

✘ Dr Leszek Borkowski, 2017-05-18 08:13

Dr Leszek Borkowski:

# Cukrzyca - zagrożenie dla życia i budżetu

✘

Fot. arch. pryw.

Pół miliona Polaków nie zdaje sobie sprawy, że choruje i w ogóle nie jest leczona.

Dotkniętych cukrzycą jest już 2,7 miliona polskich obywateli z czego 0,5 miliona nie zdaje sobie sprawy, że choruje i nie jest leczonych w ogóle.

W Polsce więcej wydajemy rocznie na pensje dla członków wszystkich rad nadzorczych, pensje prezesów, dyrektorów, naczelników, ciągłe reorganizacje różnych instytucji, Sejm, Senat, dotacje dla partii politycznych niż na leczenie jednej z najgroźniejszych epidemii XXI wieku.

Cukrzyca typu 1 - trzustka nie wydziela insuliny

Insulina musi być brana przez całe życie.

Dlatego zmuszeni jesteśmy stosować insulinę długo działającą, bo to ona naśladuje fizjologiczne wydzielanie insuliny przez komórki beta Langerhansa w trzustce. Insulina długo działająca glargina, detemir i degludec wymagają mniej iniekcji, bo tylko raz dziennie i dają brak skoków insulinowych we krwi, co pomniejsza ryzyka hipoglikemii w tym nocnych.

Hipoglikemia czyli niedocukrzenie zwiększa ryzyka powikłań sercowo- naczyniowych, oraz powikłań ze strony ośrodkowego układu nerwowego.

Objawy hipoglikemii:

1/ łagodne: głód, brak koncentracji, niepokój, podniecenie, drżenie kończyn

2/ umiarkowane: ból głowy, brzucha, zmiany zachowania agresja, senność, zaburzenia widzenia, trudności w wystawianiu się, przyspieszona akcja serca

3/ ciężkie: dezorientacja, utrata przytomności, drgawki.

Z hipoglikemią łagodną i umiarkowaną radzimy sobie bez lekarza, sięgając po kostkę cukru lub pijąc słodzony napój, a następnie zjadamy kanapkę.

Z glikemią ciężką lekarz radzi sobie, podając dożylnie glukozę lub domięśniowo lub podskórną glukagon. Uwaga: nie podajemy płynów doustnie, bo pacjent w tym stanie ich nie przełknie.

Hipoglikemia to wyzwanie dla lekarza prowadzącego osobę z cukrzycą oraz systemu ochrony zdrowia. Porównanie z mieczem Damoklesa nie będzie przesadzone.

Prowadzenie prawidłowej kontroli metabolicznej przekłada się nie tylko na jakość życia pacjenta, ale także na jego długość.

Sama cukrzyca jest czynnikiem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.

Konieczna równowaga, którą możemy osiągać przy pomocy insulin np. długo działających lub takich leków jak Empagliflozyna selektywny inhibitor kotransportera sodowo-glukozowego SGLT2 zmniejszający wchłanianie zwrotne glukozy w nerkach. Niestety ów lek tak doskonale ograniczający

ryzyka sercowo-naczyniowe u pacjentów cukrzycowo-kardiologicznych jest przeciwwskazany w cukrzycy typu I.

Cukrzyca typu 2 – trzustka wydziela insulinę, ale organizm nie potrafi jej prawidłowo wykorzystać.

W terapii istotna jest redukcja masy ciała stąd produkty lecznicze takie jak insulina glargine, i insulina detemir oraz insulina dugledec obniżające masę, są niezwykle ważne we właściwym prowadzeniu pacjentów.

Ich stosowanie prowadzi także do zmniejszenia insulinooporności oraz całkowitego zapotrzebowania pacjenta na insulinę.

W związku z tym iż cukrzyca typu 2 dotyka najczęściej pacjentów po przekroczeniu 45. roku życia oraz bardziej zaawansowanych wiekowo, musimy na bieżąco dokonać rozważnych korekt w ich efektywnym leczeniu.

Doskonale wiemy, że większość pacjentów leczonych przewlekłe na cukrzycę to chorzy z oddziałów:

a/ kardiologicznych i neurologicznych bo wysoki poziom glukozy uszkadza naczynia krwionośne szczególnie w sercu i mózgu / zawały i udary /

b/ z oddziałów chirurgicznych / leczenie stopy cukrzycowej, rocznie w Polsce przeprowadza się 15 tys amputacji kończyn w następstwie braku efektów leczenia stopy cukrzycowej /

c/ z oddziałów okulistycznych / w Polsce każdego roku 8 tys. osób traci wzrok w następstwie rozwijającej się retinopatii cukrzycowej /;

d/ z oddziałów nefrologicznych / w Polsce każdego roku dializowanych jest 3,5 tys. pacjentów z powodu po cukrzycowej niewydolności nerek.

