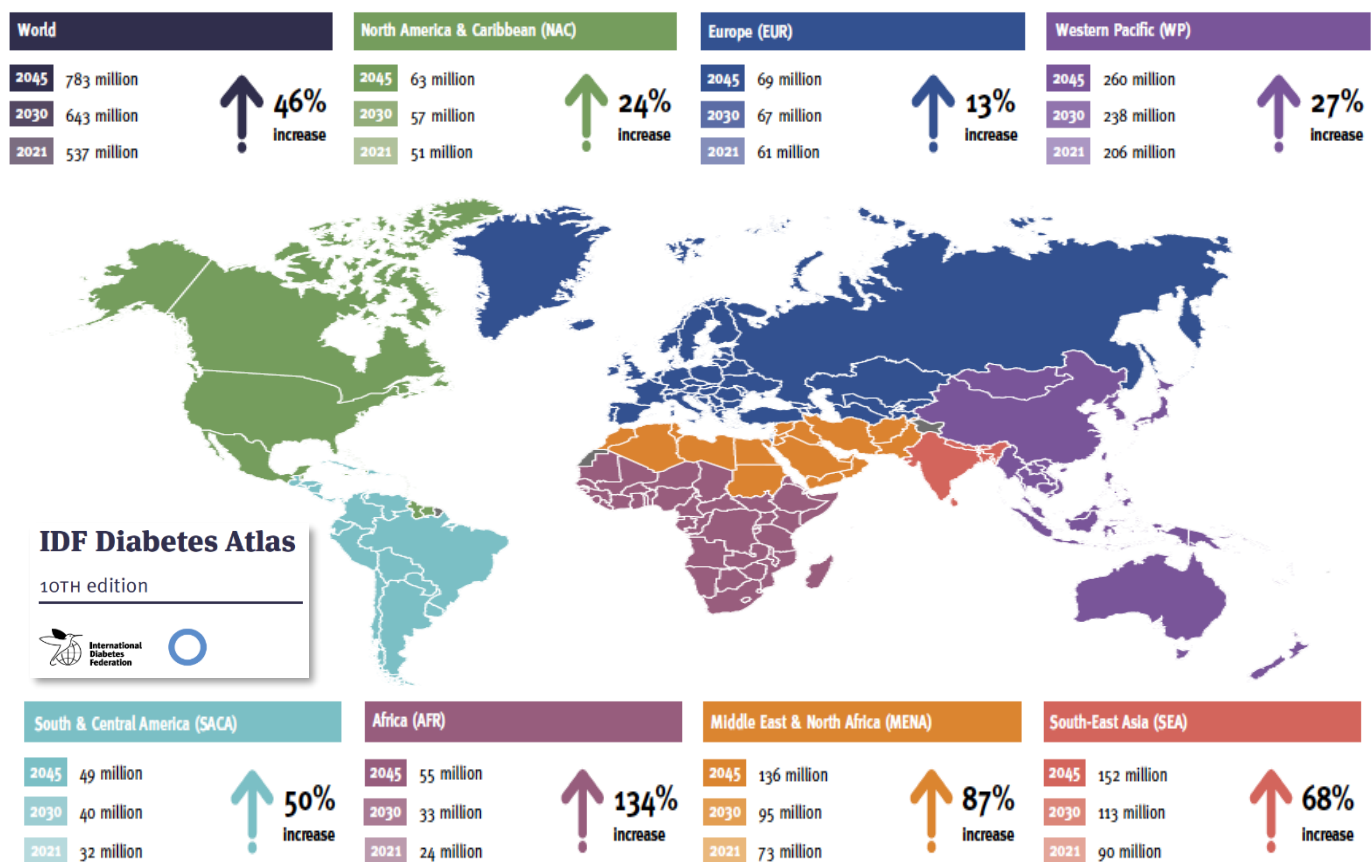


Cukrzyca typu 2 – w poszukiwaniu terapii optymalnej

Pandemia COVID-19 na całym świecie wywołała ogromne poruszenie, strach i obawy o życie własne i bliskich. Jednak nie zapominajmy, że każdego dnia śmiertelne żniwo zbierają zupełnie inne, globalne pandemie – chorób cywilizacyjnych. Jedną z nich jest cukrzyca.

