju.

Tereza Šarić, promeritus-savjetovanje.com