

MARLENA BRONCEL
JAN RUXER

CUKRZYCA I ZABURZENIA LIPIDOWE

W GABINECIE LEKARZA POZ



Cukrzyca i zaburzenia lipidowe w gabinecie lekarza POZ

Marlena Broncel i Jan Ruxer

Cukrzyca i zaburzenia lipidowe w gabinecie lekarza POZ

Marlena Broncel i Jan Ruxer

© Copyright by Termedia
Wszystkie prawa zastrzeżone.

Żaden z fragmentów tej książki nie może być publikowany w jakiegokolwiek formie bez wcześniejszej pisemnej zgody wydawcy. Dotyczy to także fotokopii i mikrofilmów oraz rozpowszechniania za pośrednictwem nośników elektronicznych.

Termedia Wydawnictwa Medyczne
ul. Kleeberga 2
61-615 Poznań
tel./faks +48 61 822 77 81
e-mail: termedia@termedia.pl
<http://www.termedia.pl>

TERMEDIA

Termedia Wydawnictwa Medyczne
Poznań 2017 r.
Wydanie I

Skład i łamanie: Termedia

ISBN: 978-83-7988-109-3

Wydawca dołożył wszelkich starań, aby cytowane w książce nazwy leków, ich dawki oraz inne informacje były prawidłowe. Wydawca ani autorzy nie ponoszą odpowiedzialności za konsekwencje wykorzystania informacji zawartych w niniejszej publikacji. Każdy produkt, o którym mowa w książce, powinien być stosowany zgodnie z odpowiednimi informacjami podanymi przez producenta. Ostateczną odpowiedzialność ponosi lekarz prowadzący.

SPIS TREŚCI

CZĘŚĆ I	
Leczenie hiperglikemii w poradni podstawowej opieki zdrowotnej	5
Jan Ruxer	
Wstęp	7
Rozdział I	
Rozpoznawanie zaburzeń glikemii	9
Rozdział II	
Aktywne poszukiwanie innych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego	13
Rozdział III	
Rozpoczęcie leczenia – bilans otwarcia	15
Rozdział IV	
Sytuacje szczególne	33
Rozdział V	
Kiedy można, a kiedy należy skierować chorego do diabetologa	35
CZĘŚĆ II	
Leczenie zaburzeń lipidowych w poradni podstawowej opieki zdrowotnej	37
Marlena Broncel	
Wstęp	39
Rozdział I	
Podział zaburzeń lipidowych	41
Rozdział II	
Objawy kliniczne zaburzeń lipidowych	59
Rozdział III	
Oznaczanie lipidogramu	63

Spis treści

Rozdział IV	
Rozpoczęcie leczenia	75
Rozdział V	
Niefarmakologiczne leczenie zaburzeń lipidowych	83
Rozdział VI	
Farmakoterapia zaburzeń lipidowych	87
Rozdział VII	
Afereza LDL	113
Rozdział VIII	
Sytuacje szczególne	115
Piśmiennictwo	125

CZĘŚĆ I

Leczenie hiperglikemii w poradni podstawowej opieki zdrowotnej

Wstęp

Nieprawidłowa glikemia u pacjentów poradni podstawowej opieki zdrowotnej zdarza się dość często. Z uwagi na to, że w niektórych polskich społecznościach częstość występowania cukrzycy sięga 10%, hiperglikemia staje się jednym z powszechniejszych objawów chorobowych. A nie każda hiperglikemia to cukrzyca.

Ze względu na fatalne zdrowotne konsekwencje podwyższonej glikemii każda z takich sytuacji powinna zostać szczegółowo zbadana oraz oceniona pod kątem ryzyka sercowo-naczyniowego (zazwyczaj wynika ze stopnia zaawansowania zaburzeń gospodarki węglowodanowej).

Ale od początku... Przychodzi do mnie pacjent z „podwyższonym cukrem”...

W przypadku pacjenta z „podwyższonym cukrem” na wstępie zbiorę wywiad. Zapytam go, czy taka sytuacja zdarzyła się już wcześniej i czy wiąże się z tym objawy kliniczne hiperglikemii, tj. polidypsja, poliuria i chudnięcie. Zapytam o wywiad rodzinny w kierunku cukrzycy (zaburzeń gospodarki węglowodanowej) i otyłości. Koniecznie spytam o inne choroby towarzyszące, zarówno występujące obecnie, jak i w latach wcześniejszych. Szczególne miejsce zajmą w tym wywiadzie czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego. Bezwzględnie zbiorę wywiad co do stosowanych przez chorego leków!

Poproszę o przedstawienie wyników dotychczas wykonywanych badań krwi i moczu. Będę w nich szukał hiperglikemii, cukromoczu, ale również zaburzeń lipidowych.

Jeśli wartość glikemii na czczo – co ważne, w osoczu krwi żyłnej! – w dwóch różnych dniach osiągnie co najmniej 126 mg/dl (7,0 mmol/l), rozpoznam cukrzycę. Podobnie uczynię, gdy glikemia przygodna, tzn. w jakimkolwiek momencie dnia, osiągnie co najmniej 200 mg/dl (11,1 mmol/l) i towarzyszyć jej będą objawy kliniczne hiperglikemii (polidypsja, poliuria, chudnięcie).

