

Cukrzyca, czyli co każdy z nas powinien wiedzieć
– wywiad z prof. Leszkiem Czupryniakiem, Kierownikiem Katedry i Kliniki Gastroenterologii
i Chorób Przemiany Materii szpitala przy ul. Banacha w Warszawie

Cukrzyca to choroba cywilizacyjna. W Polsce boryka się z nią blisko 2 mln Polaków. Ponad połowa chorych nie wie, że jest chora, nie leczy cukrzycy, co może niestety może skutkować groźnymi powikłaniami. Na jakie objawy zwracać uwagę, jak radzić sobie z chorobą i jakie możliwości leczenia mają Pacjenci w Polsce – na te i inne pytania odpowiada prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Katedry i Kliniki Gastroenterologii i Chorób Przemiany Materii szpitala przy ul. Banacha w Warszawie.

1. Panie Profesorze, jakie objawy mogą świadczyć o początkach cukrzycy?

Objawy początków cukrzycy są dosyć jednoznaczne i proste, ale mało swoiste. Typowym objawem jest rosnące uczucie pragnienia, które pojawia się ponieważ chory się odwadnia, gdyż oddaje często i dużo moczu. Podwyższona ilość cukru we krwi przechodzi do moczu, nerki starają się rozcieńczyć mocz, w związku z tym pacjent oddaje jego duże ilości, a w efekcie odwadnia się i chce mu się pić. Kolejnym przejawem jest chudnięcie. Dzieje się tak, ponieważ organizm nie może zużyć glukozy, wtedy następuje spalanie tłuszczu i chory traci na wadze, ale nie jest to korzystny objaw, bo redukcja masy ciała jest spowodowana chorobą. Potem dołącza się senność, ospałość, łatwe męczenie się itd. Jeżeli chory w dalszym ciągu ignoruje te objawy i pozwala, aby poziom cukru w jego krwi stale rósł to pojawiają się m.in. zakażenia dróg moczowych czy zakażenia skórne, a wreszcie także zaburzenia widzenia czy np. bóle kończyn dolnych.

2. Jakie powikłania występują w związku z cukrzycą?

Duża ilość glukozy we krwi uszkadza naczynia krwionośne w całym organizmie, ale najwyraźniej objawy niedokrwienia narządów manifestują się w sercu, mózgu, nerkach, oczach i nerwach obwodowych, czyli tak naprawdę cały organizm człowieka jest uszkadzany. Uszkodzenia te polegają na zaburzeniach ukrwienia narządów, klinicznie przekłada to się na większą częstotliwość zawałów serca, udarów mózgu, niedokrwienia kończyn dolnych oraz szeroko pojętych problemów ze wzrokiem, łącznie ze ślepotą. Do powikłań cukrzycy należy także zaliczyć niewydolność nerek.

3. Czym się różni cukrzyca typu 1 od cukrzycy typu 2?

Jeśli chodzi o mechanizm ich powstawania to są to zupełnie różne choroby. W cukrzycy typu 1 dochodzi do zniszczenia, przez organizm pacjenta, komórek, które produkują insulinę, organizm rozpoznaje je jako obce komórki i niszczy. Dlaczego tak się dzieje – nie wiadomo. Funkcji insuliny nie zastąpi żaden inny hormon. Tylko insulina działa jak klucz „otwierający” nasze komórki dla glukozy tzn. powoduje ona, że glukoza może wejść do komórek i być spalona. Jeśli dojdzie do tego, że organizm zniszczy 90% komórek odpowiedzialnych za produkcję insuliny, wtedy pojawiają się z dużą dynamiką objawy, o których wspominałem. Dosyć szybko one narastają – chory chudnie 10 kg np. w miesiąc, ponieważ nie mogąc spalić glukozy spala tłuszcz. Także intensywnie się odwania.