Miliony chorych

Według danych WHO w 2021 roku na cukrzycę chorowało na świecie ok. 537 mln osób. Zgodnie z przewidywaniami, mimo coraz doskonalszych narzędzi diagnostycznych i terapii, coraz większej wiedzy, w 2045 roku chorych będzie ponad 780 mln osób – o 46% więcej niż obecnie. W Europie liczba osób z cukrzycą wzrośnie w tym samym czasie o 13% (z 61 do około 69 mln), w Ameryce Północnej o 24% (z 51 do około 63 mln), natomiast w Afryce, w związku z postępującymi tam zmianami stylu życia, aż o 134% (z 24 do około 55 mln osób).



Źródło grafiki: Atlas IDF 2021; slajd pt. Cukrzyca Anno Domini 2022' – skala problemu, stanowiący element prezentacji prof. Janusza Gumprechta przedstawionej w trakcie XXI Ogólnopolskiej Konferencji „Polka w Europie”, wrzesień 2022.

Nawet wiedząc czym to grozi, współczesne społeczeństwa nie chcą zmienić stylu życia na taki, który ograniczy ryzyko rozwoju chorób cywilizacyjnych. Dlatego, poza postępowaniem w zakresie prewencji, poszukiwanie skutecznych leków na cukrzycę, terapii, które mogą uratować miliony ludzkich istnień, jest jednym z największych wyzwań współczesnej medycyny. Zdaniem diabetologów, odtworzenie u chorych na cukrzycę ideału fizjologii w zakresie regulacji gospodarki węglowodanowej może się nie udać, ale dostępne obecnie terapie coraz lepiej naśladują naturę zabezpieczając chorych także w zakresie ryzyka wystąpienia i progresji powikłań naczyniowych choroby.

Cel – ograniczenie powikłań

Lekarze podkreślają, że to nie sam poziom cukru we krwi stanowi problem, ale **powikłania powstające w następstwie długotrwałego działania jego wysokich stężeń na naczynia**. Niekontrolowana choroba prowadzi do uszkodzenia zarówno tych najmniejszych – skutkujących uszkodzeniem narządu wzroku, nerek czy nerwów, naczyń krwionośnych, – jak i dużych naczyń, wpływając na ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych, naczyniowo-mózgowych czy powstania zespołu stopy cukrzycowej. W krajach rozwiniętych to właśnie cukrzyca i spowodowane nią uszkodzenia drobnych naczyń w oku są najczęstszą przyczyną utraty wzroku. Cukrzycowe uszkodzenie nerek jest najczęstszą przyczyną terminalnej niewydolności i konieczności rozpoczęcia leczenia nerkozastępczego, czyli dializoterapii. Także „cukrzycowe” uszkodzenia naczyń obwodowych są głównym powodem nieurazowej amputacji kończyn dolnych. I w końcu – cukrzyca prowadzi do bardzo poważnych powikłań sercowo-naczyniowych.

– Do niedawna, jeszcze około 10 lat temu, jedynym sposobem optymalizacji terapii cukrzycy typu 2 było dążenie do wzorcowych wartości glikemii – wskaźnika określającego stężenie glukozy we krwi. Mogliśmy też spowalniać rozwój powikłań mikronaczyniowych, ale nie do końca przekładało się to na ten najbardziej oczekiwany efekt, czyli ograniczenie powikłań ze strony układu sercowo-naczyniowego – podkreślał prof. Janusz Gumprecht z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego podczas XXI Ogólnopolskiej Konferencji „Polka w Europie”, zainicjowanej pod koniec września przez Stowarzyszenie Dziennikarze dla Zdrowia.

