

DIABETOLOGIA

Profilaktyka i opieka diabetologiczna

Przez prawie 30 lat insulina była jedynym lekiem stosowanym u chorych na cukrzycę. Dziś są dostępne nowoczesne leki dla osób z cukrzycą typu 2, które obniżają poziom glukozy we krwi, nie powodując groźnych niedocukrzeń. Dodatkowo korzystnie wpływają na układ sercowo-naczyniowy i zmniejszają ryzyko rozwoju chorób układu krążenia oraz zgonów z przyczyn kardiologicznych.



Odkrycie 100 lat temu przez Fredericka Bantinga insuliny było przełomem w leczeniu cukrzycy. Od tego czasu medycyna dokonała wielu kolejnych postępów, które pozwoliły na przekształcenie cukrzycy z choroby śmiertelnej w chorobę przewlekłą. Nie zmienia to faktu, że na świecie żyje blisko pół miliarda chorych na cukrzycę i liczba ta stale rośnie. Szacuje się, że w Polsce chorych na cukrzycę jest ok. 3 mln.

Jak wygląda obecnie opieka diabetologiczna w Polsce

Środowisko diabetologiczne opracowało rekomendacje standardu opieki diabetologicznej zawierające precyzyjnie opisany podział zadań między podstawową opieką zdrowotną (POZ), ambulatoryjną opieką specjalistyczną (AOS) i lecznictwem szpitalnym. Zgodnie z nimi pacjent z cukrzycą typu 1 powinien pozostawać

pod stałą opieką specjalisty diabetologa. W opiece nad chorym na cukrzycę typu 2 szczególną rolę odgrywa lekarz POZ, któremu przypisano nie tylko identyfikowanie czynników ryzyka, edukację i promocję zdrowia, lecz także bieżące monitorowanie kontroli cukrzycy. Postulowaną nowością jest zobowiązanie lekarza POZ, aby w określonych sytuacjach kierował pacjenta z cukrzycą typu 2 na konsultację diabetologiczną w celu zweryfikowania kontroli cukrzycy i ustalenia planu leczenia. Standardy przewidują także kierowanie chorych na konsultacje do innych specjalistów: kardiologa, neurologa, nefrologa i okulisty.

Powstają projekty dotyczące lekarzy POZ, których celem jest edukacja w zakresie intensyfikacji leczenia cukrzycy. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne realizuje obecnie takie przedsięwzięcia we współpracy z Polskim Towarzystwem Medycyny Rodzinnej. Przykładowo „Dbamy

Badamy” to inicjatywa edukacyjna, której towarzyszy bezpłatny program oceny wartości hemoglobiny glikowanej (HbA_{1c}) u pacjentów z cukrzycą typu 2.

Czym są leczeni chorzy na cukrzycę w Polsce

Po 100 latach od odkrycia insuliny polscy chorzy mają do dyspozycji blisko 40 preparatów insuliny różniących się szybkością i długością działania. Wśród nowoczesnych leków dla osób z cukrzycą typu 2 są takie, które obniżają poziom glukozy we krwi, nie powodując groźnych niedocukrzeń. Dodatkowo korzystnie wpływają na układ sercowo-naczyniowy i zmniejszają ryzyko rozwoju chorób układu krążenia oraz zgonów z przyczyn kardiologicznych. Niezaspokojoną potrzebą pozostaje rozszerzenie dostępu do nowoczesnych leków, których refundacja dotyczy obecnie wąskiej grupy chorych. ■

Iwona Kazimierska

w Polsce 100 lat od odkrycia insuliny

ZDANIEM EKSPERTÓW

Z cukrzycą da się żyć długo, ale...

prof. dr hab. n. med. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

Insulina przez prawie 30 lat była jedynym dostępnym lekiem w terapii cukrzycy. Później, przez łącznie 75 lat, praktycznie dysponowaliśmy trzema grupami leków aż do przełomu XX i XXI w., kiedy nastąpił dynamiczny postęp w zakresie farmakoterapii i możliwości monitorowania glikemii. Nie ulega wątpliwości, że w cukrzycy typu 2 przełomowym momentem było pojawienie się leków, które wreszcie pozwoliły naszym otyłym pacjentom chudnąć. Mam na myśli wynalezienie analogów GLP-1. Kolejny ważny moment to pojawienie się już w XXI w. flozyn, czyli inhibitorów SGLT-2. Te dwie grupy leków, które wciąż nazywamy nowymi, chociaż mają już swoją historię, dokonały przełomu w zakresie leczenia cukrzycy typu 2. Sprawily, że cukrzycę możemy bardzo skutecznie leczyć. U niektórych chorych, którzy już stosują insulinę, umożliwiają jej odstawienie. I co najważniejsze, są to leki, które pozwalają nie tylko dłużej żyć, zmniejszając ryzyko sercowo-naczyniowe, lecz także żyć w większym komforcie.