W cukrzycy typu 2 podstawowy objaw jest ten sam – wysoki poziom glukozy we krwi, natomiast jest inny mechanizm jego powstawania. Podwyższony cukier nie bierze się z tego, że organizm sam niszczy w trzustce komórki, które produkują insulinę. Cukrzyca typu 2 występuje najczęściej u osób z nadwagą, bądź otyłych, wówczas komórki są obciążone tłuszczem, nie chcą już „zjadać” więcej glukozy, ponieważ mają już w sobie dużo tłuszczu i organizm zaczyna się bronić przed glukozą i nie

reaguje na działanie insuliny. W konsekwencji rośnie poziom cukru we krwi. W związku z tym najlepszą metodą na leczenie cukrzycy, zwłaszcza na początku, jest redukcja masy ciała pacjenta. Gdy pacjent schudnie komórki znowu zaczynają wchłaniać glukozę i poziom cukru się wyrównuje. Biorąc pod uwagę mechanizm – są to dwie zupełnie różne choroby, ale prowadzą to tego samego objawu – przewlekłego podwyższenia poziomu cukru we krwi.

4. Jakich lekarzy chory powinien regularnie odwiedzać?

Diabetologia to interna dla chorych na cukrzycę. Jako diabetolodzy nie czujemy się tylko lekarzami od cukru, ale patrzymy na pacjenta w ten sposób, że jest to chory u którego, prędzej czy później dojdzie w większym lub mniejszym stopniu do uszkodzenia naczyń krwionośnych. Zależy nam na tym, aby stało się to jak najpóźniej i w jak najmniejszym stopniu. Dlatego chcemy działać na wszystko co uszkadza naczynia krwionośne, czyli zwracamy uwagę na ciśnienie tętnicze, poziom cholesterolu, sprawdzamy czy chory pali. Jest to kompleksowe podejście do zapobiegania powikłaniom, ale potem, gdy już się pojawi jakiś ślad powikłań, czyli jakieś zmiany w nerkach, oczach itd. to chory zaczyna odwiedzać nefrologa, okulistę, kardiologa – jak np. już będzie miał chorobę wieńcową lub przejdzie zawał. Chorzy mają także powikłania w przewodzie pokarmowym – wynikające z neuropatii układu autonomicznego, w tym przypadku cukier uszkadza komórki nerwowe tej części układu nerwowego, która pilnuje żeby układ pokarmowy człowieka działał prawidłowo. Chorzy na cukrzycę dosyć często skarżą się na zaparcia, ponieważ ich jelita mają dużo gorszą perystaltykę, nie dlatego, że mięśnie się nie chcą kurczyć, ale dlatego, że unerwienie tych mięśni jest uszkodzone. Jeśli ktoś ma przewlekłe zaparcia albo ma chorobę refluksową, czyli nie kurczy mu się dobrze żołądek i treść żołądkowa trafia do przełyku, ma zgagę, czasem wymiotuje, to są z kolei pacjenci, którzy chodzą do gastrologa. Osoby z cukrzycą muszą odwiedzać lekarzy wielu różnych specjalności. Do okulisty chodzą regularnie, zalecamy bowiem kontrolowanie wzroku co najmniej co 1-2 lata. Także elementem kompleksowego leczenia jest udział pielęgniarek, które zajmują się edukacją pacjenta. Kluczowym elementem terapii cukrzycy jest także sposób odżywiania oraz styl czy tryb życia, nie tylko leki.

5. Jak wygląda nowoczesne leczenie w cukrzycy w Polsce i na świecie?

W Polsce, co prawda, są dostępne te same leki, co w całej Europie, jednak zupełnie nie są od lat refundowane. Doszliśmy do sytuacji, kiedy to większość leków na przewlekłą chorobę, jaką jest cukrzyca, na którą choruje 3 mln Polaków, nie jest w Polsce refundowana. W związku z tym leczenie jest drogie i w konsekwencji leczymy cukrzycę tak jak 15 czy 20 lat temu. W większości chorzy nie korzystają z postępu medycyny, korzystają tylko Ci, którzy mają na to pieniądze i mogą wydać na leki co najmniej 200-300 zł miesięcznie. Ogólnie nie ma problemów z niedostępnością leków, tylko polityka w systemie ochrony zdrowia jest taka, że nowe leki są nieważne, mało skuteczne i nie warto za nie płacić. Nie chodzi o to, aby wszystkie leki były dla wszystkich za darmo, tylko żeby dla konkretnych grup pacjentów – takich, którzy odniosą największe korzyści z ich stosowania – konkretne leki były choćby częściowo refundowane.

