



« Z diety diabetyka powinny zniknąć produkty bogate w cukry proste

Cukier nie krzepi

Cukrzyca – jedna z najczęstszych chorób XXI wieku – to cichy zabójca. Każdy może z nią nieświadomie żyć latami. Na co powinieneś zwrócić uwagę, żeby w porę zauważyć niepokojące objawy, i co warto wiedzieć o skutecznych sposobach jej leczenia.

AGNIESZKA FEDORCZYK

Cukrzyca typu 2 staje się globalną epidemią XXI w. Na świecie żyje ok. 400 mln pacjentów z cukrzycą i ta liczba szybko rośnie. W tym tempie za 20 lat przybędzie 200 mln diabetyków. W Polsce, jak się szacuje, jest ich około 3 mln, z tej liczby kilkaset tysięcy osób nie zdaje sobie sprawy z tego, że choruje, bo objawy choroby przez wiele lat mogą być niewidoczne.

Cukrzyca to choroba, która polega na tym, że nasz organizm nie radzi sobie ze spalaniem glukozy, prostego cukru, który jest podstawowym paliwem do procesów przemiany

materii zachodzących w komórkach. Spalanie glukozy dostarcza nam energii, dzięki której możemy chodzić, oddychać, myśleć, rosnać nam paznokcie, a w żyłach krąży krew. W cukrzycy zaburzone jest wydzielanie insuliny, hormonu niezbędnego do spalania glukozy.

TYP PIERWSZY, TYP DRUGI

Istnieją dwie postaci tej choroby. Cukrzyca typu 1, zwana kiedyś insulinozależną lub typu dziecięcego, jest spowodowana całkowitym brakiem insuliny na skutek zniszczenia produkujących ją komórek trzustki. Występuje głównie u dzieci i młodzieży, stąd jej stara

W OGONIE EUROPY

W Polsce wydajemy na opiekę diabetologiczną około **7 mld zł**. To około **1000 dolarów** rocznie na pacjenta. Za mało. Nawet w Czechach, kraju o podobnym poziomie zamożności co Polska, przeznaczają się około **1500 dolarów** na pacjenta rocznie. W porównaniu z Norwegią czy Szwajcarią na leczenie cukrzycy wydajemy dziesięciokrotnie mniej. Nic dziwnego, że standard leczenia cukrzycy typu 2 w Polsce odbiega znacząco od reszty świata – brakuje dostępu do nowoczesnych terapii.

nazwa. Jakże są jej przyczyny? Nie wiemy, także genetyka nie jest tu zbyt pomocna. Nie ma ona związku z otyłością.

Z kolei cukrzyca typu 2, zwana niegdyś insulinoniezależną, to najbardziej rozpowszechniona postać tej choroby – cierpi na nią 90 proc. wszystkich chorych na cukrzycę. Jej przyczyną jest zaburzenie wydzielania insuliny przez komórki beta-trzustki i zbyt słabe działanie insuliny na tkanki. To właśnie ten typ cukrzycy jest związany z wiekiem i otyłością. Osoba, która za dużo je, dostarcza organizmowi więcej paliwa, niż jest on w stanie przerobić. Człowiek wówczas tyje, a poziom glukozy rośnie, gdyż często brakuje insuliny do spalania zbyt dużej ilości glukozy. W początkowej fazie choroby organizm, broniąc się, zaczyna wydzielać więcej insuliny, ale i tak nie dość dużo, by spalić nadmiar glukozy. Gdy stężenie glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo przekracza 125 mg/dl i jest to stwierdzone co najmniej dwukrotnie – mamy do czynienia z cukrzycą.