Nowe technologie, systemy ciągłego monitorowania glikemii to kolejny kolosalny postęp w leczeniu cukrzycy.

W Polsce mamy dostęp do tych nowoczesnych rozwiązań, ale niestety limitowany. Dostęp do systemów ciągłego monitorowania glikemii jest limitowany wiekiem. Według zasad refundacji cukrzyca typu 1 w Polsce kończy się na 18. albo 26. roku życia, bo wtedy kończy się refundacja pomp do ciągłego monitorowania glikemii. W cukrzycy typu 2 limitowane jest zastosowanie flozyn i analogów GLP-1. Paradoksalnie te leki są refundowane dla pacjentów, którzy są już jakiś czas źle leczeni.

Potrzebne są zmiany. Chcemy, żeby nasi pacjenci w zakresie profilaktyki i opieki 100 lat od odkrycia insuliny mogli korzystać z tych technologii i rozwiązań farmakologicznych, które na fundamencie edukacji, wiedzy i zdrowego stylu życia sprawiają, że z cukrzycą da się dłużej żyć.

Wiele obszarów wymaga zmian

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Strojek, kierownik Oddziału Klinicznego Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Schorzeń Kardiometaabolicznych w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze Uniwersytetu Medycznego, konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii

Kluczem do właściwego leczenia cukrzycy jest edukacja. Nowoczesne leczenie cukrzycy zmieniło relacje między lekarzem i pacjentem. Z układu paternalistycznego, kiedy lekarz dyktuje pacjentowi, co i jak ma zażywać czy wstrzykiwać, przeszliśmy do układu partnerskiego, w którym lekarz jest nauczycielem i doradcą pacjenta, edukującym go, w jaki sposób ma samodzielnie prowadzić leczenie.

Problem z cukrzycą polega na tym, że ona nie boli, przynajmniej na początku, nie daje żadnych objawów. To powoduje, że w świadomości pacjenta nie jest ona groźna. W związku z tym chory rozluźnia reżim terapeutyczny, nie przestrzega ściśle zaleceń dietetycznych, a to wpływa negatywnie na wyrównanie cukrzycy. Rolą lekarza jest edukacja i motywacja, które powinny być prowadzone podczas każdej wizyty. Musimy uświadamiać choremu, że o ile będzie prawidłowo prowadził leczenie, uniknie groźnych w skutkach powikłań. W publicznej poradni specjalistycznej, gdzie praktykuję, 70 proc. czasu wizyty poświęcam na motywację pacjenta. Teraz jest to trochę trudniejsze, bo na porządku dziennym są teleporady. W ich trakcie nie widzę reakcji pacjenta, mowy jego ciała, trudno mi ocenić, czy rozumie, co do niego mówię, czy się z tym zgadza. Niemniej poprawa wyrównania metabolicznego może nastąpić przede wszystkim wtedy, kiedy zmotywujemy dobrze wyedukowanego pacjenta do stosowania zaleceń, które od nas otrzymał.



Odkrycie kardioprotekcyjnych i nefroprotekcyjnych właściwości inhibitorów SGLT-2 oraz agonistów receptora GLP-1 nastąpiło w pewnym sensie przypadkowo. W 2008 r. FDA wydała zalecenie, że wszystkie nowo wprowadzane leki przeciwcukrzycowe muszą mieć przeprowadzone badania dotyczące bezpieczeństwa sercowo-naczyniowego. Należy zatem sprawdzić, czy nie przyczyniają się do zawału serca, bo takie dane w przypadku jednego z leków się ukazały. Później się one nie potwierdziły, ale wzbudziły niepokój. Żeby wykazać bezpieczeństwo leku, badanie musi trwać 3–5 lat. I takie badania zostały przeprowadzone dla flozyn i agonistów GLP-1. Wyniki pokazały, że te leki nie tylko nie uszkadzają serca czy nerek, ale wręcz przeciwnie – chorzy, którzy je przyjmowali, mieli znacznie zmniejszone ryzyko sercowo-naczyniowe i ryzyko uszkodzenia nerek w porównaniu z pacjentami otrzymującymi placebo. Znalazło to odzwierciedlenie w zaleceniach międzynarodowych, a także wytycznych Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Wskazują one, że leki te powinny być włączane bez względu na poziom glukozy we krwi u chorych z wysokim i bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. A więc tych, którzy już przeżyli zawał serca albo udar mózgu lub u których istnieje duże zagrożenie wystąpieniem tych zdarzeń, na co wskazują wyniki badań laboratoryjnych czy stan kliniczny.

