

VI KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY

Lepiej zapobiegać niż leczyć cukrzycę,

Doświadczamy prawdziwej rewolucji w diabetologii i leczeniu otyłości – zgodnie twierdzili eksperci biorący udział w panelu diabetologicznym podczas VI Kongresu Wizja Zdrowia – Diagnoza i Przyszłość – Foresight Medyczny.



Fot. Patryk Ryzdyk

W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- **prof. dr hab. n. med. Leszek Czupryniak** – kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych w Centralnym Szpitalu Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, pełnomocnik Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego ds. współpracy międzynarodowej
- **prof. dr hab. n. med. Tomasz Klupa** – kierownik Pracowni Zaawansowanych Technologii Diabetologicznych Katedry Chorób Metabolicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, konsultant wojewódzki w dziedzinie diabetologii w Małopolsce, członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego
- **Krzysztof Łanda** – przewodniczący Komisji Zdrowia BCC, prezes MedInvest Scanner sp. z o.o., moderator dyskusji
- **Maciej Miłkowski** – wiceminister zdrowia
- **Anna Śliwińska** – prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków
- **dr hab. n. med. Mariusz Wyleżoł** – kierownik Warszawskiego Centrum Kompleksowego Leczenia Otyłości i Chirurgii Bariatrycznej w Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie
- **prof. dr hab. n. med. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz** – kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

Panel „Lepiej zapobiegać niż leczyć cukrzycę, a jak leczyć, to tylko innowacyjnie” rozpoczął moderator Krzysztof Łanda od premierowej prezentacji wyników analizy ekonomicznej zastosowania agonisty GLP-1 w połączeniu z systemem ciągłego monitorowania glikemii Free Style Libre w stanach przedcukrzycowych, czyli od momentu rozpoznania nietolerancji glukozy. – Wyniki są nader optymistyczne. Stosowanie GLP-1 razem z Free Style Libre tylko przez 8 tygodni powoduje opóźnienie rozwoju insulinozależnej cukrzycy typu 2 o 4,2 roku. Wyniki analizy użyteczności kosztów są znacznie poniżej ustawowego progu opłacalności w Polsce, przy czym

wynik jest bardzo wrażliwy na redukcję ceny efektywnej dzięki zastosowaniu instrumentów dzielenia ryzyka. Przy obniżeniu ceny o 10 proc. inkrementalny współczynnik użyteczności kosztów (ICUR) to tylko 75 tys. zł, a minus 25 proc. to już tylko 11 tys. zł za 1 QUALY (wskaźnik oceniający długość życia skorygowaną o jego jakość). Tak więc wynik jest fantastyczny – skomentował analizę Krzysztof Łanda.

Otyłość należy traktować jak każdą inną chorobę

Jak wiadomo, cukrzyca typu 2 jest powikłaniem choroby otyłościowej. – Wszystkie choroby powinniśmy leczyć przyczynowo,

a nie objawowo. Jedynie lecząc otyłość, będziemy w stanie doprowadzić do ustępowania, a nawet wyleczenia cukrzycy typu 2. Zasadność takiego postępowania wykazała już chirurgia bariatryczna. Chorych poddanych takim zabiegom udaje się wyleczyć z cukrzycy. Ponieważ 90 proc. ogółu przypadków cukrzycy to cukrzyca typu 2, czyli powikłanie choroby otyłościowej, diabetolog nie tylko może leczyć chorych na otyłość, ale wręcz powinien to robić. Pod warunkiem, że przyswoi sobie aktualną wiedzę na temat leczenia otyłości i będzie miał świadomość, że rozwój tej choroby nie jest winą chorego. Nie będzie zatem oczekiwał od pacjenta otyłego samowyleczenia,

nie będzie mu mówił, że wystarczy mniej jeść i więcej się ruszać, tylko sięgnie po nowoczesne leki przeciwotyłościowe, a w razie potrzeby skieruje chorego na operację bariatryczną – zauważył dr hab. n. med. Mariusz Wyleżoł, kierownik Warszawskiego Centrum Kompleksowego Leczenia Otyłości i Chirurgii Bariatrycznej w Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie.

