

POET2 – editorial

Eva Račická

Diabetologická a interní ambulance, MUDr. Račická, s.r.o., Ostrava

Komentář k | Editorial on

Kvapil M et al. Registr POET2: Srovnání přímých ročních zdravotnických nákladů na léčbu diabetu 2. typu po zahájení léčby inzulinem NPH nebo inzulinem glargin v kombinaci s perorálními antidiabetiky v České republice. Vnitř Lék 2015; 61(1): 24–32.

Data IDF (International Diabetes Federation) uvádějí, že z 366 milionů lidí, kteří mají diagnostikovaný diabetes, má více než 90 % diagnózu diabetes mellitus 2. typu (DM2T). Zvyšující se prevalence tohoto onemocnění a komplikací s ním spojených představuje významnou zátěž pro celosvětové zdravotnictví i ekonomii [1]. Význačná studie U. K. Prospective Diabetes Study (UKPDS) ukázala výhody lepší kompenzace diabetu a zdůraznila chronický vývoj DM2T vyplývající ze selhání B buněk, tedy poklesu počtu B buněk a snížení inzulinové sekrece. Přibližně u 50 % pacientů s DM2T může během 6 let od diagnózy nastat potřeba léčby inzulinem přidané k dosavadní léčbě perorálními antidiabetiky (PAD) [2,3]. Diabetes mellitus 2. typu je velmi heterogenní onemocnění, na což poukazuje současné Stanovisko odborných společností ADA a EASD z roku 2012 [4], které doporučuje kombinace antidiabetických léků v kombinaci s metforminem (který je stále doporučován jako lék první volby), je-li zjištěn jeho nedostačkový účinek v monoterapii. Další krok v kombinační léčbě představují léky ze skupiny sulfonylurey, glitazony, inhibitory DPP-4, agonisté GLP-1 receptoru a také i inzulin. Přidání bazálního analoga, k němuž patří inzulin glargin, se využívá dle autorů Stanoviska pro jeho některé specifické vlastnosti, k nimž patří zejména nejsilnější účinek na snížení glykemie a HbA_{1c} a jak prokázala studie ORIGIN [5] nejdelší přetrvání tohoto účinku mezi ostatními antidiabetickými léky, ověřená bezpečnost a zpomalení progresu vývoje onemocnění diabetes mellitus, což je důležité pro prevenci chronických komplikací. Bazální inzulin však může být také přidán jako další krok intenzifikace kombinace PAD, např. metformin v kombinaci se sulfonylureou nebo metformin v kombinaci s DPP-4, tento léčebný postup sledovala studie POET2. V současnosti je v diabetologii zdůrazňován přístup zaměřený na pacienta, tedy cesta k opravdové individualizaci léčby. Při tomto přístupu můžeme postupovat dle kritérií, jako jsou trvání diabetu, riziko hypoglykemie a dalších nežádoucích účinků léčby, očekávaná životní prognóza, pacientův přístup k léčbě, jeho motivace a očekávaný léčebný úspěch, přítomnost cévních komplikací, očekávaná životní prognóza a ne

v neposlední řadě i finanční prostředky na léčbu, které jsou k dispozici [4]. S tím souvisí i postup diabetologů, kteří se účastnili projektu POET2 z hlediska volby bazálního inzulinu a cílů léčby, neboť ve sledovaném souboru byli pacienti různého věku a s přítomností mnoha komorbidit včetně ICHS, ICHDKK, po CMP/TIA, se srdečním selháním. Cílem tohoto neintervennčního, observačního projektu byla vedle zhodnocení účinnosti také bezpečnost léčby, proto byly vyhodnocené hypoglykemie. Dalším z trendů současné diabetologie je totiž také zvýšený důraz na prevenci hypoglykemie, která je vnímána jako závažná komplikace, která významně snižuje kvalitu života a zhoršuje klinické výsledky včetně toho nejvíce závažného parametru, a to úmrtnosti. Hypoglykemie zapříčiňuje arytmie, hemodynamické změny, poruchy koagulace, porucha přísunu glukózy do mozku může způsobovat rozvoj kognitivního deficitu [6]. Obávané jsou zejména noční hypoglykemie, které jsou obtížně detekovatelné a které mají i při méně závažném průběhu dopad na kvalitu života, protože většina diabetiků popisuje další den své pocity, jako stavy útlumu, jako stav podobný „kocovině“ a jejich produktivita v tento den klesá. V projektu GAPP-2 [7], kterého se zúčastnilo před 3 000 diabetiků 2. typu a 1 653 lékařů z 9 zemí (USA, Dánsko, Německo, Velká Británie, Kanada, Turecko, Francie, Španělsko, Čína) prokázala, že 80 % pacientů léčených inzulinem zaznamenalo hypoglykemii a tato zkušenost vedla k tomu, že vynechávají dávku bazálního inzulinu, nebo ji snižují, což svým lékařům asi 10 % zatajuje. 75 % lékařů uvedlo, že by léčili své pacienty agresivněji, ale že se obávají hypoglykemie. Obava z hypoglykemie je také nejen faktorem, který snižuje adherenci k léčbě, ale také psychologickou bariérou k zahájení léčby inzulinem ze strany pacientů i lékařů.