Co sprzyja rozwojowi cukrzycy? Nadwaga, siedzący tryb życia, nadciśnienie tętnicze. Ryzyko zachorowania jest większe, jeśli ktoś w rodzinie ma cukrzycę. A także u kobiet, które przeszły cukrzycę ciążową, która ustępuje po urodzeniu dziecka. No i wiek. Po 45. roku życia każdy Polak powinien co najmniej raz na trzy lata badać sobie poziom cukru we krwi. To jedno z najprostszych badań laboratoryjnych. Z cukrzycą mamy do czynienia, jeśli stężenie glukozy wynosi na czczo 126 mg/dl lub więcej, dwie godziny po posiłku zaś – 200 mg/dl lub więcej. Z cukrzycą można funkcjonować nawet

siedem-dziesięć lat i nie być jej świadomym. Zdarza się, że pacjenci zgłaszają się do lekarza, gdy jest ona już bardzo zaawansowana. Tymczasem nieleczona cukrzyca może wywołać ślepotę, owrzodzenia stóp i ich amputację, niewydolność nerek, zawał serca, udar mózgu. Natomiast wczesne jej rozpoznanie umożliwia podjęcie działań, które zahamują jej postęp.

NIEBEZPIECZNE SYMPTOMY

Na co zwracać uwagę? Objawami cukrzycy mogą być ciągłe zmęczenie, senność, niechęć do działania. Zwiększone pragnienie, połączone z częstym oddawaniem moczu. Suchość w ustach, która czasem utrudnia przyjmowanie pokarmów. A także dolegliwości skórne – zakażenia narządów płciowych, czyraki, grzybica paznokci.

Jeśli wysokie stężenie cukru we krwi utrzymuje się długo, może wystąpić pogorszenie widzenia, mrowienie i drętwienie kończyn, kurcze łydek w nocy, a także osłabione czucie lub brak czucia w skórze, wolniejsze gojenie się ran. O zaawansowanej cukrzycy świadczy zapach acetonu z ust. Może wówczas dojść nawet do utraty przytomności (śpiączka cukrzycowa).

Jeśli rozpoznamy u siebie któryś z opisanych symptomów, nie ma na co czekać, tylko czym prędzej umówić się na wizytę u lekarza. Badanie krwi pozwoli rozwiać wątpliwości – albo wykaże, że wszystko jest w porządku (czasami objawy mogą być mylne), albo pozwoli na szybkie wykrycie choroby i, co za tym idzie, zwiększy szanse na wczesne rozpoczęcie leczenia i wyhamowanie tego procesu.

ZASTRYKI I TABLETKI

Po zdiagnozowaniu cukrzycy typu 1 pacjent od razu dostaje insulinę. Istotą tej terapii jest takie dobranie dawki hormonu, aby poziom cukru we krwi był odpowiedni, czyli zbliżony do poziomu u ludzi zdrowych. Po to, aby uzyskać taki efekt, pacjenci wstrzykują sobie samodzielnie insulinę kilka razy w ciągu doby lub stosują osobiste pompy insulinowe podające w sposób ciągły insulinę podskórną.

W leczeniu cukrzycy typu 2 podstawą leczenia jest również dążenie do obniżenia podwyższonego stanu cukru we krwi. – Dlaczego przejmujemy się tym podwyższonym poziomem cukru? Ponieważ jeżeli występuje on długo i jest wysoki, to powoduje uszkodzenia ważnych dla życia narządów, takich jak nerki, oczy czy naczynia krwionośne – wyjaśnia prof. Maciej Małecki, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

Podwyższony poziom cukru we krwi może spowodować zawał serca i udar mózgu. A z kolei neuropatia cukrzycowa prowadzi do tzw. stopy cukrzycowej – kiedy dołącza jeszcze upośledzone krążenie i infekcja, czasami jedynym rozwiązaniem jest amputacja stopy. W definicję cukrzycy są wpisane przewlekłe powikłania i to właśnie one są najbardziej niebezpieczne dla chorego.