Optymalizacja terapii

Radykalną zmianę podejścia do tego problemu zapoczątkowała amerykańska agencja FDA, która w 2008 roku zleciła badanie wszystkich nowych cząsteczek wprowadzanych do terapii cukrzycy pod kątem ich wpływu na układ sercowo-naczyniowy. Na skutek podjętych starań w kolejnych latach zaczęły pojawiać się **leki o spektakularnym, synergicznym działaniu – nie tylko na glikemię – ale też kardio- i nerkoprotekcyjnym**. Czy należy stosować je u każdego pacjenta? Decyzja musi zostać podjęta indywidualnie, ale na pewno zawsze wskazane jest leczenie o możliwie najwyższej skuteczności. Dlatego, zdaniem specjalistów i zgodnie z najnowszymi zaleceniami, u pacjentów z bardzo dużym ryzykiem powikłań sercowo-naczyniowych, i – oczywiście – z już występującymi schorzeniami, takimi jak choroba sercowo-naczyniowa na tle miażdżycy, przewlekła niewydolność serca, przewlekła choroba nerek, **leczenie cukrzycy od początku powinno być bardzo intensywne, bazujące na więcej niż jednym leku**, w tym leku o udowodnionym działaniu protekcyjnym na układ sercowo-naczyniowy i nerki. Takie cechy posiadają leki z grupy inkretyn – analogi GLP-1 oraz inhibitory kotransportera sodowo-glukozowego typu 2, zwane popularnie flozynami.

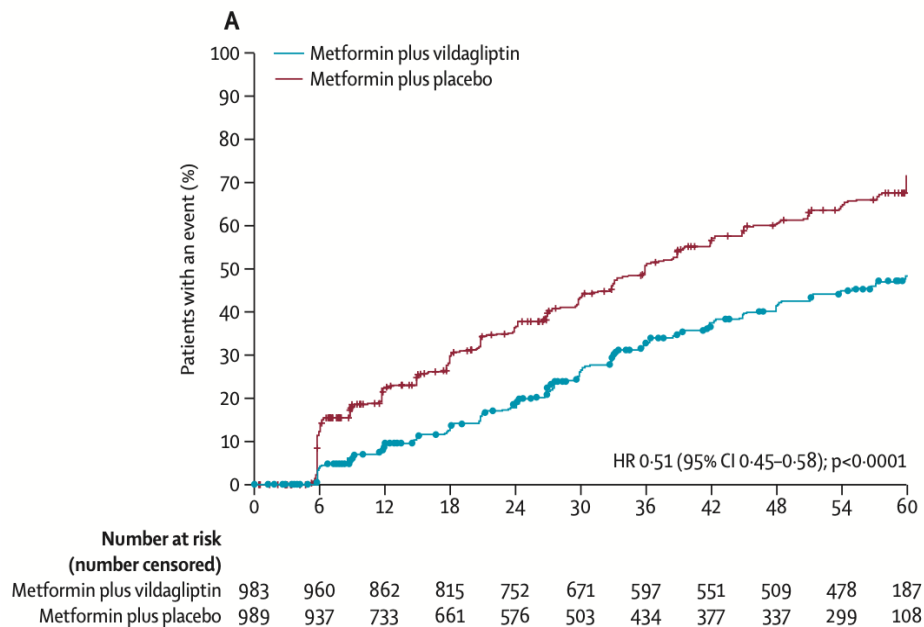
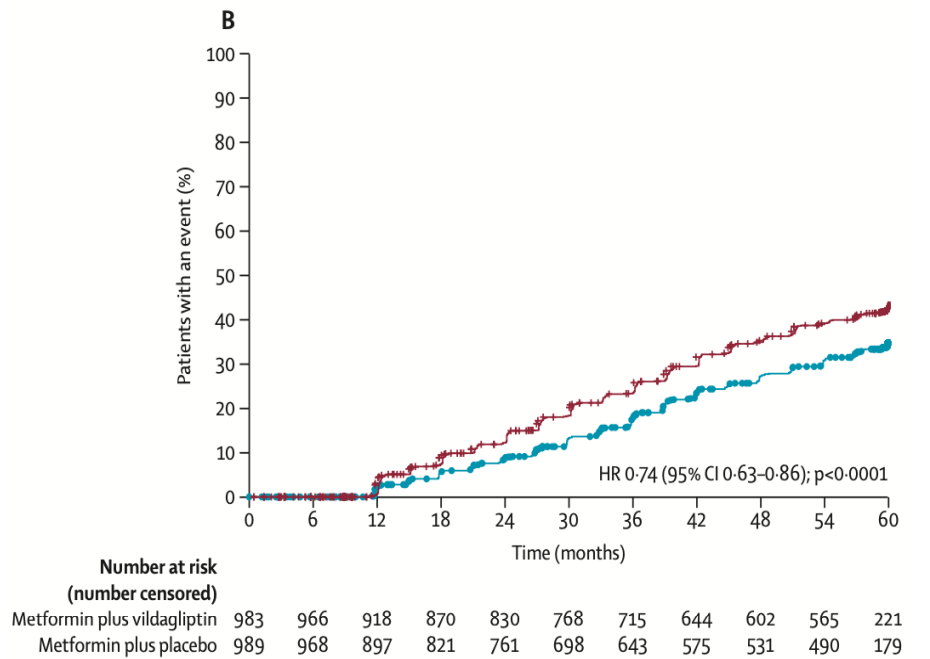
U wszystkich pacjentów ze zdiagnozowaną cukrzycą powinno się, wzorem nadciśnienia tętniczego, rekomendować w pierwszym rzucie leki przeciwhiperlikemiczne skutecznie obniżające stężenie glukozy we krwi bez jednoczesnego wzrostu ryzyka hipoglikemii czy przyrostu masy ciała. Jednak przy bardzo dużym ryzyku powikłań, czy też współistnieniu wymienionych powyżej schorzeń sercowo-naczyniowo i/lub choroby nerek, od razu powinien być podawany także lek z grupy kardioprotekcyjnej.

