

Rozhovor s As. MUDr. Marcelou Szabó z diabetologického centra Fakultní nemocnice v Motole



As. MUDr. Marcela Szabó
 Diabetologické centrum
 Interní klinika 2. LF UK
 Fakultní nemocnice v Motole

Diabetologie prožívá výrazné „dospívání“. Od prvotního snižování hyperglykemie se v klinických studiích dostáváme přes kardiovaskulární parametry až k parametru „nejvyššímu“ – mortalitě. Je možno stručně shrnout výsledky současných největších studií?

V letošním roce byly zveřejněny výsledky dvou zatím největších studií v historii diabetologie, pokud se týká počtu pacientů. Do obou byli zařazeni výhradně diabetici 2. typu. Studie ADVANCE (11 140 zařazených pacientů) prokázala význam komplexní léčby diabetes mellitus pro redukci rizika výskytu komplikací diabetu – léčby hypertenze zejména pro snížení rizika makrovaskulárních komplikací a léčby hyperglykemie pro snížení výskytu rizika zejména mikrovaskulárních komplikací. Incidence celkové mortality byla signifikantně nižší při intenzivní léčbě krevního tlaku a nesignifikantně nižší při intenzivní léčbě hyperglykemie ve srovnání se skupinami léčenými standardně. Studie ACCORD (10 251 zařazených pacientů) byla etickou komisí předčasně zastavena pro pozorovanou vyšší celkovou mortalitu ve skupině s intenzivním snižováním glykemie ve srovnání s léčbou standardní. Podrobným rozbořením bylo zjištěno, že hypoglykemizující terapie byla pacientům ve studii ACCORD podávána příliš agresivně, snižování glykovaného hemoglobinu bylo dosahováno velmi

rychle vysokými dávkami různě kombinovaných přípravků s minimálním přihlednutím k aktuálním hodnotám glykemie, a zejména k hypoglykemiím. Zatímco poklesu HbA_{1c} o 1% v intenzivně léčené skupině bylo ve studii ADVANCE dosahováno pozvolna po dobu 3 let, ve studii ACCORD došlo v intenzivně léčené skupině k poklesu HbA_{1c} o 1,5% během 4 měsíců.

Výsledky obou studií prokázaly, že cíle léčby diabetu jsou v našem státě vytyčeny správně a není třeba je při současné úrovni poznatků měnit. Je však nutno volit u pacienta vždy individuální léčebné cíle a ze stávajících možných vybírat takovou léčebnou strategii, která je spojena s vysokou účinností a nejnižším rizikem pro pacienta, což v kompenzaci hyperglykemie znamená zejména snížení rizika závažných hypoglykemií.

2) Jaké přínosy poskytuje kombinovaná léčba, např. biguanidy a deriváty sulfonylurey?

Kombinace metforminu s deriváty sulfonylurey představuje kombinaci dvou přípravků s naprosto odlišným mechanismem účinku. Zatímco metformin snižuje především glykemií nalačno snížením glukoneogeneze v játrech, deriváty sulfonylurey snižují zejména postprandiální glykemií urychlením vyplavování inzulínu ze sekrečních granul β-buňky pankreatu. Pomocí této kombinace můžeme u indikovaných pacientů dosáhnout snížení glykemie po celých 24 hodin.

Péče o diabetika je z důvodu chronického charakteru onemocnění velmi nákladná. Ovlivňují současnou diabetologii farmakoekonomické analýzy?

Již řadu let víme, že na léčbu vlastního diabetes mellitus je vynakládáno mnohem méně finančních prostředků než na léčbu jeho chronických komplikací. Rádi bychom tento stav obrátili, ale finance drží v rukou zdravotní pojišťovny, které ne vždy vyslyší naše požadavky, byť jsou farmakoekonomickými analýzami řádně podloženy.

Nedávno vydané standardy diabetologické péče doporučují stanovení mikroalbuminurie jako významný předpovědní faktor. Podařilo se v dostatečné míře zavést toto doporučení do běžné praxe?

Pozitivní mikroalbuminurie je význam-

ným předpovědním faktorem kardiovaskulární mortality u diabetu 2. typu a renálního selhání u diabetu 1. typu. Je to právě stadium mikroalbuminurie, v němž je úroveň kompenzace glykemie a krevního tlaku nejvíce ovlivnitelná progresí diabetické nefropatie. Z těchto důvodů se vyšetřování mikroalbuminurie stalo běžnou součástí vyšetřování diabetiků obou typů.

Jakou úlohu sehrává v péči o diabetického pacienta jeho praktický lékař?

Klinické studie přinášejí stále více důkazů o tom, že osud diabetika ovlivňuje zejména úroveň kompenzace diabetu v prvních letech po jeho zjištění. Zde sehrává hlavní roli praktický lékař, který má možnost u diabetika jeho chorobu co nejčasněji odhalit a zahájit tak jeho léčbu – ať již ve své ambulanci, či v ambulanci diabetologa.

6) Značnou část výsledků pacienta ovlivňuje jeho vlastní přístup. Lze v této oblasti využít tzv. negativní motivace, jak to vidíme v současné době např. u problematiky bezpečnosti na silnicích?

Je skutečně prokázáno, že diabetolog ovlivní zdraví pacienta méně než z 20%. Více než z 80% má svůj osud v rukou sám pacient – lékař mu může pouze ukázat cestu, ale jít po ní musí každý diabetik sám. Pacient je ten, kdo musí dodržovat dietu, pohybový režim, užívat pravidelně farmakoterapii, provádět selfmonitoring, nekouřit... Jelikož povahové rysy pacientů jsou odlišné, je třeba motivovat je zcela individuálně. Jsou i takoví, u nichž může negativní motivace být tou jedinou, která má naději na dodržování alespoň některých opatření. U diabetiků je však stále častěji zjišťována přítomnost depresí, jejichž příčinou je zejména uvědomění si přítomnosti chronické nevléčitelné choroby, jakou diabetes je. U těchto pacientů můžeme tzv. negativní motivací dosáhnout opaku – demotivace, dalšího zhoršení jejich psychického stavu, které se často projeví i oslabením compliance a následně horší kompenzací diabetu. Zde musí lékař postupovat značně obezřetně, s velkou dávkou empatie a individualizace – tady nám žádná guidelines nepomohou.