

Priorytety zdrowotne polskiej prezydencji w Unii Europejskiej

Starzeć się z godnością

Jednym z trzech priorytetów polskiej prezydencji w UE w dziedzinie zdrowia będą choroby mózgu i choroby neurodegeneracyjne – dowiedział się *Menedżer Zdrowia*. Oznacza to w praktyce, że w starzejącej się Europie Polacy zajmą się koordynacją wysiłków w walce z najważniejszymi chorobami ludzi w podeszłym wieku.



C U T L E R

Współczesna medycyna przyzwyczała nas do ogniskowania lęków przede wszystkim na zagrożeniach związanych z chorobami układu krążenia, nowotworowymi i następstwami wypadków komunikacyjnych. W dowolnej kolejności, zależnie od nasilenia kampanii reklamowych koncernów farmaceutycznych.

Gdzieś w ogonie zdrowotnych dramatów znajdują się pozostałe schorzenia, często na odczepnego nazywane problemami niszowymi. Na szczęście nie wszystko zależy od magii i kreacji PR. Warto czasem obejrzeć się za siebie, by zobaczyć z bliska, jak groźny i pokrętny jest ten ogon.

Krucjata Parlamentu Europejskiego

Tak też uczynił Parlament Europejski, organizując prawdziwą krucjatę przeciwko chorobom neurodegeneracyjnym, a szczególnie chorobom Alzheimera i Parkinsona. Szczegółowe wytyczne i strategię walki opublikowano w październiku w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej* (2010/C 271 E/03). Poprzedziła je rezolucja z 12 listopada 2009 r. w sprawie wspólnego planowania badań naukowych. Z problemem zmierzmy się, kiedy w drugim półroczu 2011 r. przejmujemy od Węgrów pałeczkę przewodzenia Europie. Jak się dowiedział *Menedżer Zdrowia*, polski rząd uczynił z tej sprawy jeden ze zdrowotnych priorytetów.

– *Istotą chorób neurodegeneracyjnych jest powolny, nieuchronny zanik czynności komórek nerwowych, co prowadzi do ich śmierci* – wyjaśnia prof. Paweł Grieb, kierownik Zakładu Farmakologii Doświadczalnej Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN w Warszawie. W wyniku procesu chorobowego dochodzi do wystąpienia uszkodzeń neurologicznych, które można podzielić na związane z funkcją motoryczną (np. ataksja) oraz z pamięcią i powodujące demencję. Proces ten często latami przebiega bezobjawowo. Pierwsze objawy pojawiają się, kiedy znacząca liczba neuronów zostaje uszkodzona lub uszkodzenie obejmuje już pokaźny obszar ośrodkowego układu nerwowego.

Demencja Europy

Najbardziej rozpowszechnionym typem demencji w UE jest choroba Alzheimera (50–70 proc. przypadków), kolejnym zaś otępienie wielozawałowe będące wynikiem serii udarów (około 30 proc.). Inne formy demencji to m.in. otępienie czołowo-skroniowe, choroba Picka, leukoencefalopatia podkorowa (choroba Binswagera), otępienie z ciałami Lewy'ego i inne. Choroby te są nadal nieuleczalne, a wiedza na temat zapobiegania im, leczenia i identyfikowania czynników ryzyka jest wciąż iluzoryczna. Uważa się, że ważną funkcję w rozwoju chorób pełni koenzym Q10 (jest on istotnym składnikiem łańcucha transportu elektronów oraz potężnym antyoksydantem, odgrywającym istotną rolę zarówno w funkcji mitochondriów, jak i błon komórkowych), a także pestycydy czy herbicydy, które działając przez dłuższy czas, mogą prowadzić do zmian neurodegeneracyjnych typu parkinsonowskiego. Te odkrycia to jednak zdecydowanie za mało, aby popaść w stan błęgiego samozadowolenia.

Choroby Alzheimera i Parkinsona to główne przyczyny długotrwałego inwalidztwa, z którym zmagają się ponad siedem milionów obywateli Unii Europejskiej. To tyle, ile zamieszkuje Słowację i Słowenię. Prognozy epidemiologiczne każą nam się liczyć z podwojeniem tej liczby w nadchodzących dziesięcioleciach ze względu na starzenie się społeczeństw. W 2005 r.



foto: iStockphoto

„ Współczesna medycyna ogniskuje nasze lęki na zagrożeniach związanych z chorobami układu krążenia i rakiem. W dowolnej kolejności, zależnie od nasilenia kampanii reklamowych firm farmaceutycznych ”

w 25 krajach UE koszt leczenia schorzeń związanych z demencją szacowano na 130 mld euro, a więc przeciętnie 21 tys. euro rocznie na osobę dotkniętą otępieniem. Jest to suma bezpośrednich kosztów leczenia i wydatków związanych z opieką nieformalną.

