

INTERNA MEDICINA

Individualni pristup bolesniku s dijabetesom

Jedno od niza istaknutih predavanja na ovogodišnjem, 7. po redu Hrvatskom internističkom kongresu s međunarodnim sudjelovanjem, održanom u Opatiji od 27. do 30. rujna 2012. godine, pod nazivom „Ciljevi kontrole dijabetesa: što su i kako ih odrediti“, održala je profesorica Ivana Pavlič-Renar, internistica, endokrinologinja i dijabetologinja iz Zavoda za endokrinologiju Klinike za unutarnje bolesti KBC-a Zagreb. Tom je prilikom prof. Pavlič-Renar za „Medix“ rekla više o aktualnim algoritmima za liječenje dijabetesa te važnosti integrativnog i strukturiranog interdisciplinarnog pristupa toj bolesti.

S doc. dr. sc. Ivanom Pavlič-Renar razgovarala Lea Rukavina Kralj, dr. med.

MEDIX: Profesorice Pavlič-Renar, postoje li novosti u liječenju dijabetesa tipa 2?

PROF. PAVLIĆ-RENAR: Ne baš dnevno, ali godišnje stalno dolaze novi lijekovi. Isto tako se svake godine ponovno potvrđuje da je temeljna terapija koja uključuje pravilnu prehranu i vježbanje ključni element u kontroli bolesti. Postojeći lijekovi dobro djeluju samo ako se bolesnik pridržava tih osnovnih pravila. S jedne strane postoji stalni pritok novih lijekova, a s druge sve više dokaza kako su temeljni principi liječenja šećerne bolesti od presudne važnosti.

MEDIX: Postoji li fiksna kombinacija antihipertenziva i antidijabetika?

PROF. PAVLIĆ-RENAR: Ne postoji. Za sada jedino postoje fiksne kombinacije različitih antihipertenziva i antidijabetika.

MEDIX: Koliko je antidijabetika registrirano u Hrvatskoj?

PROF. PAVLIĆ-RENAR: U Hrvatskoj je registrirano sve što je i u svijetu u širokoj upotrebi. Od klasičnih metformina i sulfonilureje, do modernijih lijekova sličnih sulfonilureji poput repaglinida, glitazona i lijekova temeljenih na inkretinskom efektu. Registriran je jedan mimetik inkretina – eksenatid – te nekoliko gliptina – lijekova koji smanjuju aktivnost enzima koji razlaže endogeni GLP-1 (*glucagon-like peptide-1*), a popularno se zovu inkretinski pojačivači jer pojačavaju njihov fiziološki efekt.

MEDIX: Primjenjuju li se kao monoterapija ili se navedene sku-



U liječenju šećerne bolesti važna je potpuna individualizacija, pri čemu je naglasak na bolesniku, a ne na bolesti, ističe prof. Ivana Pavlič-Renar iz KBC-a Zagreb

pine lijekova mogu kombinirati?

PROF. PAVLIĆ-RENAR: Svi ti lijekovi, što se fiziologije tiče, mogu biti uvedeni kao početna terapija, ali će u praksi to ovisiti o lokalnim registracijama. Kod šećerne bolesti tipa 2 oni se gotovo uvijek primjenjuju u kombinaciji. Po svim smjernicama, metformin je prvi lijek izbora i jedino ako netko ne podnosi ili ne smije uzimati metformin, može biti zamijenjen drugim lijekom u prvoj liniji liječenja. Kod vrlo malo pacijenata bolest može biti regulirana samo jednim lijekom, pa su kombinacije uobičajene. Većina tih lijekova se da pače može kombinirati i s inzulinom.

Važno je napomenuti da se kod šećerne bolesti tipa 2 o inzulinu obično razmišlja kao o zadnjem izboru, kada su već potrošene beta-stanice gušterače. Međutim, nije uvijek tako. Ponekad, kada više nema endogene rezerve, inzulin je zaista potrebn

nadomjestak, ali ga u većini slučajeva treba primjenjivati privremeno i povremeno. Primjerice u akutnom pogoršanju bolesti, ili ako hiperglikemiju želimo prekinuti u početku. S inzulinom isto treba biti fleksibilan. Jednom kada se pacijentu uvede inzulin, treba znati zašto je uveden, a kada više nije potreban, znati ga i ukinuti.

MEDIX: Kojom dozom inzulina treba krenuti ako se radi o prvoj ili privremenoj upotrebi?