– Jeśli pacjent ma już pewną historię, choruje 10 czy 20 lat i dopiero wówczas zaczynamy intensyfikować leczenie przeciwhiperlikemiczne i redukować tym samym ryzyko powikłań ze strony dużych naczyń, ta redukcja będzie istotnie mniejsza, niż gdybyśmy to zrobili od początku terapii. Słuszność tej koncepcji leczenia potwierdzają m.in. wyniki badania klinicznego VERIFY, opublikowane w Lancecie w 2019 roku, w którym zastosowano połączenia inhibitora DPP-4 w połączeniu z metforminą. Do niedawna, wiedząc o postępującym charakterze cukrzycy, stopniowo intensyfikowaliśmy leczenie i dopiero kiedy nie udawało się wyrównać glikemii, dodawany był kolejny lek. Obecnie, podobnie jak w nadciśnieniu, stoimy na stanowisku, że w pewnych grupach pacjentów od razu należy rozpoczynać terapię od dwóch leków – podkreśla prof. Janusz Gumprecht.*

Glycaemic durability of an early combination therapy with vildagliptin and metformin versus sequential metformin monotherapy in newly diagnosed type 2 diabetes (VERIFY): a 5-year, multicentre, randomised, double-blind trial



David R Matthews, Päivi M Paldanius, Pieter Proot, YannTong Chiang, Michael Stumvoll, Stefano Del Prato, for the VERIFY study group



Źródło: Lancet 2019; 394: 1519 – 29. Cyt. za prezentacją prof. Janusza Gumprechta, przedstawioną w trakcie XXI Ogólnopolskiej Konferencji „Polka w Europie”, wrzesień 2022.

Dostęp do nowych terapii

Badania naukowe dowodzą, iż takie postępowanie pozwala lepiej kontrolować cukrzycę i skutecznie zapobiegać jej odległym powikłaniom. Terapia jest też wygodna dla pacjentów – dostępne są już leki łączące dwie różne cząsteczki w jednej tabletkie, co jak wiadomo, poprawia systematyczność ich przyjmowania, ale także efektywność terapii.

Przy postępie choroby i konieczności intensyfikacji leczenia z reguły stosowano insulinę, jako pierwszą terapię wstrzykiwalną. Obecnie również w tym przypadku rekomenduje się rozpoczęcie od analogu GLP-1 lub jednoczesnego stosowania dwóch leków, połączenie agonisty receptora GLP-1 z insuliną bazalną. Tu także mamy możliwość zastosowania preparatu będącego połączeniem dwóch substancji w jednym wstrzykiwaczu. Takie leczenie nie tylko zapobiega powikłaniom, lecz również korzystnie wpływa na masę ciała i ryzyko niedocukrzeń. Problem z insuliną jest bowiem taki, iż przy intensywnym leczeniu – zwłaszcza przy kilku jej wstrzyknięciach na dobę – terapia często prowadzi do przyrostu wagi, które zawsze jest niekorzystne, oraz do zwiększonego ryzyka niedocukrzeń, czyli hipoglikemii. Nowe leki niwelują to ryzyko.