Według eksperta system opieki zdrowotnej do niedawna nie dostrzegał choroby otyłościowej, ponieważ nie było leków przeciwko niej. – Teraz, kiedy pojawiły się odpowiednie narzędzia, musimy dostrzec tę grupę chorych i zacząć ich leczyć, bo inaczej powikłania choroby otyłościowej – a jest ich ponad 200, niektórzy uważają, że nawet ok. 300 – doprowadzą nasz system opieki zdrowotnej do bankructwa – dodał dr hab. Mariusz Wyleżoł.

– Stosując leki przeciwotyłościowe – notabene często te same, które podaje się w terapii cukrzycy, tylko w wyższych dawkach – można uzyskać dwa efekty: ustąpienie otyłości i wycofanie cukrzycy typu 2. Jest to leczenie zgodne z patofizjologią cukrzycy typu 2, czyli najpierw mamy insulinooporność, za nią idzie otyłość, a za nią z kolei cukrzyca typu 2. Aby odwrócić te mechanizmy, musimy sięgnąć do sedna sprawy, czyli do leczenia otyłości – ocenił.

Cukrzyca ma wiele mechanizmów

– Gdyby było tak prosto, jak to nakreślił prof. Wyleżoł, to na pewno lepiej byśmy sobie radzili z wczesnym rozpoznawaniem i leczeniem cukrzycy typu 2. Pod tym pojęciem kryje się jednak wiele mechanizmów niezwiązanych stricte z klasyczną otyłością, którą rozpoznajemy na podstawie wskaźnika masy ciała. Wystarczy mieć nadwagę, a przy tym otyłość brzuszna, żeby wygenerować hiperglikemię definiującą cukrzycę – skomentowała wypowiedzi przedmówcy prof. dr hab. n. med. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. – Oczywiście otyłość jest problemem wielu chorych na cukrzycę, także typu 1. Zgadza się, że mamy już narzędzia do walki z nią, jednak nie byłabym sobą, gdybym nie położyła nacisku na to, że zawsze lepiej jest zapobiegać niż leczyć. Jeżeli mówimy o zapobieganiu epidemii otyłości generującej powikłania, to powinniśmy edukować

Iwona Kazimierska

a jak leczyć, to tylko innowacyjnie

od najmłodszych lat, właściwie już kobiety w ciąży, i to bardzo intensywnie. Nie marginalizowałabym też roli właściwego stylu życia w profilaktyce chorób cywilizacyjnych, do których należą otyłość i cukrzyca – dodała.

Analogi GLP-1 – skuteczne i bezpieczne w leczeniu otyłości

Pełnomocnik Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego ds. współpracy międzynarodowej prof. dr hab. n. med. Leszek Czupryniak, kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych w Centralnym Szpitalu Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, przypomniał, że już wcześniej mieliśmy leki przeznaczone do leczenia otyłości.

– Były skuteczne, ale niestety nie do końca bezpieczne, niosły duże ryzyko powikłań. Obecnie dysponujemy analogami GLP-1, które są lekami o wyjątkowo korzystnym profilu bezpieczeństwa. Wiemy, że zmniejszają ryzyko wystąpienia cukrzycy, bo pozwalają przerwać błędne koło otyłości i zaburzeń metabolicznych. Taka sztuka do tej pory udawała się tylko bariatrom – powiedział prof. Leszek Czupryniak.

– Czujemy, że efekt może być podobny w przypadku inhibitorów SGLT-2. Na razie są prowadzone badania, które mają pokazać, czy zapobiegają one cukrzycy typu 2, ale już wiemy, że na pewno opóźniają jej rozwój. W przyszłym roku wejdą na rynek podwójni agonści receptora GLP-1 i GIP, najprawdopodobniej potrójni (stymulujący także receptor dla glukagonu) pojawią się za 2–3 lata. W moim odczuciu, kiedy patrzę na efekty, jakie już uzyskujemy u pacjentów, „przeorają” one medycynę metaboliczną. Nie twierdzę, że nie będzie już otyłych ludzi, ale zyskamy potężny oręż, który zmniejszając skalę otyłości, zmniejszy też skalę występowania tych co najmniej 200 powikłań – dodał ekspert.