W Polsce agoniści GLP-1 i flozyny są refundowane dla bardzo ograniczonej grupy chorych, co powoduje, że nie wszyscy potrzebujący mogą z nich skorzystać. Miesięczna kuracja flozynami bez refundacji oznacza wydatek ok. 150 zł, a agonistami receptora GLP-1 300–400 zł. W przypadku refundacji jest to odpowiednio 50 zł i 100 zł. Dobrze by się stało, gdyby zostały właściwie zbilansowane korzyści i wydatki, co pozwoliłoby rozszerzyć grupę osób z dostępem do refundacji.

Opieka diabetologiczna potrzebuje jeszcze innych poprawek, przede wszystkim w zespole stopy cukrzycowej. Nie ma skoordynowanej procedury, która pozwoliłaby na refinansowanie leczenia, a Polska niechlubnie przoduje w Europie, jeśli chodzi o liczbę amputacji nieurazowych. Złożyliśmy jako towarzystwo i ja jako konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii projekt takiej procedury do Ministerstwa Zdrowia. Jest pozytywna opinia Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, czekamy na jej wprowadzenie do katalogu świadczeń refundowanych.

Druga kwestia to również złożony w Ministerstwie Zdrowia projekt standardów opieki diabetologicznej, które usystematyzują opiekę zarówno w POZ, jak i w opiece specjalistycznej.

I sprawa z ostatnich dni, czyli ograniczenie dostępu do opieki specjalistycznej. Poziom refundowania porad diabetologicznych nie zmienił się od 6 lat, co powoduje, że lekarze praktykujący w ramach niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej rezygnują z kontraktów na świadczenie usług diabetologicznych. Koniecznie musi się zmienić opłata za porady diabetologiczne, bo inaczej zostaną tylko publiczne placówki, których dyrektorzy będą się godzili na straty przynoszone przez poradnie diabetologiczne.

Kluczową rolę w dobrej kontroli cukrzycy odgrywa pacjent

prof. dr hab. n. med. Irina Kowalska, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

„Wszystkie decyzje terapeutyczne dotyczące leczenia cukrzycy typu 1 i 2 powinny być podejmowane w porozumieniu z pacjentem i po uzyskaniu jego akceptacji”. Takie zalecenie znalazło się niedawno w rekomendacjach PTD. Głównie po to, żeby podkreślić, jak ogromną rolę w leczeniu cukrzycy odgrywa pacjent. Trudno sobie wyobrazić sukces terapeutyczny bez jego zaangażowania. Pacjent musi współpracować z zespołem terapeutycznym, ale też posiadać szeroką wiedzę o swoim schorzeniu.

DIABETOLOGIA

ZDANIEM EKSPERTÓW

Nadciśnienie tętnicze i choroba nerek – nierozzerwalnie związane z cukrzycą

prof. dr hab. n. med. Tomasz Stompór, hipertensjolog, internista i nefrolog z Kliniki Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

Ze specjalnościami, które reprezentują, osoba z cukrzycą styka się na różnych etapach swojego chorowania. Nadciśnienie tętnicze jest nieodłącznym elementem cukrzycy. W przypadku nadciśnienia samokontrola, coś co nazywamy adherencją, czyli przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, które jest ważne w każdej dziedzinie medycyny, nabiera szczególnego znaczenia. A więc przyjmowanie leków, pomiary ciśnienia – teraz mamy aplikacje, automatyczne aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego, które zapisują wyniki w smartfonie. Niezwykle ważne jest, żeby ciśnienie tętnicze mieściło się w granicach 130/80 mm Hg, jeżeli nie ma jakichś dodatkowych wskazań do jego dalszego obniżenia.

Szacuje się, że 30 proc. chorych na cukrzycę wcześniej czy później spotka się z nefrologiem, przy czym część z nich wymaga opieki nefrologa od początku choroby. Cukrzyca typu 2 od początku może przebiegać z zajęciem nerek, ponadto w tej chorobie równolegle występuje szereg czynników uszkadzających nerki. Z tego powodu nowe leki pomocne w zapobieganiu progresji cukrzycowej choroby nerek są niezwykle ważne.

