

# Czy należy bać się intensywnej insulinoaterapii?

## Mity i fakty o leczeniu insulinią



**„Cukrzyca? Tylko nie to! Ja nie chcę kłuć się igłą Pani Doktor!” – tak nierzadko pacjenci reagują na wiadomość o tym, że rozpoznajemy u nich cukrzycę. Jeśli nie trzeba stosować insulinoaterapii, to i pacjent, i lekarz zwykle oddychają z ulgą. Ale jeśli leczenie insulinią jest konieczne, to wszyscy musimy zmierzyć się z mitami i poznać fakty na temat insulinoaterapii.**

W jakich sytuacjach insulina jest nieodzowna, jakie są zalety leczenia insulinią, w jakim schemacie ją podawać, a w końcu kiedy jest czas by intensyfikować insulinoaterapię i na czym to polega? Czy warto tak naprawdę bać się wielokrotnych w ciągu dnia wstrzyknięć insuliny?

kalorii, ale towarzysząca leczeniu dieta zadecyduje o zmianie masy ciała po wdrożeniu insulinoaterapii. Przy prawidłowym odżywianiu i regularnym wysiłku fizycznym uda się uniknąć przyrostu masy ciała związanego z insulinoaterapią. Jednocześnie wybierając insulinię analogową łatwiej zachować dotychczasową wagę.

**„Na insulinie będę miał hipoglikemię i moje życie będzie zagrożone.”**

Drżenie rąk, wzmożona potliwość, wilczy głód, zaburzenia widzenia, nagła zmiana nastroju lub niepokój u pacjenta z cukrzycą zawsze budzą podejrzenie hipoglikemii. Choć wdrożenie insulinoaterapii wiąże się z ryzykiem wystąpienia niedocukrzeń, to przyswojenie wiedzy dotyczącej profilaktyki, rozpoznawania objawów hipoglikemii i sposobów radzenia sobie z nią jest nieodzownym elementem leczenia insulinią. Należy pamiętać, że przyczyną niedocukrzeń mogą być również niektóre doustne leki przeciwcukrzycowe, alkohol, a coraz szersze stosowanie insulin analogowych istotnie zmniejsza ryzyko hipoglikemii.

**„Wstrzyknięcia insuliny są bolesne i będę posiniaczony.”**

Faktycznie, w 1922r., kiedy po raz pierwszy zastosowano insulinię u pacjentów z cukrzycą można było obawiać się bólu związanego z użyciem strzykawek i igieł wielokrotnego użytku, ale w dzisiejszych czasach wybór coraz bardziej praktycznych w użyciu i bezbolesnych sposobów podawania insuliny jest znacznie większy. Wstrzykiwacze do insuliny w ampułkach, peny jednorazowe, a w końcu coraz lep-

### MITY

**„Jestem bardzo chory skoro muszę brać insulinię.”**

Pacjenci często myślą, że konieczność przyjmowania insuliny jest miarą ciężkości ich choroby i dlatego bronią się przed jej zastosowaniem. A tymczasem nie środek, jakim jest leczenie insulinią, ale sam cel leczenia jest tu najważniejszy, zaś celem jest uniknięcie powikłań cukrzycy. Miarą zaawansowania cukrzycy nie jest wdrożenie leczenia insulinią, ale rozwój powikłań cukrzycy.

**„Od insuliny się tyje i na pewno przybędzie mi kilogramów.”**

Owszem, wdrożenie insuliny w niewyrównanej cukrzycy może spowodować zmniejszenie utraty glukozy z moczem, która zgodnie z anabolicznym działaniem tego hormonu zostanie wbudowana w tkanki. Jednak to nie insulina pozbawiona przecież sama w sobie



sze pompy insulinowe poprawiają komfort i bezpieczeństwo pacjentów leczonych insuliną. **„Nie będę mógł swobodnie uczestniczyć w życiu towarzyskim.”**

Podanie insuliny w towarzystwie innych osób bywa powodem wstydu i zażenowania ze strony pacjenta rozpoczynającego leczenie insuliną, ale niepotrzebnie. Świadomość społeczna dotycząca cukrzycy i jej leczenia jest coraz większa i obawy związane z niezrozumieniem potrzeby oznaczenia glikemii lub wstrzyknięć insuliny są zazwyczaj nieuzasadnione. Wiele osób leczonych insuliną uprawia różne dyscypliny sportowe, podróżuje, prowadzi aktywne życie towarzyskie. Wiedza na temat swej choroby, umiejętność doboru dawek insuliny w zależności od aktualnej glikemii, rodzaju posiłku, wysiłku fizycznego, infekcji, stresu czy zmiany stref czasowych sprawia, że pacjenci z cukrzycą nie są w niczym ograniczeni swą chorobą i zdobywają szczyty nawet w Himalajach.