Pierwszym powikłaniem cukrzycy jest hipoglikemia czyli niedocukrzenie.

Powodowane jest ono niedoskonałością działania starszych insulin w tym niestety także insulin izofanowych NPH dających pik i następnie ostry spadek aktywności zamiast utrzymywania równomiernego plateau stężenia w krwi pacjenta co ma miejsce między innymi w insulinie glarginie zwanej insulina bezszczytowa.

Czasami, rzecz jasna, winny jest sam pacjent nie przestrzegający reguł przyjmowania insulin. Hipoglikemie nie tylko pogarszają jakość życia pacjenta, ale są także poważnym zagrożeniem dla chorego.

Hipoglikemie ciężkie i nocne zwiększają ryzyko zawału serca, udaru mózgu lub zaburzeń komorowych rytmu serca.

Prosta logika i rozsądek gospodarczy w zakresie budżetu państwa polskiego podpowiadają, że lepiej zapobiegać niż leczyć. Gdy mamy do czynienia z pacjentem chorującym na cukrzycę typu 2, to lepiej nie ograniczać mu dostępu do nowoczesnych terapii minimalizujących hipoglikemie niż ponosić koszty dodatkowych hospitalizacji, absencji w pracy, rent nie mówią już o następstwach trwałego kalectwa: amputacje kończyn, ślepotą, poważna niewydolność nerek.

Transplantacje nerek, dializy dla cukrzyków są przecież wysokokosztowymi procedurami medycznymi znacznie przewyższającymi spadające ceny biopodobnych insulin glargine analogów długo działających, dostępnych na rynkach farmaceutycznych.

Insulina glargine przy jednorazowym wstrzyknięciu na dobę pozwala zapewnić równomierny poziom insuliny przy uzyskaniu docelowemu wartości większej lub równej 8% hemoglobiny glikowanej HbA1c przy znacznie niższej częstotliwości hipoglikemii versus insuliny izofanowe NPH.

Dzisiaj zgodnie ze wskazaniami refundacyjnymi resortu zdrowia pacjenci z cukrzycą typu 2 muszą przez pół roku mordować się z hipoglikemią, aby móc otrzymać refundację długo działającej insuliny glargine.

To tak jakby minister właściwy do spraw żeglugi zabraniał montować na statkach bariery ochronne przez 6 miesięcy eksploatacji jednostek i czekał aż część pasażerów sama wypadnie za burtę. Kto przeżyje będzie miał prawo do liny asekuracyjnej.

Zawsze twierdziłem, że proza Mrożka to pryszcz przy lekturze tekstów administracji państwowej.

Na zakończenie pochwalę resort zdrowia za doskonałe finansowanie terapii dla pacjentów chorujących na cukrzycę typu 1.

Panowie czas na drugi krok w kierunku nowoczesnego leczenia cukrzycy typu 2 i realnej troski tak o pacjenta jak i o kondycje finansów naszego państwa.

Uwagi praktyczne

W cukrzycy między innymi kontrolujemy:

a/ ciśnienie

b/ poziom cholesterolu

c/ poziom hemoglobiny glikowanej

d/ poziom kwasu moczowego

W przypadku stosowania w cukrzycy typu 2 empagliflozyny odwracalnego, silnego, selektywnego, konkurencyjnego inhibitora kotransportera sodowo-glukozowego SGLT2 zmniejszającego wchłanianie zwrotne glukozy w nerkach dochodzi do glikozurii czyli wydalania glukozy z moczem.

Glukozuria wywołuje ubytek tkanki tłuszczowej, zmniejszenie masy ciała, zmniejszenie ciśnienia krwi.

Mechanizm działania empagliflozyny jest niezależny od czynności komórek beta i działania insuliny. To właśnie między innymi Insulina glargine przy jednorazowym wstrzyknięciu na dobę pozwala zapewnić równomierny poziom insuliny przy uzyskaniu docelowemu wartości większej lub równej 8% hemoglobiny glikowanej HbA1c przy znacznie niższej częstości hipoglikemii versus insuliny izofanowe NPH.

Gwarantując pacjentom małe ryzyko hipoglikemii.

Insulina glargine powoduje u pacjentów mających już przeciwciała po dużych dawkach insuliny tradycyjnej poprawę reakcji na insulinę.

Insulina glargine połknięta przez niemowlaka z mlekiem matki nie szkodzi mu bo jest trawiona w przewodzie pokarmowym dziecka do aminokwasów.

Należy pamiętać, że inhibitory konwertazy angiotensyny / inhibitory ACE/ oraz inhibitory monoaminooksydazy nasilają działanie hipoglikemizujące insuliny glargine.

Natomiast zmniejszają jej działanie hipoglikemizujące leki moczopędne, estrogeny, progestageny, adrenalina i inne leki sympatykomimetyczne.

Dr nauk farm. Leszek Borkowski