Insulina bazalna i analog GLP-1 w jednym wstrzyknięciu

Rolę gotowych mieszanek, a ściślej mówiąc – nowoczesnych wstrzykiwalnych leków złożonych zawierających insulinę bazalną oraz analog GLP-1, w intensyfikacji leczenia cukrzycy typu 2 omówił prof. dr hab. n. med. Tomasz Klupa, kierownik Pracowni Zaawansowanych Technologii Diabetologicznych Katedry Chorób Metabolicznych Uniwersytetu

Jagiellońskiego w Krakowie, konsultant wojewódzki w dziedzinie diabetologii w Małopolsce, członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. – W naturalnym przebiegu cukrzycy typu 2 przychodzi moment, kiedy poważnym problemem staje się hiperglukemia na czczo, którą trudno jest opanować bez zastosowania insuliny bazalnej. Włączenie samej insuliny bywa nieskuteczne, a efektem takiego leczenia może być przyrost masy ciała. Jeżeli jednocześnie wdrożymy insulinę bazalną i analog GLP-1, to uzyskamy efektywną poprawę wyrównania metabolicznego nie tylko bez wzrostu, ale nierzadko nawet z redukcją masy ciała – wyjaśnił.

– Z punktu widzenia patofizjologii cukrzycy preparat zawierający insulinę i analog GLP-1 ma wyjątkowo korzystne działanie. Insulina hamuje glukoneogenezę wątrobową, analog GLP-1 powoduje optymalizację pracy trzustki, hamuje apetyt i opróżnianie żołądkowe. Dodatkowo fakt, że preparat jest podawany w jednym wstrzyknięciu, poprawia compliance pacjenta. Każde dodatkowe ponad jedno wstrzyknięcie insuliny u chorego na cukrzycę oznacza z jednej strony istotne pogorszenie jego jakości życia, z drugiej zaś często obniża jakość współpracy z lekarzem – dodał prof. Tomasz Klupa.