Co najistotniejsze, dzięki wieloletnim staraniom specjalistów, **udało się radykalnie poszerzyć dostęp do nowoczesnych terapii cukrzycy typu 2 w Polsce. Od 1 września 2022 warunki refundacji analogów GLP-1 i flozyn wyraźnie złagodzą, ich stosowanie jest dla określonych pacjentów możliwe szybciej**, bez konieczności wcześniejszego, wielomiesięcznego „testowania” skuteczności standardowej terapii. Ministerstwo obniżyło także wartość hemoglobiny glikowanej, który „uprawnia” do włączenia leków inkretynowych u pacjentów z wysokim ryzykiem powikłań: wskaźnik spadł z 8% do 7,5% (przy docelowej wartości na poziomie 7%). Od września na liście refundacyjnej znalazły się także mało osiągalne dotychczas z powodu wysokiej ceny i braku refundacji inhibitory DPP-4. Co więcej, od 24 września br. **pacjenci w Polsce mają też lepszy dostęp do jednego z głównych leków inkretynowych z grupy DPP-4 – sitagliptyny** – ponieważ wygasł patent na lek oryginalny.

Inhibitory DPP-4 to jedna z najlepiej tolerowanych przez pacjentów grup leków przeciwhiperglykemicznych, wykazuje niewiele działań niepożądanych, a ich stosowanie nie powoduje ryzyka hipoglikemii oraz przyrostu masy ciała. Korzyścią stosowania jest też łatwość przyjmowania – lek podaje się raz dziennie doustnie,

a dawkowanie nie wymaga stopniowej intensyfikacji ani korekty w zależności od glikemii.

Zalety telemedycyny

Warto wspomnieć, że nie tylko w farmakoterapii cukrzycy obserwuje się ogromny postęp. Dotyczy on także technologii medycznych. Dostępne są np. urządzenia, które w sposób ciągły monitorują stężenie glukozy u pacjenta, dzięki czemu łatwiej o optymalizację i bezpieczeństwo terapii. Możliwe jest także zdalne przekazywanie lekarzowi wyników pomiarów dokonywanych przez chorego samodzielnie w domu, co mobilizuje pacjenta do samokontroli. Dzięki telemedycynie, do której w pandemii wszyscy szybko musieliśmy się przyzwyczaić, także kontrola ze strony lekarza może być dokładniejsza. Co prawda nic nie zastąpi bezpośredniej wizyty, zwłaszcza na początku terapii, ale ponieważ w Polsce dostęp do specjalistów jest wciąż ograniczony, możliwość teleporady na pewno zwiększa poczucie bezpieczeństwa pacjenta.

Ważne jest podejście pacjenta do leczenia!

Możliwości skutecznej terapii cukrzycy są coraz większe. Lekarze powinni o tym wiedzieć i powinni podążać za zaleceniami opracowywanymi na podstawie badań naukowych. Nie wolno jednak zapominać, że sporo zależy także od samych pacjentów. Ważne jest by nie lekceważyli nieprawidłowych wyników badań poziomu glukozy, by **prowadzili terapię nie ignorując zaleceń lekarza**, a także by starali się **zmieniać złe nawyki żywieniowe i polepszyć styl życia**. Cukrzyca typu 2 jest chorobą cywilizacyjną, sami się do niej „doprowadzamy” i sami możemy jej zapobiegać.

*<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673619321312>



Informacja prasowa przygotowana przez *Stowarzyszenie Dziennikarze dla Zdrowia* w związku z prelekcją prof. dr hab. n. med. Janusza Gumprechta w trakcie XXI Ogólnopolskiej Konferencji „Polka w Europie”, zorganizowanej pod hasłem „*Nauki medyczne w poszukiwaniu skutecznych terapii. Zdrowie po pandemii SARS-CoV-2*”. Wypowiedzi zostały autoryzowane. Październik 2022.