Jak je zřejmé ze statistiky, roste počet diabetiků i v České republice. Jak vyplývá z dat VZP, diabetologie je velký a významný obor [8], je v objemu předepsaných léčiv a PZT na místě prvním. Jde o obor, který má v soustavě péči chronicky doživotně nemocné pacienty, jejichž léčba představuje jednu z hlavních zátěží zdravotního systému a je na ni vynakládáno asi 10 % celkových

nákladů na veřejnou zdravotní péči. Asi 60 % z těchto nákladů tvoří léčba pozdních mikrovaskulárních a makrovaskulárních komplikací. Náklady na pacienta v letech 2004–2007 s jinou diagnózou byly asi 18 000 Kč, ale náklady na léčbu diabetika už i nekomplikované formy onemocnění byly v průměru dvojnásobné. U diabetu s komplikacemi jsou již náklady násobné, u např. ledvinových komplikací jsou asi 100 000 Kč ročně. Určitě není pochyb o tom, že komplikace a čas jejich výskytu můžeme ovlivnit časnou intenzivní a zároveň bezpečnou léčbou a také dobrou spoluprací pacienta. Hypoglykemie je nejen limitujícím faktorem úspěšné léčby diabetu, ale také přispívá ke zvýšenému čerpání zdravotní péče [9]. Příhody mohou vést např. ke zvýšenému počtu návštěv lékařů, potřebě rychlé záchranné služby, hospitalizaci, ale zvyšují i jiné přímé náklady, jako spotřebu proužků, lancet na měření glykemie. Snižují počet odpracovaných hodin, snižují pracovní produktivitu, je doloženo, že pacienti s DM2T ztratí po atace závažné hypoglykemie v průměru 3 dny produktivity.

Jak ukázala studie POET2, jsou sice náklady hrazené z veřejného zdravotního pojištění statisticky vyšší u pacientů léčených inzulinem glargin než u pacientů léčených inzulinem NPH, ale léčba inzulinem glargin byla spojena s významně nižším výskytem dokumentovaných symptomatických hypoglykemií. Lze tedy souhlasit s autory [10], že hypoglykemie při léčbě inzulinem NPH byly důvodem statisticky vyšší spotřeby proužků a lancet a také nákladů na zdravotnické výkony, což potvrzují data i z jiných zemí. Zkušenosti z naší denní klinické praxe, které potvrzuje např. i projekt GAPP-2 říkají, že strach z hypoglykemie opravdu významně limituje léčbu diabetu, která je cílená na dosažení dobré kontroly jako postupu, který snižuje vývoj a výskyt mikrovaskulárních a makrovaskulárních komplikací. Proto léčba bazálním inzulinem glargin, který má lepší farmakokinetické vlastnosti, má nižší variabilitu hypoglykemizujícího působení než NPH inzulin, a který tak představuje bezpečnější léčbu, může v horizontu dlouhodobé léčby být předpokladem lepší adherence pacienta k léčbě, zvyšovat kvalitu jeho života. Možnost léčby inzulinem, který lépe akceptuje pacient a zároveň umožňuje lékaři vést efektivní a zároveň bezpečnou léčbu pak snižuje riziko vývoje obávaných chronických komplikací diabetu. Proto lze předpokládat, že

v horizontu léčby chronického, celoživotního onemocnění data z prezentovaného českého projektu jsou pozitivním zjištěním, které ukazuje na možnosti nových inzulinů – dlouhodobých analog – že jejich vlastnosti představují účinnou a bezpečnější léčbu, která by mohla přispět k omezení vzrůstajících nákladů na léčbu DM2T.

Literatura

1. International Diabetes Foundation. Diabetes Atlas. 5th ed. 2011. Dostupné z WWW: <<http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden>>. Accessed 10 January 2012>.
2. U.K. Prospective Diabetes Study Group. UKPDS 28: a randomized trial of efficacy of early addition of metformin in sulfonylurea-treated type 2 diabetes. *Diabetes Care* 1998; 21(1): 87–92.
3. Wright A, Burden AC, Paisley RB et al. U.K. Prospective Diabetes Study Group. Sulfonylurea inadequacy: efficacy of addition of insulin over 6 years in patients with type 2 diabetes in the U.K. Prospective Diabetes Study (UKPDS 57). *Diabetes Care* 2002; 25(2): 330–336.
4. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach. Position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia* 2012; 55(6): 1577–1596.
5. Gerstein HC, Bosch J, Dagenais GR et al. Origin Trial Investigators. Basal insulin and cardiovascular and other outcomes in dysglycemia *N Engl J Med* 2012; 367(4): 319–328.
6. Desouza CV, Bolli GB, Fonseca V. Hypoglycemia, diabetes, and cardiovascular event. *Diabetes Care* 2010; 33(6): 1389–1394.
7. Peyrot M, Barnett AH, Meneghini LF et al. Insulin adherence behaviours and barriers in the multinational Global Attitudes of Patients and Physicians in Insulin Therapy Study. *Diabet Med* 2012; 29(5): 682–689.
8. Horák P. Farmakoeconomika léčby diabetu – trendy u nás. *Vnitř Lék* 2009; 55(4): 331–340.
9. Krontorádová K, Suchánková E, Klimeš J et al. Náklady na hypoglykemické stavy u pacientů s diabetes mellitus: cost-of-illness studie. *Farmakoeconomika* 2012; 6(1): 17–21.
10. Kvapil M, Janíčková Žďárská D, Suchopár J et al. Registr POET2: Srovnání přímých ročních zdravotnických nákladů na léčbu diabetu 2. typu po zahájení léčby inzulinem NPH nebo inzulinem glargin v kombinaci s perorálními antidiabetiky v České republice. *Vnitř Lék* 2015; 61(1): 24–32.

MUDr. Eva Račická

✉ eva.racicka@centrum.cz

Diabetologická a interní ambulance MUDr. Račická, s.r.o., Ostrava

www.diabetologie-ostava.cz

Doručeno do redakce 22. 8. 2014