Fot. Adam Stepien/Agencja Wyborcza.pl



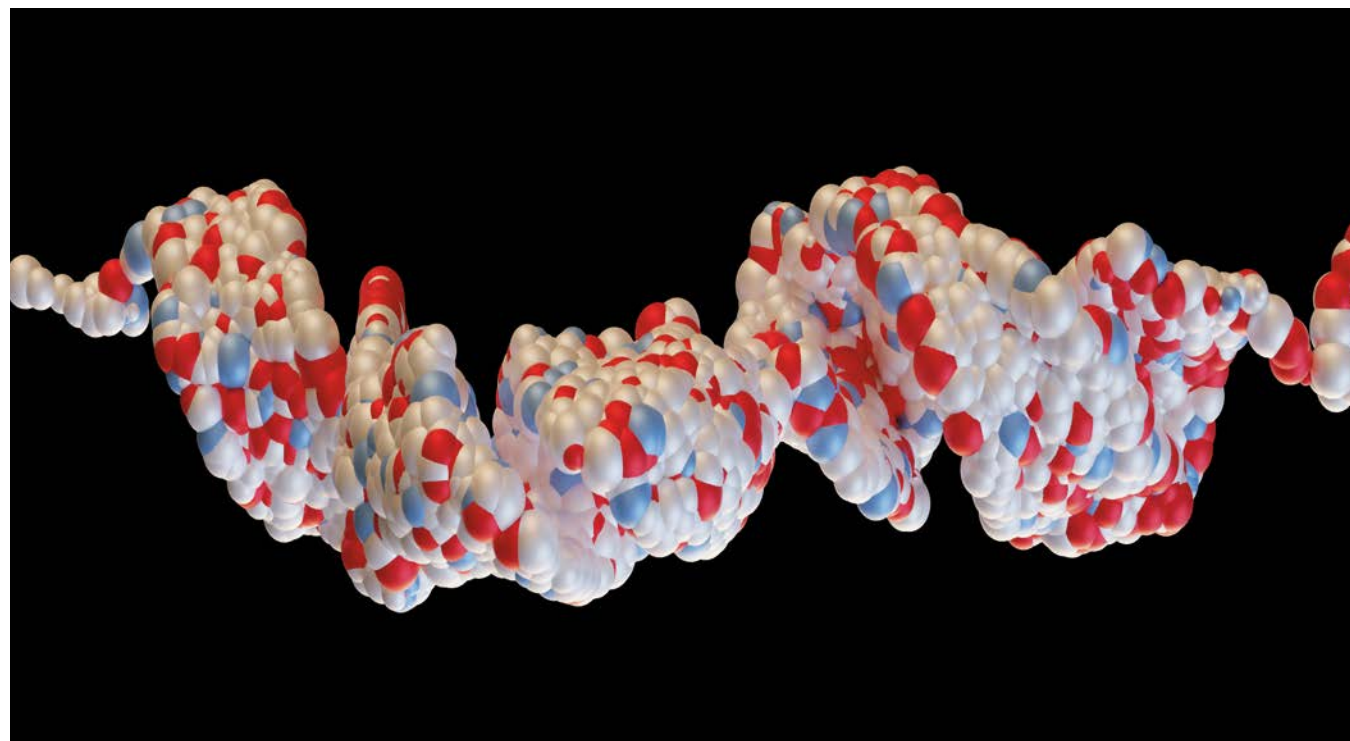
Fot. Archiwum Termedia

”

dr hab. Mariusz Wyleżół: Najpierw mamy insulinoooporność, za nią idzie otyłość, a za nią z kolei cukrzyca typu 2. Aby odwrócić te mechanizmy, musimy sięgnąć do sedna sprawy, czyli do leczenia otyłości

”

prof. Dorota Zozulińska-Ziótkiewicz: Na pewno jest taka grupa chorych na cukrzycę typu 2, którzy skorzystają bardziej z gotowego połączenia, czyli analogu GLP-1 z insuliną, aniżeli z samego analogu. Będzie mniej działań ubocznych, ponieważ dawki obu substancji są mniejsze



Fot. iStockphoto

VI KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY



Fot. Patryk Byczyk



Fot. Patryk Byczyk



Fot. Patryk Byczyk



Fot. Patryk Byczyk

”

prof. Tomasz Klupa: *Z punktu widzenia patofizjologii cukrzycy preparat zawierający insulinę i analog GLP-1 ma wyjątkowo korzystne działanie. Insulina hamuje glikoneogenezę wątrobową, analog GLP-1 powoduje optymalizację pracy trzustki, hamuje apetyt i opróżnianie żołądkowe*

Wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski zgodził się z opiniami ekspertów, że nowoczesne leki rewolucjonizują leczenie cukrzycy. – *Przy wprowadzaniu do refundacji analogów GLP-1 i inhibitorów SGLT-2 wskazaniem było wydłużenie czasu do włączenia insulinoterapii. Po 2 latach okazało się, że oczekujemy czegoś więcej. Dlatego od 1 września istnieje możliwość łączenia analogów GLP-1 z insulinoterapią [mowa o dwóch oddzielnych iniekcjach – przyp. red.]. Schematy leczenia w cukrzycy zmieniają się, i to bardzo szybko. Staramy się na te zmiany reagować – powiedział. Wiceszef resortu zdrowia wyraził wątpliwość, czy zastosowanie połączenia dwóch substancji w jednym wstrzyknięciu nie pogorszy komfortu życia chorych, którzy obecnie przyjmują analog GLP-1 raz na tydzień, a mieliby to robić codziennie. – Jeżeli w profilu glikemii chorego dominuje hiperglikemia na czczo, to prawdopodobnie bez insuliny bazalnej się nie obejdzie. Taki pacjent tak czy inaczej będzie musiał sobie podawać raz dziennie, wieczorem, insulinę bazalną, chyba że doczekamy się wejścia na rynek insulin podawanych raz w tygodniu. Z jego punktu widzenia nie będzie miało zatem znaczenia, czy podaje sobie jedno*

”

prof. Leszek Czupryniak: *Nowe leki „przeorają” medycynę metaboliczną. Nie twierdzą, że nie będzie już otyłych ludzi, ale zyskamy potężny oręż, który zmniejszając skalę otyłości, zmniejszy też skalę występowania jej powikłań*

wstrzyknięcie insuliny bazalnej czy jedno wstrzyknięcie takiej insuliny połączonej z analogiem GLP-1. Przy czym stosując preparat złożony, odniesie dodatkowe korzyści – tłumaczył prof. Tomasz Klupa. – Jeśli zatem analog GLP-1 w połączeniu z insuliną bazalną stosowany codziennie będzie tańszy od refundowanego obecnie GLP-1, to oczywiście go weźmiemy – podsumował wiceminister zdrowia.