Choroby cywilizacyjne

– *Choroby Alzheimera i Parkinsona są jednymi z najważniejszych schorzeń, z jakimi zmagają się ludzkość* – przekonuje dr hab. Irena Nalepa z Pracowni Sygnału Wewnątrzkomórkowego Zakładu Biochemii Instytutu Farmakologii Polskiej Akademii Nauk w Krakowie. Wprawdzie proces starzenia się nie jest chorobą, ale naraża na występowanie chorób. Młody organizm ma duże zdolności regeneracyjne i może poradzić sobie ze szkodliwymi wpływami środowiska. W młodszym wieku odziedziczony genotyp decyduje o możliwo-

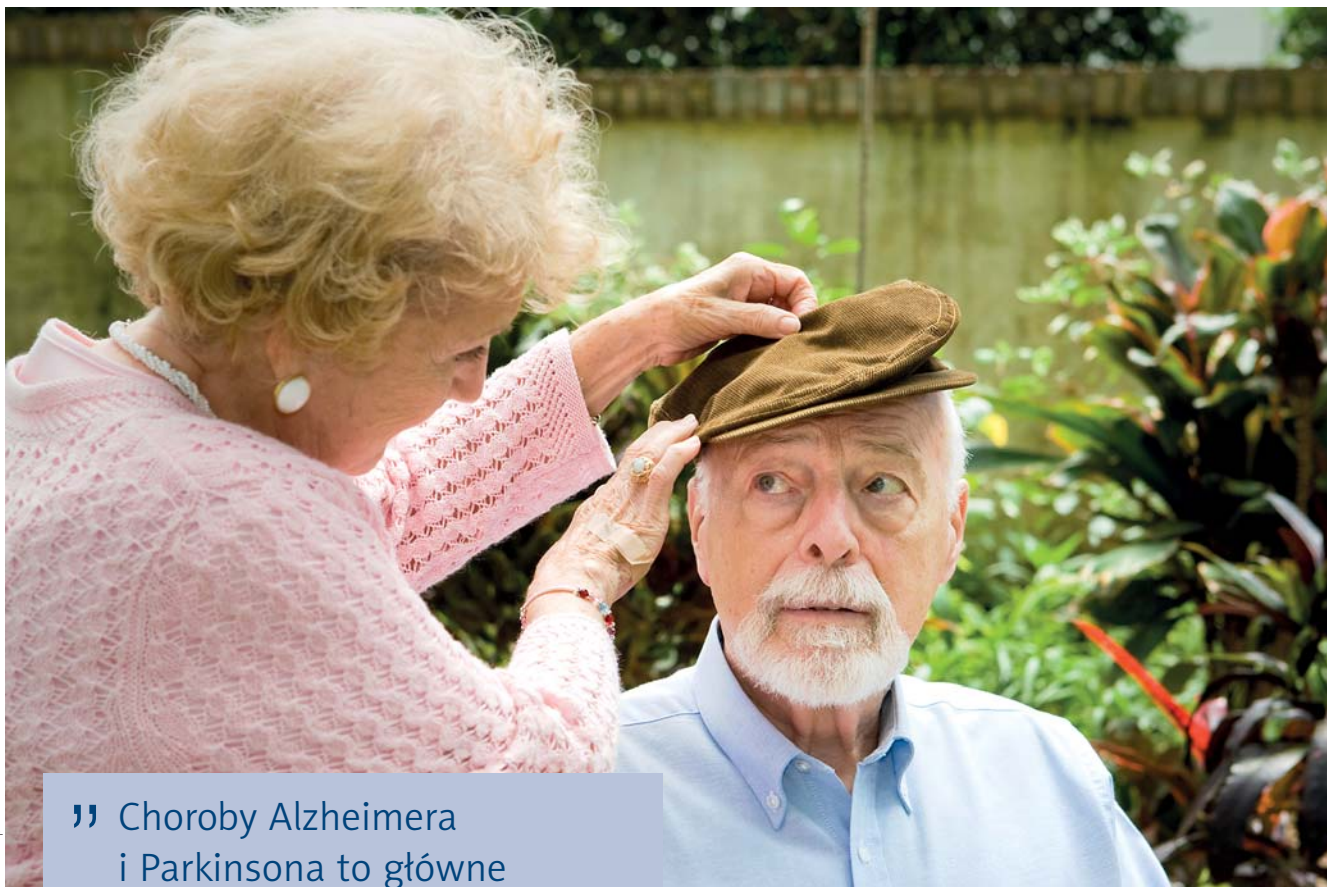


foto: iStockphoto

„ Choroby Alzheimera i Parkinsona to główne przyczyny długotrwałego inwalidztwa, z którym zmagają się ponad siedem milionów obywateli Unii Europejskiej ”

ściach przystosowawczych do zmiennych warunków życia oraz o szybkości fizjologicznego starzenia się człowieka. Po osiągnięciu wieku 70 lat rola czynników środowiskowych jeśli nie przeważa, to przynajmniej jest tak samo ważna jak rola czynników genotypowych.

Przełomem miało być wprowadzenie terapii objawowych. – *Dzięki lekom podnoszącym poziom odpowiednich neuroprzekazników możliwe jest wydłużenie czasu normalnego funkcjonowania pacjentów i poprawa jakości ich życia* – twierdzi lubelski neurolog prof. Konrad Rejdak. – *Po kilku latach znakomitego działania leków zaczynamy obserwować coraz słabsze efekty, co jest związane z postępem procesu patologicznego. To jest właśnie największa porażka II połowy XX w., gdyż nie udało się znaleźć skutecznych metod neuroprotekcji, a więc leczenia ochraniającego komórki układu nerwowego przed uszkodzeniem, i to w odniesieniu zarówno do stanów ostrych, jak i przewlekłych* – przyznaje profesor w wywiadzie dla lubelskiego *Medicusa*.

Terapia genowa