Jeśli wartość glikemii na czczo będzie zawarta między 100 a 125 mg/dl (5,6 a 6,9 mmol/l), skieruję chorego na test doust-

nego obciążenia 75,0 g glukozy (ang. *oral glucose tolerance test* – OGTT). Test ten należy wykonać w godzinach porannych, po przespanej nocy, na czczo, bez uprzedniego palenia tytoniu. Glukozę rozpuszcza się w pół szklanki ciepłej wody i podaje się do jednorazowego wypicia po pobraniu krwi żyłnej na oznaczenie glikemii. Drugie pobranie krwi żyłnej u chorego odbywa się po 2 godzinach. Czas pomiędzy pobraniami chory powinien spędzić w ośrodku (laboratorium), siedząc. Oznaczenia glikemii wykonuje się w osoczu krwi żyłnej. Użycie do testu glukometrów (krwi włośniczkowej) jest niedopuszczalne.

W sytuacji, kiedy pacjent z jakichkolwiek przyczyn przyjmuje już metforminę, lek należy odstawić co najmniej na tydzień przed wykonaniem OGTT.

UWAGA: Po wykonaniu OGTT możemy otrzymać różne konfiguracje wyników:

- glikemia na czczo ≥ 126 g/dl, jakikolwiek wynik w drugiej godzinie: CUKRZYCA
- glikemia na czczo 100–126 mg/dl, glikemia < 140 mg/dl w drugiej godzinie: NIEPRAWIDŁOWA GLIKEMIA NA CZCZO (ang. *impaired fasting glycaemia* – IFG)
- glikemia na czczo 100–126 mg/dl, glikemia 140–199 mg/dl w drugiej godzinie: NIETOLERANCJA WĘGLOWODANÓW (ang. *impaired glucose tolerance* – IGT)
- glikemia na czczo 100–126 mg/dl, glikemia ≥ 200 mg/dl w drugiej godzinie: CUKRZYCA
- glikemia na czczo < 100 mg/dl, glikemia < 140 mg/dl w drugiej godzinie: STAN FIZJOLOGICZNY
- glikemia na czczo < 100 mg/dl, glikemia 140–199 mg/dl w drugiej godzinie: NIETOLERANCJA WĘGLOWODANÓW (IGT)
- glikemia na czczo < 100 mg/dl, glikemia ≥ 200 mg/dl w drugiej godzinie: CUKRZYCA

Może się jednak zdarzyć, że pacjent przychodzi do nas z innego powodu niż „cukier”, a my i tak powinniśmy pomyśleć o ocenie gospodarki węglowodanowej. Kiedy tak jest?

Aktywnie poszukujemy zaburzeń glikemii u każdej osoby powyżej 45. roku życia co 3 lata, ale kontrolę glikemii przeprowadzamy co roku, jeśli dotyczy to:

- osób z nadwagą lub otyłością [wskaźnik masy ciała (ang. *body mass index* – BMI) ≥ 25 kg/m² i/lub obwód w talii > 80 cm (kobiety) lub > 94 cm (mężczyźni)],
- osób z cukrzycą występującą w rodzinie (rodzice bądź rodzeństwo),
- osób mało aktywnych fizycznie,
- osób z grupy środowiskowej lub etnicznej bardziej narażonej na rozwój cukrzycy,
- osób, u których we wcześniejszym badaniu stwierdzono stan przedcukrzycowy,
- kobiet z przebytą cukrzycą ciążową,
- kobiet, które urodziły dziecko o masie ciała > 4 kg,
- osób z nadciśnieniem tętniczym ($\geq 140/90$ mm Hg),
- osób z dyslipidemią [stężenie cholesterolu frakcji HDL (ang. *high-density lipoprotein*) < 40 mg/dl (< 1,0 mmol/l) i/lub triglicerydów > 150 mg/dl (> 1,7 mmol/l)],
- kobiet z zespołem policystycznych jajników,
- osób z chorobą układu sercowo-naczyniowego.

U pacjentów z ww. grup należy wykonać oznaczenie stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej (glikemia przygodna).

W przypadku stwierdzenia glikemii ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l) i współwystępowania objawów hiperglikemii – rozpoznajemy cukrzycę.

W przypadku braku objawów hiperglikemii lub występowania objawów hiperglikemii, ale glikemii przygodnej < 200 mg/dl, należy 2-krotnie (każde oznaczenie innego dnia) oznaczyć glikemię na

czczo. Jeśli glikemia 2-krotnie wyniesie ≥ 126 mg/dl ($\geq 7,0$ mmol/l) – rozpoznajemy cukrzycę.

Jeśli glikemia na czczo wyniesie 100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l) albo istnieje uzasadnione podejrzenie występowania cukrzycy przy dowolnej glikemii, należy wykonać OGTT zgodnie z wcześniejszym opisem.

TER EDIA

ISBN: 978-83-7988-109-3



9 788379 881093