PROF. PAVLIĆ-RENAR: Početna doza ne ovisi o visini šećera u bolesnika. Prosječna potreba za inzulinom je oko 0,5 j/kg u danu. U bolničkih pacijenata i osoba koje su ugrožene uvodi se tzv. bazal-bolus liječenje – daje se inzulin uza svaki obrok i nešto inzulina za bazalne potrebe, ili se uvodi inzulin u infuziji s promjenjivom brzinom. Početne doze potkožno davanog inzulina su obično 0,2-0,4 j/kg/dan, a početna doza u infuziji 0,1-0,15 j/kg/sat u bolesnika s visokom glikemijom.

U onih pak bolesnika u kojih se inzulin počinje uvoditi ambulantno, jer drugim lijekovima nije postignuta zadovoljavajuća regulacija, postoje tri jednako vrijedne sheme; može se početi samo bazalnim inzulinom, samo bolusima i može se početi mješavinom. Zna se da će u većine pacijenata, u sljedeću godinu do dvije, terapiju trebati eskalirati. Znači, ako se počelo bazalnim, trebat će dodati bolus, ako se počelo bolusom, trebat će dodati bazalni inzulin, ako se počelo predmiješanim, trebat će prekinuti terapiju i ići na bazal-bolus, ili dodati bolus uz treći obrok.

MEDIX: Spomenuli ste da su kombinacije peroralnih antidijabetika vrlo česte. Koje su najuobičajenije?

PROF. PAVLIĆ-RENAR: U praksi je najčešća kombinacija kojom mi, endokrinolozi nismo sretni jer se čini da se previše upotrebljava sulfonilureja u kombinaciji s metforminom. Teoretski prednost imaju gliptini, koji djeluju na pojačanje endogenoga inkretinskog efekta, ali su puno skuplji od sulfonilureje.

MEDIX: U liječenje dijabetesa se sve više aktivno uključuju i liječnici obiteljske medicine. Kakvo je vaše mišljenje o tome?

PROF. PAVLIĆ-RENAR: Srećom je tako. Malo predugo su bili neaktivni po tom pitanju. U čitavom se svijetu smatra da 70% problema vezanih uz dijabetes mogu riješiti liječnici obiteljske medicine. Osim što najbolje poznaju pacijenta i njegove navike, to je doživotna bolest s različitim komorbiditetima i dobro je da bude pod kontinuiranim nadzorom pa je iznimno važna uloga obiteljskog liječnika.

Dijabetološka služba bi trebala imati konzultantsku ulogu i biti na raspolaganju obiteljskom liječniku i bolesniku u slučaju komplikacija s kojima obiteljski liječnik nema iskustva ili treba savjet za optimalno liječenje bolesnika. Manji dio bolesnika, oni s tipom 1 šećerne bolesti, kojima je potreban nadomjestak inzulina, trebat će, naravno, više specijalizirane dijabetološke skrbi.

Do sada su liječnici obiteljske medicine bolesnike s dijabetesom uglavnom upućivali dijabetologu, ali ponekad ne dovoljno konzistentno, pa se događalo da pacijenti u konačnici nisu dobro liječeni. Sada se međutim kolege u obiteljskoj medicini i sami aktivnije postavljaju, a kada šalju bolesnike, šalju ih s određenim razlogom. Ukratko, suradnja je sve bolja i radimo na njoj i dalje.

MEDIX: U suradnji s kolegicom Marijom Vrca Botica iz obiteljske medicine nedavno ste objavili knjigu o pravilnom pristupu šećernoj bolesti.

PROF. PAVLIĆ-RENAR: Sve je krenulo od tečajeva za edukaciju kolega iz obiteljske medicine i drugih zainteresiranih o pravilnom integriranom pristupu dijabetesu. Na temelju tečajeva smo kolegica Vrca Botica, docentica na katedri obiteljske me-

dicine, i ja s dvadesetak suradnika napisale knjigu „Šećerna bolest u odraslih“ u izdanju Školske knjige, koja će biti korisna svim kolegama koji žele znati više o toj problematici.

Knjiga daje pregled epidemiološke situacije, definicije i klasifikacije šećerne bolesti, kao i njezino otkrivanje, praćenje i liječenje, a posebna pozornost posvećena je otkrivanju i liječenju poremećaja šećera u krvi u specifičnih skupina: trudnica, starijih osoba, hospitaliziranih bolesnika i bolesnika u jedinicama intenzivne njege, kao i osoba koje osim šećerne bolesti imaju i drugih zdravstvenih tegoba.

