

CUKRZYCA

Rozmawiała dr Agnieszka Starewicz-Jaworska

Na linii frontu walki z wirusem

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Tomaszem Klupą, specjalistą chorób wewnętrznych i diabetologiem ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie o tym, czy chorzy na cukrzycę mają większe ryzyko zachorowania na COVID-19, jaki wpływ na przebieg choroby mają leki przeciwcukrzycowe oraz czy zakażenie koronawirusem przebiega u cukrzyków ciężiej.

Staje pan na linii frontu walki z koronawirusem oraz na co dzień na linii frontu walki z cukrzycą. Czy cukrzyca może być czynnikiem ryzyka cięższego przebiegu infekcji wywołanej przez koronawirusa?

My jako szpital znaleźliśmy się na pierwszej linii frontu. Jesteśmy szpitalem jednoimiennym, w którym kolejne oddziały internistyczne są sukcesywnie przekształcane w oddziały dla pacjentów z koronawirusem. W przypadku naszego oddziału, dalej używając terminologii wojskowej, staliśmy się bezpośrednim zapleczem frontu – przyjmujemy pacjentów na kwarantannie i z COVID-19. Wracając do pytania, rzeczywiście tak jest, że wśród osób, które zachorowały i u których rozwinęły się objawy COVID-19, pacjenci z cukrzycą byli nieco nadreprezentowani. Z drugiej strony, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że wśród chorych objawowych dominują osoby nieco starsze, to zważywszy na częstość cukrzycy w tej grupie wiekowej, można powiedzieć, że wśród chorujących objawowych nie było większej liczby osób chorych na cukrzycę, niż wynikałoby to z częstości populacyjnej tej choroby. Natomiast przypuszczam, że gdyby przeanalizować wszystkie przypadki osób zakażonych – statystyk dotyczących bezobjawowych osób zakażonych oczywiście nie mamy – to okazałoby się, że odsetek chorych na cukrzycę spadłby znowu do takiej wartości, jaka jest charakterystyczna dla danej populacji. Niestety okazuje się, że fakt chorowania na cukrzycę powoduje, że przebieg infekcji COVID-19 jest cięższy. Zapewne wynika to nie z samej obecności cukrzycy, ale z tego, że osoby chore na cukrzycę często mają wiele innych schorzeń i powikłań. Przewlekłe niewyrównanie cukrzycy może też prowadzić do obniżenia odporności. Pacjenci z cukrzycą częściej wymagają hospitalizacji, ich pobyt w szpitalu jest dłuższy, a przebieg choroby cięższy.

Czy chorzy na cukrzycę leczeni insuliną są bardziej narażeni na ryzyko infekcji koronawirusem aniżeli przyjmujący leki doustne?

Odpowiedź na to pytanie wbrew pozorom nie jest prosta. Jeśli sięgniemy po statystyki, ale nie



Fot. Archiwum własne

ukrywam, że bardzo trudno jest dotrzeć do takich danych, to rzeczywiście 90 proc. pacjentów, którzy trafili do szpitala, to chorzy wymagający leczenia insuliną. Należy jednak podkreślić, że w części przypadków insulina wdrażana była po raz pierwszy w trakcie hospitalizacji. Musimy też pamiętać, że pacjenci leczeni insuliną to zwykle osoby nieco starsze od leczonych za pomocą leków doustnych, o zdecydowanie dłuższym czasie trwania cukrzycy, najczęściej kilkunastoletnim. U nich częstość powikłań będzie wyższa, co jest jednym ze wskazań do wdrożenia insuliny w cukrzycy typu 2. Wydaje mi się, że nie ma żadnych dowodów na to, żeby u osoby leczonej insuliną, ale z dobrze wyrównaną cukrzycą i bez powikłań ryzyko zachorowania było większe, a przebieg COVID-19 cięższy niż u osoby z równie dobrze wyrównaną cukrzycą za pomocą leków doustnych. Takiej zależności nie obserwujemy. Nie wiemy też, jak na przebieg choroby wpływa stosowanie pewnych leków popularnych w diabetologii i czy ten przebieg jest inny np. w przypadku przyjmowania floszyn lub leków inkretynowych. Takich danych nie mamy, chociaż na pewno informacje na ten temat z naszego punktu widzenia byłyby bardzo ważne.

Jak zmienia się zapotrzebowanie na insulinę w przypadku zakażenia koronawirusem?