Pojawiły się leki hamujące postęp retinopatii cukrzycowej

prof. dr hab. n. med. Leszek Czupryniak, kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Gdy pytam pacjentów, czego najbardziej się obawiają w przebiegu cukrzycy, mówią przede wszystkim o amputacji i utracie wzroku. Dzięki postępowi w diabetologii, a przede wszystkim w okulistyce, retinopatia cukrzycowa bardzo rzadko prowadzi do utraty wzroku. To jest ewidentny sukces medycyny – przez ostatnie 10–15 lat bardzo rzadko widzimy pacjentów, którzy całkowicie stracili wzrok, ale powikłań dotyczących narządu wzroku jest dużo. Po wielu latach choroby większość pacjentów ma jakieś zmiany na dnie oka. Te zmiany rozwijają się przez długi czas, nie bolą, dopiero na zaawansowanym etapie pojawiają się zaburzenia widzenia.

Szczęśliwie ostatnio pojawiły się leki, które hamują postęp retinopatii cukrzycowej. Nadal jednak kluczowa jest profilaktyka. Retinopatii zupełnie uniknąć się nie da po wielu latach choroby, ale można uniknąć zaburzeń widzenia. Trzeba mieć tylko dobrze kontrolowaną cukrzycę i systematycznie chodzić na konsultacje do okulisty. Zalecamy kontrolę co roku, wyjątkiem są pacjenci z nowo rozpoznaną cukrzycą typu 1, którzy mogą poczekać 3–5 lat.

Dużo udało się zrobić, ale nadal potrzebna jest edukacja – także szeroka, całego społeczeństwa, zmierzająca do odstygmatyzowania cukrzycy. Jeszcze 10 lat temu pacjenci z cukrzycą nie przy-

znawali się np. w pracy, że na nią chorują. Teraz jest znacznie lepiej, cukrzyca jest oszajana. Na razie nie potrafimy jej wyleczyć, ale możemy wspólnym wysiłkiem lekarzy i pielęgniarek oraz zaangażowaniem chorego spowodować, że będzie on prawie normalnie żyć.

Chorzy na cukrzycę powinni się szczepić

prof. dr hab. n. med. Maciej Małecki, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Metabolicznych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

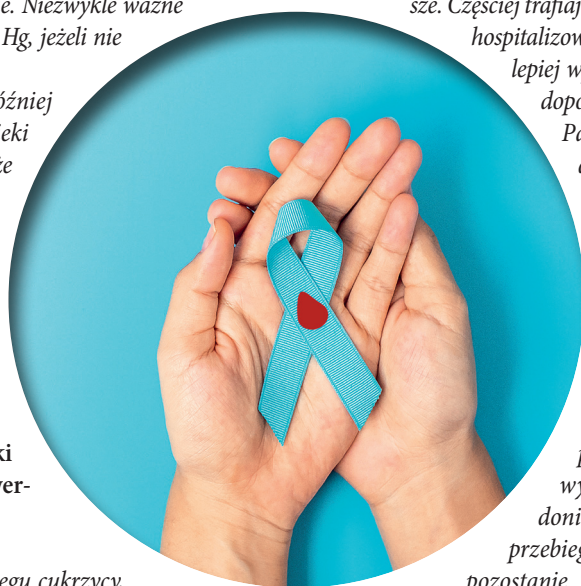
Po prawie 2 latach pandemii wiemy, że chorzy na cukrzycę nie zapadają na COVID-19 częściej niż osoby bez niej, ale prawdopodobieństwo ciężkiego przebiegu jest u nich zdecydowanie większe. Częściej trafiają do szpitala i na oddział intensywnej opieki medycznej, dłużej są hospitalizowani. Niestety także częściej umierają. Warto podkreślić, że chorzy lepiej wyrównani metabolicznie lepiej sobie radzą i mają większe prawdopodobieństwo łagodnego przebiegu tej infekcji.

Pandemia COVID-19 zmieniła podejście do szczepień osób dorosłych. W świadomości społecznej funkcjonuje stereotyp, że szczepienia dotyczą dzieci. Dziś jednak wiemy, że szczepienia chronią przed zakażeniem SARS-CoV-2, a jeśli osoba zaszczepiona ulegnie zakażeniu, to przebiega ono łagodniej. Dotyczy to także szczepień przeciwko grypie. Są też inne zakażenia układu oddechowego, którym możemy zapobiec dzięki szczepieniom. Osoby z przewlekłymi schorzeniami, np. cukrzycą, trudniej przechodzą takie infekcje. Mam na myśli choćby zakażenie pneumokokowe, które najczęściej przebiega w postaci zapalenia płuc, zapalenia opon mózgowych czy posocznicy. Mniej więcej pół roku temu pojawiły się doniesienia, że szczepienia przeciwko pneumokokom mogą łagodzić przebieg COVID-19. Ale pandemia minie, a zagrożenie pneumokokami pozostanie. Warto pamiętać, że nie mamy listy obowiązkowych szczepień dla dorosłych, mamy za to listę szczepień rekomendowanych i na niej znajduje się właśnie szczepienie przeciwko pneumokokom.