MEDIX: Koje su ciljne vrijednosti šećera u krvi u pojedinim dobnim skupinama?

PROF. PAVLIĆ-RENAR: Što je čovjek mlađi, što kraće ima dijabetes i što ima manje pratećih bolesti, to se rigoroznije treba postaviti u kontroli bolesti. U takvih su bolesnika ciljne vrijednosti kao i u zdravih osoba – normoglikemija, normolipidemija i normalni krvni tlak, naravno uz temeljne mjere liječenja i nakon toga racionalno biranu i po potrebi eskaliranu terapiju.

Kod starih bolesnika, naročito onih s brojnim komorbiditetima, kao i kod ljudi koji imaju neku terminalnu bolest, ciljevi kontrole su puno labaviji – cilj je da hiperglikemija ne bude ugrožavajuća. To znači sljedeće: treba paziti da bolesnik ne ode u hiperosmolarni sindrom te ne razvije akutne komplikacije i time dodatno kompromitira stanje dekompenziranog dijabetesa. Može se tolerirati glikemija i 10-12 mmol/L.

MEDIX: Jesu li se u posljednje vrijeme mijenjali kriteriji za normalnu glikemiju?

PROF. PAVLIĆ-RENAR: Različita stručna društva daju različite preporuke. Fiziološki, u osoba koje nemaju šećernu bolest i imaju normalnu toleranciju glukoze, glukoza praktički nikad ne prelazi 8 mmol/L. Prevedeno bi to moglo značiti 6, ne više od 7 mmol/L natašte, nikako više od 10 mmol/L postprandijalno. Vrlo važna mjera je HbA1c, pri čemu je manje od 6,5% idealna glukoregulacija, dok oko 7% nije loše. Kod starijih i jako bolesnih može se tolerirati i 7,5-8%.

MEDIX: Koliko bi često u bolesnika trebalo provjeravati navedene parametre?

PROF. PAVLIĆ-RENAR: To je vrlo individualno. Hemoglobin se mijenja svaka tri mjeseca, pa je za striktnu kontrolu potrebno određivati njegovu vrijednost četiri puta godišnje.

MEDIX: Ima li novih spoznaja na području genetike dijabetesa?

PROF. PAVLIĆ-RENAR: Na tom se polju jako puno radi i primjenjuju se razne metodologije genskih ispitivanja. To je iznimno zanimljivo područje, ali još nema spoznaja koje bi kliničarima bile korisne za liječenje bolesti.

Što se nasljeđivanja bolesti tiče, za tip 1 bolesti čak postoje markeri koji mogu ukazati na visok rizik razvoja bolesti, ali se po tom pitanju ne može napraviti ništa preventivno. Činjenica da netko u bliskoj obitelji – roditelji, braća ili sestre – ima šećernu bolest tipa 1, znači da ima i nešto veći rizik razvoja te bolesti.

S druge strane, tek svaki deseti bolesnik s dijabetesom tipa 1 zna da ima nekoga bliskog s dijabetesom. Sklonost dakle postoji, ali penetracija je relativno niska, a prevencije nema. Zbog toga nema razloga za testiranje djece, iako testovi koji mogu izračunati nešto veći rizik postoje.

Kod šećerne bolesti tipa 2 važna je obiteljska anamneza. Ako svi djedovi i bake neke osobe imaju dijabetes, ta se osoba valja čuvati jer je taj oblik šećerne bolesti preventabilan. Ako će osoba živjeti istim načinom kao oboljeli članovi obitelji, velika je vjerojatnost da će i ona oboljeti. No ako će živjeti zdravo, uz puno fizičke aktivnosti, izbjeći će bolest, ili je dobiti već u podmakloj životnoj dobi.

MEDIX: Ima li još nešto važno što biste htjeli napomenuti?

PROF. PAVLIĆ-RENAR: Skrb o dijabetesu nije samo skrb o razini šećera u krvi. U liječenju dijabetesa se zapravo borimo protiv vaskularne bolesti jer je upravo ona krajnja posljedica bolesti. Bitno je da svi savjeti o načinu života bolesnika s dijabetesom zapravo vrijede i kod zdravih bolesnika ako žele očuvati kardiovaskularno zdravlje. To uključuje zdravu prehranu, nepušenje i fizičku aktivnost.