W początkowym etapie choroby pomóc może zrzucenie nadmiaru kilogramów, ruch i odpowiednia dieta. W taki sposób można odsunąć w czasie nawet o kilka lat moment, kiedy konieczne będzie przyjmowanie leków. Bo taki moment jest w zasadzie nieunikniony. Kto raz zachoruje na cukrzycę, ten ma ją już na zawsze. Możemy tylko hamować jej postęp. Niestety tylko 10 proc. pacjentów podejmuje radykalną zmianę stylu życia, chudnie 10-15 kg, zaczyna ćwiczyć, zdrowo się odżywia. A szkoda, bo to właśnie dzięki diecie i utracie nadmiaru kilogramów organizm wraca do równowagi fizjologicznej.

JAK JEŚĆ, GDY MA SIĘ CUKRZYCĘ?

Regularnie – to jedna z najważniejszych zasad. Trzy do sześciu posiłków na dobę – zależnie od stosowanego leczenia oraz od tego, jak u konkretnej osoby zmienia się poziom cukru we krwi. Liczbę posiłków najlepiej ustalić z lekarzem. Należy dbać o to, by jeść o stałych porach i nie podjadać między posiłkami. Unikać dłuższych przerw bez jedzenia. Może wtedy dojść do nadmiernego spadku stężenia cukru we krwi.

Druga zasada to dostarczanie organizmowi każdego dnia mniej więcej tyle samo kalorii. Taka powtarzalność jest potrzebna po to, by ustalić stałe, skuteczne dawki leków. Osoby z nadwagą i otyłe powinny dążyć do zmniejszenia masy ciała. Aby schudnąć, należy zmniejszyć porcje posiłków, starając się spożywać mniej kalorii.

Dieta powinna dostarczać wszystkich niezbędnych składników odżywczych: węglowodanów, białek, tłuszczów, witamin i składników mineralnych. Należy więc dbać o różnorodność. Wybieramy produkty zawierające węglowodany złożone i bogate w błonnik: chleb razowy, otręby pszenne, brązowy ryż, kaszę gryczaną. Zawarty w nich cukier wchłania się powoli i nie powoduje nadmiernie wysokich poziomów cukru we krwi. Unikamy natomiast produktów bogatych w cukry proste – a więc wszystkiego, co słodkie: słodczy, słodkich napojów,

Współczesna medycyna polega na prowadzeniu badań klinicznych, analizowaniu ich i wyciąganiu z nich wniosków. Badania te pokazują, że obniżenie poziomu glukozy zmniejsza liczbę przewlekłych powikłań: retinopatii (uszkodzenie siatkówki oka), nefropatii (choroba nerek), zawału mięśnia sercowego. Intensywne obniżanie poziomu glukozy niesie z sobą jednak wiele problemów, jak np. wzrost ryzyka niedocukrzeń. A w leczeniu chodzi o to, żeby to ryzyko minimalizować. Pacjenci boją się niedocukrzeń, bo hipoglikemia pogarsza jakość ich życia, obniża funkcje poznawcze, prowadzi do wypadków, urazów. Często także do zgonów. – Chcielibyśmy dysponować takimi preparatami, które nie tylko obniżą poziom glukozy, ale też pomogą znormalizować masę ciała i nie będą stwarzać ryzyka niedocukrzeń. I to wymaga coraz doskonalszych narzędzi terapeutycznych, takich jak leki inkretynowe – dodaje prof. Małecki. ■

© WSZELKIE PRAWA ZASTRZEŻONE

PARTNERZY RAPORTU



ZDJĘCIA:

Nowoczesne leczenie cukrzycy

Polska jest jedynym krajem Europy, w którym nie są refundowane leki inkretynowe, a podstawą leczenia chorych na cukrzycę typu 2 są – inaczej niż w innych krajach – nadal insuliny ludzkie. O najważniejszych problemach polskiej diabetologii i światowych odkryciach dyskutowali najwybitniejsi polscy diabetolodzy, przedstawiciele organizacji pacjentów i edukatorzy diabetologiczni.

AUTOR AUTOROWSKI



PROF. MACIEJ MAŁECKI, PREZES POLSKIEGO TOWARZYSTWA DIABETOLOGICZNEGO:

Brak preparatów inkretynowych na listach refundacyjnych

uważam za dyskryminujący polskich pacjentów.