Diabetologiczna porada pielęgniarska gwarantowana

mgr pielęgniarstwa Alicja Szewczyk z Kliniki Endokrynologii i Diabetologii Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego

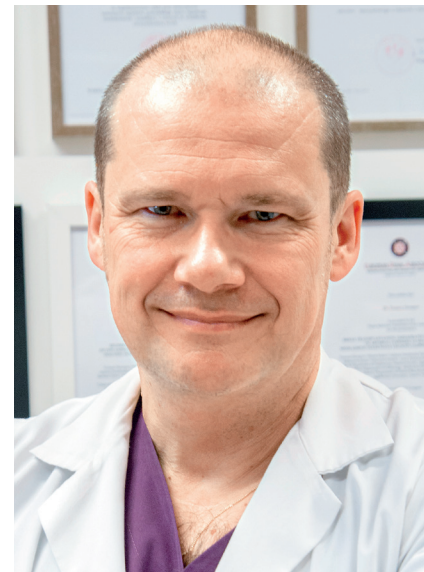
Od 2020 r. w ramach opieki koordynowanej w AOS zostało wprowadzone świadczenie gwarantowane, które może samodzielnie realizować pielęgniarka. Jest to diabetologiczna porada pielęgniarska. Pierwsza wizyta odbywa się z udziałem lekarza, który koordynuje leczenie, a potem pielęgniarka edukuje pacjenta w zakresie profilaktyki, wypisuje recepty w celu kontynuacji leczenia, zleca badania diagnostyczne. A więc koordynuje leczenie.



Cytaty pochodzą z debaty zorganizowanej przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne z okazji Światowego Dnia Cukrzycy 2021.

- Polska była trzecim krajem w Europie, po Danii i Anglii, który zaczął produkować insulinę. Miało to miejsce w 1924 r.
- Nagroda za wynalezienie insuliny była najszybciej przyznaną Nagrodą Nobla w dziedzinie medycyny. Stało się to półtora roku od zastosowania insuliny. W styczniu 2021 r. będzie obchodzone stulecie tego wydarzenia.
- Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna szacuje, że w ciągu najbliższych 25 lat liczba osób chorych na cukrzycę przekroczy 700 mln.
- Co 8 sekund ktoś umiera z powodu powikłań cukrzycy, takich jak choroby sercowo-naczyniowe, w tym udar mózgu i zawał serca, a także niewydolność nerek i stopa cukrzycowa.





”

prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz:
Chcemy, żeby nasi pacjenci mogli korzystać z tych technologii i rozwiązań farmakologicznych, które na fundamencie edukacji, wiedzy i zdrowego stylu życia sprawią, że z cukrzycą da się dłużej żyć

”

prof. Krzysztof Strojek:
Koniecznie musi się zmienić opłata za porady diabetologiczne, bo inaczej zostaną tylko publiczne placówki, których dyrektorzy będą się godzili na straty przynoszone przez poradnie diabetologiczne

”

prof. Irina Kowalska:
Trudno sobie wyobrazić sukces terapeutyczny bez zaangażowania pacjenta. Pacjent musi współpracować z zespołem terapeutycznym, ale też posiadać szeroką wiedzę o swoim schorzeniu

”

prof. Tomasz Stompór:
Szacuje się, że 30 proc. chorych na cukrzycę wcześniej czy później spotka się z nefrologiem, przy czym część z nich wymaga opieki nefrologa od początku choroby



”

prof. Leszek Czupryniak:
Szczęśliwie ostatnio pojawiły się leki, które hamują postęp retinopatii cukrzycowej. Nadal jednak kluczowa jest profilaktyka. Retinopatii zupełnie uniknąć się nie da po wielu latach choroby, ale można uniknąć zaburzeń widzenia

”

prof. Maciej Matecki:
Po prawie 2 latach pandemii wiemy, że chorzy na cukrzycę nie zapadają na COVID-19 częściej niż osoby bez niej, ale prawdopodobieństwo ciężkiego przebiegu jest u nich zdecydowanie większe. Częściej trafiają do szpitala i na oddział intensywnej opieki medycznej, dłużej są hospitalizowani

”

mgr Alicja Szewczyk:
Od 2020 r. w ramach opieki koordynowanej w AOS zostało wprowadzone świadczenie gwarantowane, które może samodzielnie realizować pielęgniarka. Jest to diabetologiczna porada pielęgniarska