Światłem w tunelu jest terapia genowa. Ta stosunkowo młoda dyscyplina medyczna powstała wraz z rozwojem genetyki molekularnej. Wzbudza nadzieje, ale także emocje i kontrowersje. Wiele chorób neurodegeneracyjnych powstaje w komórkach chorobowo zmienionych genów na skutek mutacji. Terapia genowa stara się ten proces odwrócić. Jej podstawą jest transfer genu leczniczego do komórki docelowej w celach terapeutycznych. Terapeutyczny gen można wprowadzić metodami fizykochemicznymi lub biologicznymi, np. z pomocą wirusa. Taki biologiczny czynnik, np. adenowirus, przenosi fragment leczniczego DNA do komórki chorobowo zmienionej, dzięki czemu następuje jej regeneracja. Stosowanie wirusowych czynników w terapii genowej niesie jednak ze sobą wiele powikłań. Zaproponowana przez międzynarodowy zespół prof. Michała Stachowiaka z Uniwersytetu w Buffalo metoda użycia czynnika „bezpiecznego”, nanocząsteczek krzemionki powiązanej z DNA, jest odkryciem na skalę światową. Wyniki badań są szeroko komentowane na całym świecie, a wielu naukowców skłania się ku twierdzeniu, że prof. Stachowiak, zresztą rodem z Suwałk, jest przyszłym kandydatem do Nagrody Nobla.

Wzorców więc nie brakuje, jak również tęgie mózgi i ofiarne ręką do pracy. Zapewne jeszcze

„ W krajach Unii Europejskiej koszt leczenia schorzeń związanych z demencją szacowano na 130 mld euro, a więc przeciętnie 21 tys. euro rocznie na osobę dotkniętą otępieniem „

osiągnie nas niejedna rewelacja. Nic w tym złego – penicylinę też odkryto przypadkowo.

Biała księga

Na poziomie europejskim znaczenie tych problemów zostało dostrzeżone w białej księdze „Razem na rzecz zdrowia: strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013” z 23 października 2007 r. Ostatnio natomiast rada przyjęła dwa zestawy konkluzji dotyczące zwalczania chorób neurodegeneracyjnych, a zwłaszcza choroby Alzheimera, w których wezwano komisję do podjęcia działań w tym zakresie.