W tym roku obchodzimy dziesiątą rocznicę wprowadzenia na świat pierwszy leku inkretynowego. Od tego czasu pojawiła się cała grupa tych nowoczesnych leków na cukrzycę. A my w Polsce ciągle stoimy w tym samym miejscu. Jesteśmy jedynym krajem w Unii Europejskiej, gdzie inkretyny nie są refundowane. Tymczasem mają one wszystkie cechy optymalnych leków na cukrzycę, w leczeniu której chodzi nie tylko o obniżanie poziomu glukozy, bo to nie wystarczy. Chodzi też o normalizowanie się masy ciała. A inkretyny właśnie tę masę ciała obniżają – w przeciwieństwie do wielu tradycyjnych leków stosowanych w diabetologii. Inkretyny nie są w Polsce refundowane. Ten, kto chce się nimi leczyć, musi wydać na nie kilkadziesiąt złotych miesięcznie.

W moim przekonaniu nadszedł czas na zmiany w diabetologii, na stworzenie narodowego programu walki z cukrzycą i ogólnokrajowych rejestrów diabetologicznych, na edukację środowiska diabetologicznego i pacjentów. Także na dostęp do nowych

terapii. To, że nowoczesne preparaty – inkretyny i inhibitory SGLT-2 – nie są do tej pory obecne na listach refundacyjnych, wynika z tego, że w Polsce, licząc koszty, patrzy się bardzo krótkoterminowo. Widzi się jedynie doraźny efekt dla budżetu – obejmujący najbliższy rok czy dwa lata. Nie należy się obawiać ani demonizować kosztów wprowadzenia ich do refundacji, bo istnieje wiele mechanizmów ograniczających ich finansowanie przez państwo jedynie do pacjentów, którzy najbardziej tych leków potrzebują.