Dlaczego warto stosować leki złożone

– *Myszę, że we wszystkich wypowiedziach wyraźnie wybrzmiało, że indywidualizujemy nasze zalecenia i staramy się dopasować je do każdego pacjenta, aby terapia była najefektywniejsza i najbezpieczniejsza. Na pewno jest taka grupa chorych na cukrzycę typu 2, którzy skorzystają bardziej z gotowego połączenia, czyli analogu GLP-1 z insuliną, aniżeli z samego analogu. Będzie mniej działań ubocznych, ponieważ dawki obu substancji są mniejsze. Duża dawka insuliny to ryzyko hipoglikemii i przyrostu masy ciała, natomiast duża dawka analogu GLP-1 wiąże się z działaniami niepożądanymi ze strony przewodu pokarmowego. Mniejsze dawki każdej z tych substancji dają podobne efekty kliniczne, jeżeli chodzi*

”

Anna Śliwińska: *Nowoczesne leki i technologie pomagają przede wszystkim unikać powikłań. Mamy coraz lepsze leczenie oraz monitorowanie, które zdejmuje z pacjentów trochę odpowiedzialności za ich zdrowie, chociaż i tak nie jest łatwo zapomnieć o chorobie*

o glikemii, ale przy większym bezpieczeństwie i mniejszym ryzyku wystąpienia objawów ubocznych – zauważyła prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz. – Gdy przychodzi pora wdrożenia insuliny, dobrze jest ją skojarzyć z analogiem GLP-1, bo to daje wiele korzyści. To nie jest tak, że na siłę wciskamy ten preparat chorym, ale jeśli już ktoś stosuje analog GLP-1 i on przestał wystarczać, więc trzeba dołożyć insuliny, to jedno wstrzyknięcie dwóch leków wydaje się optymalnym leczeniem. Takie mamy doświadczenia z krajów zachodnich, gdzie miksy są stosowane. Jeszcze jeden ważny element: nikt nie będzie używał preparatu złożonego zawierającego insulinę do leczenia otyłości. Zresztą ten analog GLP-1 w preparacie złożonym, o którym mówimy, nie wpływa najsilniej na masę ciała. On bardzo skutecznie działa na glikemię. Preparat byłby więc bez problemu dostępny w aptekach dla chorych na cukrzycę, mogliby go kupić i poprawić skuteczność insulinoterapii, a także compliance. W zasadzie widzimy same zalety terapii złożonej. Rozumiem, że po stronie producenta jest teraz przedłożenie panu ministrowi dobrej oferty cenowej – podsumował prof. Leszek Czupryniak.

”

Maciej Miłkowski: *Przy wprowadzaniu do refundacji analogów GLP-1 i inhibitorów SGLT-2 wskazaniem było wydłużenie czasu do włączenia insulinoterapii. Po 2 latach okazało się, że oczekujemy czegoś więcej*

Co o zmianach w diabetologii sądzą pacjenci

Anna Śliwińska, prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, podkreśliła, że pacjenci doceniają rewolucję, jaka się wydarzyła i nadal trwa w diabetologii. – *Wiadomo, że jeżeli pojawiają się nowe leki, ale nie są refundowane w Polsce i chorzy nie mogą sobie na nie pozwolić, to proszą, wnioskuje, liczą na szybką refundację. Chodzi o to, żeby były refundowane, zanim przestaną być nowością, a jeszcze do niedawna był taki problem. Teraz – głównie dzięki panu ministrowi Miłkowskiemu – procesy rejestracyjne idą dużo szybciej, za co kolejny raz, już nie zliczę który, bardzo dziękujemy. Nowoczesne leki i technologie pomagają przede wszystkim unikać powikłań. Mamy coraz lepsze leczenie oraz monitorowanie, które zdejmuje z pacjentów trochę odpowiedzialności za ich zdrowie. To jest w sumie dobre, bo nikt nie chce być maksymalnie obciążony cukrzycą, chociaż i tak nie jest łatwo o niej zapomnieć. Styl życia jeszcze jest problemem, ale to co zależy od samych chorych, najczęściej jest najtrudniejsze – powiedziała.* ■