## FAKTY.

### Dla kogo insulina?

Insulinę stosujemy zawsze w cukrzycy typu 1, w cukrzycy typu LADA tj. w utajonej autoimmunologicznej cukrzycy dorosłych, w cukrzycy związanej z mukowiscydozą i jako najbezpieczniejsza opcja terapeutyczna cukrzycy w ciąży. Natomiast w cukrzycy typu 2 insulinę należy wdrożyć w takich sytuacjach jak: choroba została rozpoznana niedawno, a glikemia wynosi około 300 mg/dl i współistnieją objawy kliniczne lub jako kolejny krok leczenia po wyczerpaniu skuteczności leków doustnych, gdy HbA1c wynosi ponad 7%. Ponadto czasowe wdrożenie insuliny jest konieczne w sytuacji dekomensacji cukrzycy wywołanej przemijającymi przyczynami tj. uraz, infekcja, kortykoterapia, w związku z zabiegiem chirurgicznym, w udarze mózgu, w ostrym zespole wieńcowym, przy zabiegu przezskórnej wewnątrz-naczyniowej angioplastyki wieńcowej (PTCA).

### W jakim schemacie zastosować insulinę?

Insulinę można podawać w jednym, w dwóch wstrzyknięciach lub w schemacie wielokrotnych wstrzyknięć opartym na podaniu insuliny bazowej i doposiłkowych bolusów. A wybór

modelu insulinoterapii jest dostosowany indywidualnie do pacjenta. W cukrzycy typu 2, po wyczerpaniu możliwości leczenia doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi insulinoterapię rozpoczynamy od jednego, zazwyczaj wieczornego wstrzyknięcia insuliny długodziałającej (ludzkiej lub analogowej) podawanej po to, aby obniżyć glikemię na czczo, a następnie, gdy glikemie po posiłkach są podwyższone, dodajemy insulinę doposiłkową do największego posiłku lub zazwyczaj do tego, po którym poziom glikemii jest najwyższy (model baza-plus). Ostatecznie w modelu wielokrotnych wstrzyknięć podajemy insulinę bolusową (ludzką lub analogową) do każdego posiłku (model baza-bolus).

### Dlaczego intensywna insulinoterapia?

Intensywna insulinoterapia wymaga od pacjenta codziennej samokontroli glikemii, samodzielnego podejmowania decyzji o modyfikacji dawki insuliny, a więc odpowiedniej edukacji terapeutycznej i żywieniowej. A z drugiej strony intensywna insulinoterapia, szczególnie z zastosowaniem insulin analogowych, jest najbardziej fizjologicznym modelem leczenia naśladującym wydzielanie insuliny u osób zdrowych. Zaletą modelu opartego na wielokrotnych wstrzyknięciach dwóch rodzajów insuliny: długodziałającej insuliny bazalnej i insuliny doposiłkowej bolusowej jest możliwość korekcji zbyt wysokich glikemii za pomocą tej ostatniej. Pacjent jest menadżerem swej choroby – zarządza dawkami insuliny bolusowej ponieważ posiada w tym zakresie najlepszą wiedzę, opartą na własnym doświadczeniu, poznaniu swej choroby i przyswojeniu zasad insulinoterapii. Chociaż żadnego modelu insulinoterapii nie sposób wyróżnić wśród innych, jeśli jest on najlepiej dobrany do pacjenta, to śmiało można powiedzieć, że pacjent leczony intensywną insulinoterapią jest pacjentem, który ujarzmił swą chorobę.

**Dr n.med. Małgorzata Wolny**  
Specjalista chorób  
wewnętrznych i diabetologii  
Lux Med Szczecin

Patronem merytorycznym tekstu  
jest firma Sanofi