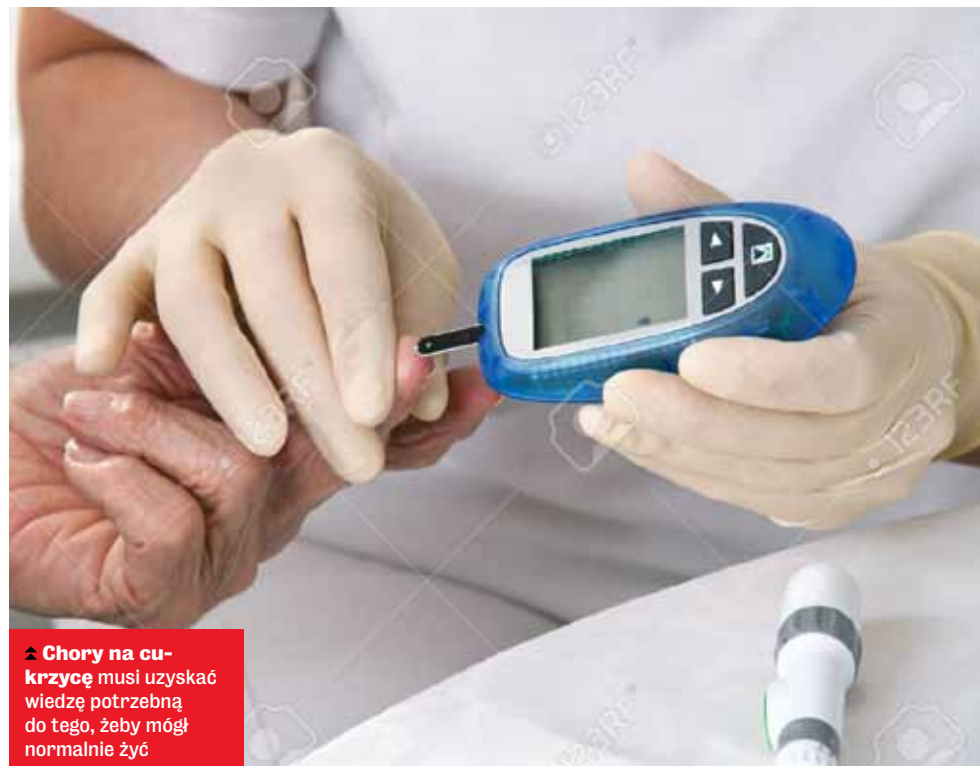


PROF. GRZEGORZ DZIDA, KATEDRA I KLINIKA CHORÓB WEWNĘTRZNYCH UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W LUBLINIE:

Jeśli chodzi

o insulinoterapię, to w Polsce nadal jeżdżymy polonezem...

Pierwsze insuliny ludzkie zaczęliśmy podawać na początku lat 90. I to one są nadal podstawą leczenia chorych na cukrzycę typu 2 w Polsce, podczas gdy inne kraje dokonały kroku milowego w terapii cukrzyca. W XXI w. światowym standardem leczenia są nowoczesne analogi insuliny długodziałającej. W porównaniu z insuliną ludzką NPH mają tę przewagę, że ich działanie jest przewidywalne – działają przez 24 godziny na dobę tak samo



▲ Chory na cukrzycę musi uzyskać wiedzę potrzebną do tego, żeby mógł normalnie żyć

u każdego pacjenta i są gotowe od razu do podania (insulinę ludzką trzeba wymieszać, a to nieco trwa). Podanie na noc insuliny długodziałającej – glarginy – sprawia, że pacjent budzi się rano z odpowiednio niskim cukrem, a w nocy nie grozi mu niedocukrzenie. Taka insulina pozwala choremu samodzielnie dostosowywać odpowiednią dawkę (w zależności od tego, jaki ma rano na czczo poziom cukru) według prostego schematu. Dzięki niej pacjent może kontrolować wagę, nie tyć, jest zadowolony z życia, a przede wszystkim leczenie glarginą jest bezpieczne w długim, wieloletnim okresie stosowania. Insulinę włączamy zwykle po siedmiu latach leczenia, kiedy wyczerpią się inne dostępne metody terapeutyczne. Ubiegły rok przyniósł olbrzymie zmiany, jeśli chodzi o analogi insuliny długodziałające. Zostaliśmy zasypani nowymi preparatami. Wszystkie one są dopuszczone do obrotu. Ich ważną zaletą jest to, że pozwalają żyć komfortowo, bez ryzyka niedocukrzeń, bo tego pacjent obawia się najbardziej. Długodziałające insuliny nie szkodzą też na układ krążenia.

W listopadzie 2012 r. wprowadzono 30-procentową refundację insuliny długodziałającej, ale jej koszt nadal jest wysoki dla pacjenta. Dla wąskich wskazań refundacyjnych wydatek miesięczny dla pacjenta wynosi około 60 zł. Dla pozostałych, którzy nie spełniają kryteriów refundacyjnych, koszt miesięczny przekracza 200 zł. Za insuliny ludzkie odpłatność dla pacjenta jest ryczałtowa.

ZDJEŃCIE



PROF. LESZEK CZUPRYNIAK Z WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO

We wrześniu ubiegłego roku na corocznym zjeździe naukowym

w Sztokholmie poznaliśmy sensacyjne, przełomowe wyniki badania EMPA-REG.

Wszystkim mowę odebrało! Okazało się, że u chorych na cukrzycę, którzy dostawali jeden z najnowszych leków z grupy flozyn – empagliflozynę, zgony z powodu powikłań sercowo-naczyniowych były niższe aż o 38 proc. Ta poprawa śmiertelności jest widoczna już w pierwszych miesiącach przyjmowania tego leku, a więc nie ma to związku z hamowaniem miażdżycy, która toczy się przez miesiące i lata. To nie stan naczyń u chorych się poprawił. To te leki robią coś takiego, że ludzie przestają umierać z przyczyn sercowo-naczyniowych. Na razie nauka nie wie do końca, jak to wytłumaczyć. Jeszcze ciekawsze jest to, że o jedną trzecią spadła także śmiertelność całkowita.