6. Co dla pacjentów diabetologicznych oznaczają zmiany na nowej liście leków refundowanych?

Nowa lista przyniosła dobre wiadomości, ponieważ lista wrześniowa wprowadziła tańszy analog długodziałający, ale to też spowodowało gwałtowne zmniejszenie dopłaty przez państwo do oryginalnych i stosowanych od lat analogów długodziałających, co z kolei oznaczało gwałtowny wzrost ich cen – prawie dwukrotny. Ponieważ ta decyzja zapadła w ostatnich dniach sierpnia to chorzy wrócili z wakacji i nagle okazało się, że ich insuliny kosztowały dwa razy więcej. Już sam fakt, że taka decyzja zapada z dnia na dzień jest oburzająca, chociaż docelowo pojawienie się tańszych i równie skutecznych odpowiedników jest korzystne. Szczęśliwie producenci leków oryginalnych zdołali przekonać swoje centrale do obniżenia cen, i obecnie insuliny, które gwałtownie podrożały od 1.09, od 1.11 wróciły do poprzedniego poziomu cen i my się z tego cieszymy. Jest to korzystne dla chorych, którzy nie muszą więcej płacić za swoje dotychczasowe dobrze działające insuliny. Dodatkowo jest jeszcze tańszy odpowiednik glargine, czyli klasycznego długodziałającego analogu.

7. Jeżeli chodzi o analogi długodziałające – czy mają przewagę nad innymi insulinami?

Mają przewagę nad tradycyjnymi ludzkimi insulinami długodziałającymi, ponieważ dają dużo mniej niedocukrzeń pozwalają uzyskać lepsze wyrównanie cukrzycy bez narażania chorego na ciężkie niedocukrzeń i to jest udowodnione ponad wszelką wątpliwość. W tej chwili cukrzycę typu 1 leczymy w zasadzie tylko analogami, bo tak jest najskuteczniej i najbezpieczniej. Z cukrzycą typu 2 bywa różnie, ale też większość chorych, jeżeli tylko pojawiają się niedocukrzeń na takiej tradycyjnej ludzkiej insulinie, sięgają po analogi długodziałające. One się inaczej wchłaniają, bardziej stabilnie, wolno, nie dają spadków cukru, szczególnie w nocy. Obecnie coraz więcej chorych jest leczona analogami długodziałającymi. Nawet nie chodzi o sam komfort życia, ale mają oni przede wszystkim mniej niedocukrzeń, które np. mogą spowodować konieczność hospitalizacji.

8. Czym różnią się leki oryginalne od biopodobnych?

Cząsteczka jest ta sama. Jak byśmy położyli cząsteczkę glargine jednej i drugiej to by było takie same. Różnica jest taka, że są to skomplikowane cząsteczki do produkcji, inny jest proces produkcyjny, który każda firma sama opracowuje, inne mogą być warunki produkcji, więc jakieś drobne szczegóły na pewno są różne, ponieważ każdy producent swoją drogą dochodzi do wyprodukowania takiej cząsteczki. Insulina to jest białko, które składa się z ponad pięćdziesięciu aminokwasów, a jeden aminokwas jest już skomplikowaną cząsteczką składającą się z atomów węgla, azotu innych pierwiastków. Potem takie ogniwa układają się w cząsteczkę białka i powstaje cząsteczka insuliny. Ten proces jest skomplikowany i precyzyjny, aby jak najlepiej odtworzyć to co robi natura sama z siebie. W teorii leki te nie różnią się niczym, a praktyka pokaże. Badania kliniczne pokazują, że to są równoważne preparaty.

Więcej informacji udziela:

Katarzyna Właś

Katarzyna.wlas@procontent.pl

Tel. 604 774 138