

Insulinoterapia czy to tylko ostatnia deska ratunku?

Mity i fakty o leczeniu insuliną

„Jak Pan nie weźmie się w garść, Panie Zdzisławie, to dam insulinę!” – tak nierzadko straszy pacjenta lekarz, który jest rozgoryczony nienajlepszymi wynikami wyrównania cukrzycy typu 2. Czy słusznie? Czy insulina jest dla niepostulujących diety pacjentów? Albo czy insulina to tylko koło ratunkowe dla „tonącego w hiperglikemii” pacjenta? A czy zadowolający odsetek hemoglobiny glikowanej zawsze wskazuje na dobre wyrównanie cukrzycy? Spróbujmy ponownie zmierzyć się z mitami, które istnieją w wyobraźniach o leczeniu insuliną i ocenie jej skuteczności zarówno wśród pacjentów, jak i czasami samych lekarzy.

MITY

„Insulina jest karą za objadanie się?”

Choć nieprzestrzeganie diety cukrzycowej może być przyczyną przyrostu masy ciała i w konsekwencji może stwarzać konieczność intensyfikacji leczenia, w tym insulinoterapii, to NIGDY nie należy jej postrzegać jako kary. Jeśli w ten sposób patrzemy na insulinoterapię – jako na karę, to tym samym skazujemy ją na niepowodzenie, bo negatywne nastawienie do leczenia sprawia, że pacjent ma trudność z przestrzeganiem zaleceń lekarza.

„Insulina to ostateczność.”

Wielu pacjentów postrzega insulinoterapię jako ostatnią deskę ratunku i zło konieczne, gdy zawiodą leki doustne, a niechęć do tej terapii wynika często z mylnego wyobrażenia o rzekomym kłopotliwym wykonywaniu iniekcji. A tymczasem zastosowanie insulin analogowych podawanych raz na dobę (długodziałająca, bazalna) lub tuż przed posiłkami (krótkodziałająca, doposiłkowa), a także nowoczesne sposoby iniekcji insuliny – wstrzykiwacze, jednorazowe peny pozwalają na bezpieczną, bezbolesną i w gruncie rzeczy nieuciążliwą dla pacjenta insulinoterapię.

„Mam dobre wyrównanie cukrzycy, ponieważ mój wynik hemoglobiny glikowanej jest zadowolający.”

Nie zawsze dobry wynik odsetka hemoglobiny glikowanej idzie w parze z dobrym wyrównaniem cukrzycy, ponieważ na odsetek HbA1c składają się zarówno zwyczajki glikemii jak i niedocukrzenia w ciągu ostatnich 3 miesięcy. Zatem interpretacja wyniku HbA1c zawsze powinna odbywać się z oceną wyników rzetelnie prowadzonej przez pacjenta samokontroli. Jeśli wynik HbA1c jest w normie, ale w dzienniczku są zróżnicowane glikemie – od hipo- do hiperglikemii, to nie można powiedzieć, że cukrzyca jest dobrze wyrównana. Obecnie leczenie cukrzycy, zarówno za pomocą doustnych leków przeciwcukrzycowych, jak i insuliny stawia za cel na równi – wyeliminowanie zwyczajek glikemii, jak i unikanie hipoglikemii, ponieważ udowodniono, że wahania glikemii są bardzo niebezpieczne i w skutkach gorsze niż utrzymująca się hiperglikemia. W insulinoterapii warto stosować insuliny analogowe, które dają zdecydowanie mniej niedocukrzeń niż insuliny ludzkie.

FAKTY

Po pierwsze - wykluczyć odwracalne przyczyny hiperglikemii.

Wdrożenie insulinoterapii u pacjenta z cukrzycą typu 2, leczonego dotychczas doustnymi lekami p/cukrzycowymi, u którego odsetek hemoglobiny glikowanej wynosi powyżej 7 (HbA1c > 7%) musi odbyć się zawsze po wykluczeniu i wyeliminowaniu potencjalnie usuwalnych przyczyn hiperglikemii, takich jak: nieprzestrzeganie diety cukrzycowej i liczne błędy dietetyczne, zmniejszenie aktywności fizycznej, infekcje, nieregularne przyjmowanie doustnych leków przeciwcukrzycowych lub też nieadekwatne, zbyt niskie dawki tychże leków. Jeśli więc pacjent zarzucił dietę cukrzycową, należy do niej powrócić, a dopiero po ponownym jej wdrożeniu, gdy cukrzyca nadal jest niedostatecznie wyrównana, należy zastosować insulinoterapię. Utrata masy ciała może sprawić, że pacjent powróci do schematu leczenia doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi.

Insulinoterapia na każdym etapie leczenia cukrzycy.

W większości przypadków insulinoterapia w cukrzycy typu 2 stanowi kolejny krok w leczeniu, gdy nie uzyskuje się dobrego jej wyrównania po wdrożeniu 2-3 doustnych leków przeciwcukrzycowych. Ale wskazania do rozpoczęcia leczenia insuliną nie zawsze są zależne od wartości glikemii. Insulinoterapię rozpoczynamy w przypadku wystąpienia takich stanów i okoliczności jak: udar mózgu i ostry zespół wieńcowy, zabieg chirurgiczny, PTCA, uraz, kortykoterapia lub gdy pacjentka z cukrzycą typu 2 zajdzie w ciążę. Ponadto insulinę można podać jako pierwszy lek hipoglikemizujący, gdy przy rozpoznaniu cukrzycy glikemia przekracza wartość 300 mg/dl i współistnieją objawy kliniczne.

Insulina – im wcześniej tym lepiej.

Obecnie poleca się wczesne zastosowanie insuliny w leczeniu cukrzycy typu 2, czyli zanim zostaną wyczerpane własne rezerwy trzustkowe insuliny pacjenta. Wczesne zastosowanie insulinoterapii ma wspomóc pracę tego narządu w zakresie wydzielania insuliny i niejako odciążać trzustkę, dzięki czemu na dłużej zachowuje ona swą czynność. Tym samym oddala w czasie konieczność zastosowania całkowitej suplementacji tego hormonu. Takie podejście do insulinoterapii jest dla pacjenta korzystniejsze, bo pozwala na stopniowe wdrożenie insuliny – początkowo w jednym wstrzyknięciu insuliny bazalnej na dobę, a potem w razie potrzeby w schemacie basal-plus lub w schemacie wielokrotnych wstrzyknięć.



Nie traktujmy insulinoterapii jak ostatniej deski ratunku. Insulina może być pierwszą skuteczną bronią w walce z cukrzycą w strategii leczenia. Warto dostrzec zalety insulinoterapii, by nie była ona postrzegana jako kara, ale była powodem sukcesu w postaci długotrwałego, dobrego wyrównania cukrzycy.

Dr n.med. Magorzata Wolny
Specjalista chorób wewnętrznych i diabetologii