Te leki nie są w Polsce refundowane. Na to pewnie będzie trzeba poczekać, aż wyniki badania EMPA-REG zostaną potwierdzone w jeszcze jednym badaniu z inną flozyną. W Polsce mamy trzy leki z tej grupy – wspomnianą empagliflozynę, dapagliflozynę i kanagliflozynę, producenci każdego z nich prowadzą badanie oceniające

ich wpływ na śmiertelność. Jeżeli drugie badanie potwierdzi wyniki pierwszego, to będziemy je rekomendować i przepisywać, bo jak można odmówić pacjentowi choremu na cukrzycę po zawale leku, który zmniejsza ryzyko zgonu z powodu zawału o jedną trzecią w ciągu czterech lat? Wszyscy czekają na jeszcze jedno potwierdzenie.



ALICJA SZEWCZYK, PIELĘGNIARKA DIABETOLOGICZNA, PRZEWODNICZĄCA POLSKIEJ FEDERACJI EDUKACJI W DIABETOLOGII (32 LATA PRACY

W ZAWODZIE, W TYM 20 LAT W DIABETOLOGII)

Pielęgniarka w XXI w. jest pielęgniarką odważną, wrażliwą, pewną swojej wiedzy, pacjentowi zaś powinna poświęcać tyle czasu, ile potrzeba do skutecznej edukacji i interwencji.

Ciągłość i dostępność opieki i edukacji to czynniki poprawiające współpracę między personelem medycznym a chorymi. Pacjenci oczekują, że edukacja będzie procesem ciągłym, znajdującym zastosowanie w praktyce. Tym samym oczekują od personelu dobrych umiejętności medycznych, ponieważ potrzebują wsparcia. Sprawą kluczową jest więc dostępność świadczeń zespołu terapeutycznego.

Przewlekły i postępujący charakter cukrzyca wymaga kompleksowej opieki medycznej sprawowanej przez zespół terapeutyczny, składający się z doświadczonego lekarza, pielęgniarki/położnej podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki diabetologicznej/edukatora ds. diabetologii, dietetyka, psychologa, pracujących w specjalistycznej opiece medycznej. Ci profesjonaliści wspólnie ze specjalistą diabetologiem sprawują opiekę nad chorym z cukrzycą i odpowiadają za jej całokształt. Edukacja w diabetologii jest elementem terapii, toteż znacznie wykracza poza podstawową edukację zdrowotną i wymaga wysokich kwalifikacji i uprawnień.

Z inicjatywy naszego stowarzyszenia powstał raport: „Edukacja cukrzyca – brakujące ogniwo do osiągnięcia sukcesu”, pierwszy raport, który pokazuje, jak wygląda dostęp do edukacji w Polsce. Jakie były jego kluczowe wnioski? W mniej więcej 50 proc. przypadków pielęgniarka jest tą osobą, która podejmuje wstępną edukację i ją kontynu-

uje. 70 proc. spośród 1390 ankietowanych pielęgniarek odpowiedziało, że w Polsce brakuje edukatorów diabetologicznych. 51 proc. szkoleń pacjentów jest ograniczona do zaledwie 15-minutowego spotkania. Główne bariery słabego upowszechnienia edukacji diabetologicznej w Polsce to brak świadczeń z zakresu edukacji terapeutycznej w cukrzycy, odrębnie kontraktowanych przez NFZ, oraz ograniczony dostęp do specjalistów edukatorów, obowiązkowo zatrudnianych w placówkach medycznych określonego typu.

ELŻBIETA GNAŚ, PREZES MAZOWIECKIEGO ODDZIAŁU POLSKIEGO STOWARZYSZENIA DIABETYKÓW:



Pacjent diabetologiczny potrzebuje przeszkolenia – co jeść i w jakich ilościach, bo tego trzeba i można się nauczyć.