W przypadku pacjentów bezobjawowych trudno o takie informacje. Dane, którymi dysponujemy, częściowo oparte na moim doświadczeniu z ostatnich dni, pokazują, że u pacjenta objawowego, a więc takiego, który wymaga hospitalizacji, zapotrzebowanie na insulinę rośnie błyskawicznie o 200–300 proc., czyli następuje bardzo gwałtowny wzrost zapotrzebowania. Co więcej, ten wzrost układa się linearnie w stosunku do objawów klinicznych. Czyli im wyższa gorączka, im bardziej nasilone dolegliwości bólowe ze strony mięśni, tym wyższe zapotrzebowanie na insulinę. Praktycznie wszystkie osoby, które konsultowałem, a które przed infekcją były leczone za pomocą tabletek, musiały przejść na insulinę. Zapotrzebo-

wanie na insulinę zaczęło błyskawicznie wzrastać do ponad jednej jednostki na kilogram masy ciała. Jak już wspomniałem, u osób, które były wcześniej leczone leczone za pomocą insuliny, wzrost zapotrzebowania jest dwu-, trzykrotny.

Czy u pacjentów leczonych insuliną zmieniają się proporcje insuliny bazalnej do insuliny posiłkowej? Czy typ insuliny ma znaczenie?

Takich danych literaturowych jeszcze nie ma, oprę się więc na tych kilku przypadkach, które miałem okazję konsultować. Moje obserwacje są takie, że zmienia się ta proporcja na korzyść insuliny bazalnej. Pacjenci nie jedzą, nie mają apetytu, więc generalnie spada zapotrzebowanie na insulinę posiłkową. Wydawało mi się, że ta proporcja będzie bardzo zaburzona – rzędu 20 proc. insuliny posiłkowej i 80 proc. insuliny bazalnej. Tak jednak nie jest. Rośnie zapotrzebowanie zarówno na insulinę bazalną, jak i posiłkową, z tym że na bazalną rośnie bardziej. Powiedziałbym, że 2/3 przyrostu zapotrzebowania będzie przypadało na insulinę bazalną, natomiast 1/3 na insulinę posiłkową. Różnie też wygląda sytuacja w przypadku stosowania różnych insulin bazalnych. Jeżeli do szpitala trafia pacjent leczony za pomocą insuliny izofanowej, to praktycznie zawsze wymaga podania drugiej dawki insuliny izofanowej w godzinach porannych, czyli dwóch wstrzyknięć insuliny bazalnej plus wielokrotnego wstrzyknięcia insuliny do posiłku. W przypadku długo działających analogów insuliny jedno wstrzyknięcie wystarcza. Eskalacja dawki tych insulin też jest łatwiejsza. Nie mamy oczywiście danych, które pozwoliłyby stwierdzić, czy obserwacje dotyczące różnic między na przykład insulinami bazalnymi pierwszej i drugiej generacji, które dotyczą populacji ogólnej, pokazujące, że insuliny bazalne drugiej generacji, na przykład glargine 300, łatwiej jest eskalować, można odnieść bezpośrednio do pacjentów z COVID-19. Wydaje się, że tak powinno być, ale liczba pacjentów, których konsultowałem do tej pory, jest zbyt mała, by wyciągnąć jednoznaczne wnioski. Z kolei danych literaturowych na razie nie mamy, nie dysponujemy takimi statystykami. Należy jednak podkreślić, na co wskazują dostępne publikacje, że jednym z priorytetów leczenia pacjentów w cięższym stanie powinno być unikanie hipoglikemii, która powoduje wzrost stężenia cytokin prozapalnych, co może być zgubne dla pacjentów z COVID-19. W takich sytuacjach analogi drugiej generacji powinny być efektywniejsze. Z drugiej jednak strony pacjenci w cięższym stanie zwykle wymagają po prostu zastosowania insulinoaterapii dożylniej. Podsumowując – szczególnie istotne są dla nas dwie informacje. Jeżeli mamy pacjenta objawowego, gorączkującego, z bólami mięśniowymi, wówczas wzrost zapotrzebowania na insulinę sięga 200–300 proc. Z tego wzrostu 2/3 będzie przypadało na insulinę bazalną, a 1/3 na insulinę posiłkową. Jeżeli mamy pacjenta na insulinie izofanowej, to albo dodajemy dodatkowe wstrzyknięcie insuliny izofanowej w godzinach porannych, albo zostawiamy pacjenta na długo działający analog insuliny, optymalnie na analog drugiej generacji. ■

„Dane, którymi dysponujemy, częściowo oparte na moim doświadczeniu z ostatnich dni, pokazują, że u pacjenta objawowego, a więc takiego, który wymaga hospitalizacji, zapotrzebowanie na insulinę rośnie błyskawicznie o 200–300 proc., czyli następuje bardzo gwałtowny wzrost zapotrzebowania