Odpowiedzialność za przeciwdziałanie demencjom spoczywa przede wszystkim na państwach członkowskich. Zgodnie z art. 152 traktatu rola wspólnoty w dziedzinie zdrowia polega na zachęcaniu do współpracy między państwami członkowskimi oraz wspieraniu ich działań w razie konieczności. Ponadto

„ Społeczeństwo europejskie się starzeje. Na wszystkich jego członkach spoczywa odpowiedzialność za to, aby ludzie mogli starzeć się z godnością, zachowując dobre zdrowie „

art. 165 stanowi, iż instytucje ogólnoeuropejskie i państwa członkowskie z osobna koordynują swoje działania w zakresie badań i rozwoju technologicznego, tak aby zapewnić wzajemną spójność polityk krajowych i polityki wspólnotowej. W ścisłej współpracy z państwami członkowskimi Komisja Europejska może podjąć każdą użyteczną inicjatywę w celu wsparcia koordynacji.

Specyfika choroby Alzheimera i pozostałych demencji sprawia, iż przeciwdziałanie im na poziomie europejskim poprzez wspieranie państw członkowskich może przynieść wartość dodaną i przyczyni się do realizacji nadrzędnego celu – poprawy wyników zdrowotnych, a więc do zwiększenia liczby lat zdrowego życia,

najważniejszego wskaźnika strategii lizbońskiej – czytamy w rezolucji Parlamentu Europejskiego.

Zdaniem polityków europejskich, walka z chorobami Alzheimera i Parkinsona musi być dwutorowa: winna zapewniać codzienną opiekę rosnącej liczbie pacjentów oraz gromadzić więcej zasobów, aby liczba pacjentów w przyszłości stopniowo się zmniejszała.

Najpoważniejsze problemy

Istnieją cztery główne problemy, w których rozwiązaniu mogłyby pomóc działania na poziomie wspólnoty:

1. Obywatele mogą podjąć działania na rzecz zapobiegania demencji, zwłaszcza otępieniu wielozawałowemu, a także w pewnym zakresie chorobie Alzheimera; wczesna diagnostyka może natomiast zapewnić leczenie wtedy, kiedy jest ono najskuteczniejsze. Niestety w UE brakuje świadomości znaczenia profilaktyki oraz wczesnego leczenia.
2. Potrzeba więcej wiedzy na temat demencji, zwłaszcza choroby Alzheimera i pozostałych demencji o charakterze neurodegeneracyjnym. Koordynacja badań, która na poziomie europejskim może przynieść szczególną wartość dodaną, ma ograniczony zasięg. Brakuje również wystarczających danych epidemiologicznych, które pozwoliłyby na ukierunkowanie w przyszłości badań i innych działań.
3. W wielu miejscach na terenie UE rozwijają się dobre praktyki w diagnostyce i leczeniu oraz metodach jego finansowania. Praktyki te nie są jednak upowszechniane w całej wspólnotie. Powyższe problemy zyskują na znaczeniu w związku z faktem, iż UE będzie musiała sprostać niedoborom personelu wśród opiekunów formalnych oraz problemom wynikającym z braku odpowiedniego wsparcia ze strony opiekunów nieformalnych.
4. Nie przykładają się wystarczającej wagi do praw osób cierpiących na zaburzenia funkcji poznawczych. Mamy również do czynienia z brakiem uznania dla wiedzy i doświadczeń osób starszych, brakiem wiedzy i zrozumienia ze strony opinii publicznej, czym jest choroba Alzheimera, oraz w szczególności ze stygmatyzacją demencji, co może mieć negatywne skutki dla zdrowia pacjentów.

Zdrowie publiczne, badania, ochrona socjalna oraz prawa i samodzielność pacjentów to cztery obszary działań w odpowiedzi na rzeczywistość społeczną. Społeczeństwo europejskie się starzeje. Na wszystkich jego członkach spoczywa odpowiedzialność za to, aby ludzie mogli starzeć się z godnością, zachowując dobre zdrowie tak długo, jak to możliwe, i korzystając z tych samych praw, jakie mają pozostali obywatele. Warto więc zrobić wszystko co możliwe, by dożyć takiej chwili, kiedy choroba Alzheimera przestanie z bezlitosną konsekwencją zabierać człowiekowi wszystko – wspomnienia, uczucia, godność.

Marek Stankiewicz