Źle się stało, że w przychodniach nie ma już pielęgniarek diabetologicznych. Jako stowarzyszenie współpracujemy z kierownikami POZ oraz z gabinetami diabetologicznymi. Dzięki tym kontaktom pacjenci mają możliwość dotarcia do nas po poradę. Chory na cukrzycę musi uzyskać wiedzę potrzebną do tego, żeby mógł normalnie żyć i by jego życie było zbliżone do życia osoby bez cukrzyca. Choruję na cukrzycę już 50 lat (zachorowałam jako nastolatka) i często powtarzam pacjentom: „Chciałabym, żeby choroba nie przeszkadzała wam w realizacji waszych planów, tak jak nie przeszkadza mnie”.

STANISŁAW MAĆKOWIAK, PREZES FEDERACJI PACJENTÓW POLSKICH



Potrzebujemy edukacji pacjentów, dobrej organizacji tej edukacji i systemowych rozwiązań w tym zakresie.

Odpowiednie nakłady na kompleksowe leczenie chorych na cukrzycę to nie jest koszt, tylko inwestycja. Tego się nie da zobaczyć dzisiaj, ale zaowocuje w najbliższych dekadach. ■

Wydać więcej, by zaoszczędzić

Jeden z najnowszych leków na cukrzycę zmniejsza ryzyko zgonu na zawał serca i inne powikłania sercowo-naczyniowe o 38 proc. To sensacja – mówi prof. Leszek Czupryniak z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Rozmawiała AGNIESZKA FEDORCZYK

Dlaczego w Polsce wciąż nie są refundowane leki inkretynowe – nowoczesne leki na cukrzycę, które na świecie są standardem?

Nam, diabetologom leczącym dorosłych, mówiono nieustannie, że pieniędzy nie ma, ale to mydlenie oczu. Bo jak jest decyzja polityczna, to pieniądze się znajdują. Postrzeżenie dorosłego pacjenta z cukrzycą typu 2 jest takie: jadł za dużo, więc za karę jest gruby i ma cukrzycę. Niech zacznie się ruszać i przejdzie na dietę. Owszem, profilaktyka jest dobra, żeby zapobiegać cukrzycy. Ale jak choroba już się pojawi, to samą dietą i stylem życia jej nie wyleczymy. Konieczne są leki.

Mamy w Polsce około 3 mln chorych na cukrzycę typu 2. Ilu pacjentów potrzebowałoby od razu tych leków?

Kilkadziesiąt tysięcy. W ostatnich dwóch latach doustne leki inkretynowe uzyskały drugą pozycję, jeśli chodzi o częstość stosowania w Niemczech, Skandynawii, u naszych południowych sąsiadów. W Finlandii dzięki tym lekom zmniejszyła się częstość hospitalizacji z powodu niedocukrzeń. Inkretyny to bezdyskusyjnie standard leczenia, który się opłaca, i potwierdzają to wszystkie analizy ekonomiczne. Liczymy na to, że nowa ekipa coś zrobi dla polskich pacjentów.

O co przede wszystkim chodzi w leczeniu chorego na cukrzycę?

Szukając nowych leków na cukrzycę, patrzmy na bieżące korzyści: żeby chory nie tył na lekach, czuł się dobrze i nie miał niedocukrzeń. To w tej chwili jest standard leczenia. Ale długofalowo chcemy leczyć chorych tak, żeby nie tylko czuli się dobrze, ale za 10, 20, 30 lat nie umierali wcześniej z powodu przewlekłych chorób będących

konsekwencją cukrzycy. Żeby ich jakość życia była odpowiednia do wieku i nie różniła się od jakości życia osób bez cukrzycy. **Jakich powikłań diabetolog obawia się najbardziej u swojego pacjenta?**

