

# Polscy lekarze nie są mistrzami w terapii cukrzycy

prof. dr hab. n. med. Wojciech Drygas

Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii, Warszawa;  
Zakład Medycyny Zapobiegawczej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź



Jestem przekonany, że wyniki badania ARETAEUS opublikowane przez Bałę i wsp. w *Kardiologii Polskiej*, a także w PAMW (2011; 121: 7–17) wzbudzą zainteresowanie i szeroką dyskusję w liczonym gronie lekarzy różnych specjalności, zwłaszcza lekarzy rodzinnych, diabetologów i oczywiście kardiologów.

Autorzy tego wielośrodkowego badania, wywodzący się z czołowych polskich klinik i ośrodków badawczych,

podjęli się analizy skuteczności leczenia cukrzycy oraz kontroli najważniejszych czynników ryzyka chorób serca i naczyń w dużej grupie pacjentów z cukrzycą wykrytą w ciągu ostatnich 2 lat. Sprawdzono, jaki odsetek pacjentów ze świeżo wykrytą cukrzycą jest skutecznie leczonych, tzn. osiąga cel terapii ustalony przez autorów wytycznych Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego z 2008 r.

Wyniki badania wskazują na mało skuteczną kontrolę zarówno cukrzycy (jedynie u 28,9% osób udało się osiągnąć stężenie  $HbA_{1c} < 6,5\%$ ), jak i kardiometabolicznych czynników ryzyka. Skuteczną kontrolę cukrzycy, ciśnienia tętniczego i zaburzeń lipidowych osiągnięto (wszystkie 3 kryteria) zaledwie u niespełna 2% chorych, wartości ciśnienia tętniczego  $< 130/80$  mm Hg stwierdzono u 13% pacjentów, a zgodne z wytycznymi stężenie cholesterolu frakcji LDL — u 20%.

Autorzy pracy wskazują dwie najważniejsze potencjalne przyczyny niezadowalającej kontroli kardiometabolicznych czynników ryzyka: nieprzestrzeganie wytycznych przez lekarzy oraz mało realistyczne i dalekie od codziennej praktyki zalecenia. Rzeczywiście polscy lekarze, podobnie jak ich koledzy w wielu innych krajach, leczą zbyt mało skutecznie i nie przestrzegają (a może nie wszyscy znają?) aktualnych zaleceń towarzystw lekarskich. Także w wielu zagranicznych badaniach stwierdzono niską skuteczność kontroli najważniejszych czynników ryzyka zarówno u chorych na cukrzycę, jak i w innych grupach pacjentów wysokiego ryzyka (m.in. Look AHEAD, EURIKA). Podobnie, co wynika z badania opublikowanego niedawno przez Pająka i wsp., niedostateczna jest skuteczność profilaktyki pierwotnej w poradniach POZ, nawet u osób włączonych do programu prewencji chorób serca finansowanego przez NFZ.

Z pewnością istnieją możliwości poprawy, bo choć skuteczność terapii w większości krajów jest daleka od optymalnej, to lekarze kanadyjscy osiągają u chorych na cukrzycę ponad 65-procentową skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego, podobnie lekarze amerykańscy. W wielu krajach skuteczność leczenia zaburzeń lipidowych jest większa niż w Polsce, nie tylko u pacjentów z cukrzycą. Zapewne jednym z istotnych powodów jest nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich przez chorych i trudności finansowe znacznej części polskich pacjentów dotyczące zakupu leków.

Bardzo interesująca wydaje się dyskusja dotycząca coraz bardziej „wyśrubowanych” kryteriów wartości prawidłowych (norm) i kryteriów skuteczności leczenia sformułowanych przez rozmaite towarzystwa naukowe. Można niekiedy odnieść wrażenie, że za chwilę autorzy niektórych wytycznych będą gotowi postawić każdemu z lekarzy zalecenie, aby wszyscy pacjenci dożyli wieku 100 lat, przebiegali dystans biegu maratońskiego w czasie poniżej 2 godzin 10 minut oraz skakali wzwyż powyżej 230 cm. Ilu pacjentów i lekarzy spełni tego typu kryteria? Mówiąc poważnie, zdarza się, że wytyczne nie znajdują uzasadnienia w wynikach randomizowanych badań klinicznych i obserwacji wieloletniej, a propagowane, zbyt intensywne leczenie okazuje się w efekcie nie tylko bardziej kłopotliwe i kosztowne, lecz także bardziej szkodliwe (vide wyniki badania ACCORD).

Jeżeli rzeczywiście chcemy ograniczyć lub choćby zatrzymać epidemię cukrzycy typu 2, otyłości, nadciśnienia tętniczego czy wielu innych chorób serca i naczyń, to należy zdecydowanie większy nacisk (i środki finansowe) zainwestować w skuteczną promocję zdrowia i profilaktykę pierwotną. Warto zwrócić uwagę nie tylko na edukację zdrowotną, ale także na rozwój kompetencji zdrowotnych pacjentów. Niestety dziedziny te są nadal niedoceniane.

Poprawa skuteczności leczenia cukrzycy i bardziej efektywna kontrola nadciśnienia, zaburzeń lipidowych czy otyłości powinny stanowić priorytetowe zadania dla wszystkich polskich lekarzy opiekujących się tą coraz liczniejszą grupą pacjentów. Dyskusja o metodach poprawy skuteczności leczenia i celowości bardziej realistycznego sformułowania zaleceń wydaje się niezwykle potrzebna. Wyniki badania ARETAEUS stanowią doskonały punkt wyjścia dla takiej dyskusji.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono

## Piśmiennictwo

- Gerstein HC, Miller ME, Genuth HC et al.; Accord Study Group. Long-term effects of intensive glucose lowering on cardiovascular outcomes. *NEJM*, 2011; 364: 818–828.
- Bala MM, Leśniak W, Płaczkiwicz-Jankowska E et al. Cardiovascular risk factors control in Polish patients with type 2 diabetes within the first two years of diagnosis: results of the ARETAEUS1 study. *Kardiol Pol*, 2011; 69: 1249–1257.
- Bertoni AG, Clark JM, Feeney P et al. Suboptimal control of glycemia, blood pressure and LDL cholesterol in overweight adults with diabetes: the Look AHEAD Study. *J Diabetes Compl*, 2008; 22: 1–9.
- Guallar E, Banegas JR, Blasco-Colmeneras E et al. Excess risk attributable to traditional cardiovascular risk factors in clinical practice settings across Europe: the EURIKA Study. *BMC Public Health*, 2011; 18: 704.
- Hackham DG, Leiter LA, Yan AT et al. Missed opportunities for the secondary prevention of cardiovascular disease in Canada. *Can J Cardiol*, 2007; 23: 1124–1130.
- Pająk A, Szafraniec K, Janion M et al. The impact of the Polish national Programme of Cardiovascular Disease Prevention on the quality of primary cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Kardiol Pol*, 2010; 68: 1332–1341.