Powikłań ze strony układu sercowo-naczyniowego. Pierwsze fundamentalne badanie dotyczące leków na cukrzycę (to było badanie brytyjskie z lat 70.) analizowało wpływ różnych metod leczenia cukrzycy – insuliną, metforminą, pochodnymi sulfonylomocznika – na możliwość pojawienia się powikłań naczyniowych. Średni czas obserwacji pacjenta wynosił dziesięć lat. Porównywano też stosowanie metod konwencjonalnych, jak leczenie dietetyczne i wysiłkiem fizycznym, z podawaniem leków. Różnica była mniejsza, niż zakładano, bo w perspektywie dziesięciu lat leczenia uzyskano zaledwie 16 proc. mniej zawałów w grupie na lekach niż w grupie leczonej

► **Prof. Leszek Czupryniak** jest diabetologiem, był prezesem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego



dietą. Od tamtej pory nie wiedzieliśmy, czy leki na cukrzycę zmniejszają ryzyko zawałów. Potem mieliśmy pecha, bo pojawiły się leki na cukrzycę, które podejrzewano, że zwiększają ryzyko zawałów serca. W związku z tym amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) zażądała, żeby robić badania bezpieczeństwa leków na cukrzycę pod kątem kardiologicznym. To zmieniło całkowicie sposób badania nowych leków. Każda firma, która wchodzi z nowym lekiem, musi zrobić badanie pod kątem bezpieczeństwa kardiologicznego. Średni czas badania to kilka lat. Bierze w nich obecnie udział około 120 tys. chorych na cukrzycę na całym świecie.

I co z tych badań wynika?

Bezpieczeństwo różnych grup nowych leków zostało potwierdzone nie tylko pod kątem kardiologicznym, ale też ogólnie. Na przykład okazało się, że dzięki stosowaniu jednego z doustnych leków inkretynowych przez cztery lata o 30 proc. mniej chorych przechodzi na leczenie insuliną. Z kolei jesienią ubiegłego roku poznaliśmy wyniki badania EMPA-REG. U chorych na cukrzycę, którzy dostawali lek z grupy flozyn – empagliflozynę, zgony z powodu powikłań sercowo-naczyniowych były niższe aż o 38 proc. Te leki powodują coś takiego, że ludzie przestają umierać z przyczyn sercowo-naczyniowych. Są to naprawdę przełomowe wyniki badań i ekscytujące odkrycie! Wszyscy czekają na jeszcze jedno potwierdzenie wyników.

Jak pan ocenia szanse na refundację?

Po pierwszych rozmowach z aktualną ekipą rządzącą widzę, że możemy liczyć na dialog merytoryczny, czego wcześniej nie było. Jestem dobrej myśli, że coś uzyskamy w tym roku. I że twarz polskiej diabetologii na tle innych krajów UE przestanie być taka zawstydzająca jak do tej pory.

Czy te najnowsze leki mają jakieś wady?

Przez lata byliśmy przyzwyczajeni, że podstawowy cel leczenia to brak cukru w moczu. A te leki robią dokładnie na odwrót: wywołują cukromocz. Dlatego ważny jest element edukacyjny. Chorego trzeba uprzedzić, że dzięki pozbyciu się cukru z organizmu z moczem obniża się cukier we krwi. Druga wada jest taka, że 10 proc. pacjentów ma zakażenia grzybicze narządów płciowych. Po stronie korzyści mamy brak niedocukrzeń, utratę nadmiaru kilogramów i aż o 40 proc. zmniejszone ryzyko zgonu z powodu zawału. ■



**Dla bardzo suchej skóry,
ODPOWIEDNI DLA DIABETYKÓW**



**Już po 1. aplikacji
przywraca komfort**

- DŁUGOTRWALE NAWILŻA
- ODŻYWIA SKÓRĘ
- WZMACNIA ODPORNOŚĆ SKÓRY NA PODRAŻNIENIA

**Opracowane we współpracy z diabetologami i dermatologami.
Dostępne tylko w aptece.**

PL.EMO.1.6.02.12