

## Πόσο σωστή είναι η παρακολούθηση των διαβητικών από μη ειδικούς

### Περίληψη

Ν. Σάιλερ  
Δ. Χυτηρίδου  
Η. Σταυρίδης  
Κ. Βολιώτης  
Α. Σπηλιόπουλος<sup>1</sup>

Για να εκτιμήσουμε πόσο σωστή είναι η παρακολούθηση διαβητικών ασθενών από μη ειδικούς διαβητολόγους μελετήσαμε 62 τύπου II διαβητικούς, όχι νεοδιαγνωσθέντες που προσήλθαν ή παραπέμφθηκαν για πρώτη φορά στα εξωτερικά μας διαβητολογικά ιατρεία. Τρεις ασθενείς ελάμβαναν διγουανίδη ενώ υπήρχε αντένδειξη, 4 ελάμβαναν σουλφονουρία σε μεγαλύτερη δόση απ' ό τι απαιτείτο, 18 ασθενείς (29%) ελάμβαναν ανεπαρκή αγωγή, εκ των οποίων σε 10 χρειάστηκε αύξηση της δοσολογίας της λαμβανομένης σουλφονουρίας, σε 6 που ελάμβαναν μόνο σουλφονουρία προσετέθη και μετφορμίνη ενώ σε 2 που ήταν μόνο σε διαίτα χορηγήθηκε μετφορμίνη. 6 παχύσαρκοι ασθενείς που ελάμβαναν σουλφονουρία ετέθησαν σε μετφορμίνη, 6 που ήταν σε αντιδιαβητικά δισκία ρυθμίσθηκαν μόνο με διαίτα, 4 που ελάμβαναν συνδυασμό διγουανίδης και σουλφονουρίας ρυθμίσθηκαν με μονοθεραπεία. 9 ασθενείς (14,5%) που ήταν σε αντιδιαβητικά δισκία, χρειάστηκαν ινσουλίνη ενώ από τους 6 ινσουλινοθεραπευόμενους διαβητικούς οι 4 ρυθμίσθηκαν εξ ίσου καλά μόνο με δισκία. Έξι αρρυθμιστοι διαβητικοί ελάμβαναν ως αντιυπερτασική αγωγή διουρητικά ή b-blockers, χωρίς ιδιαίτερο λόγο, και αντικαταστάθηκαν με φάρμακα μη επηρεάζοντα τον μεταβολισμό της γλυκόζης. Τέλος 14 ασθενείς (22,5%) ελάμβαναν φενφορμίνη η οποία είτε διεκόπη είτε αντικαταστάθηκε από μετφορμίνη. Συνολικώς μόνο 11 ασθενείς (17,7%) ελάμβαναν σωστή αγωγή. Συμπερασματικώς η αντιμετώπιση των διαβητικών από μη ειδικούς κρίνεται ως ανεπαρκής.

Πολλοί διαβητικοί, ίσως η πλειονότητα, παρακολουθούνται όχι από ειδικούς διαβητολόγους ή ενδοκρινολόγους αλλά από παθολόγους ή ακόμη χειρότερα από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Διεθνώς επικρατεί η τάση, για να αποσυμφορηθούν τα διαβητολογικά ιατρεία, να παρακολουθούνται οι ενήλικες τύπου 2 διαβητικοί, ιδίως οι μη ινσουλινοθεραπευόμενοι χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα από τους οικογενειακούς τους ιατρούς σε συνεργασία όμως πάντοτε με τα κατά τόπους διαβητολογικά κέντρα<sup>1-5</sup>.

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να εκτιμήσουμε το πόσο σωστή είναι η αντιμετώπιση των διαβητικών ασθενών από μη ειδικούς στον διαβήτη ιατρούς.

Α΄ Παθολογική Κλινική  
Ιπποκρατείου Νοσοκομείου &

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική  
Νοσοκομείου ΑΧΕΠΙΑ  
Θεσσαλονίκης

## Υλικό και μέθοδοι

Μελετήσαμε τυχαία τους φακέλους 62 τύπου II διαβητικών, 42 γυναικών και 21 ανδρών, ηλικίας  $63,6 \pm 9,23$  ετών. Κανείς τους δεν ήταν νεοδιαγνωσθείς, όλοι τους ήταν σταθεροποιημένοι μεταβολικά για το τελευταίο τουλάχιστον δίμηνο και είτε προσήλθαν είτε παραπέμφθηκαν για πρώτη φορά στα διαβητολογικά μας ιατρεία. Εξαιρέθηκαν ασθενείς που παρακολουθούνται από διαβητολόγους ή ενδοκρινολόγους. Με την προσέλευση των ασθενών δίδονταν οδηγίες για μια σωστή διατροφή (μεσογειακή δίαιτα) πλούσια σε φυτικές ίνες και υδατάνθρακες και πτωχή σε κορεσμένα λιπαρά. Στους παχύσαρκους και τους υπέρβαρους τονιζόταν η σημασία του να χάσουν βάρος αργά και σταθερά και όχι απότομα και η σημασία της τακτικής άσκησης όπως περπάτημα, κηπουρική, ψάρεμα, κνήγι κλπ. Στην πρώτη επίσκεψη των ασθενών στα ιατρεία ελέγχονταν οι βυθοί των οφθαλμών με οφθαλμοσκόπιο, τα πόδια για περιφερική αγγειοπάθεια και περιφερική νευροπάθεια, η αρτηριακή πίεση, το σάκχαρο του αίματος (νηστείας κατά προτίμηση στους μη ινσουλινοθεραπευόμενους ασθενείς) η HbA1c με συσκευή DCA 2000 (Φ.Τ. 4,3–5,8%) και λαμβάνονταν λεπτομερές ιστορικό συμπεριλαμβανομένης και της οποιασδήποτε λαμβανομένης αγωγής. Σε κάθε επίσκεψη μετρούσαμε το σάκχαρο νηστείας, το βάρος του ασθενούς και την HbA1c μετά από δίμηνο ή τρίμηνο από την πρώτη επίσκεψη.

## Αποτελέσματα – Συζήτηση

Επτά ασθενείς δεν παρακολουθούνταν από παθολόγους ή γενικούς ιατρούς από τους οποίους 3 παρακολουθούνταν από καρδιολόγους, 1 από τον αγροτικό ιατρό, 1 από οφθαλμίατρο, 1 από μικροβιολόγο ο οποίος εκτός από τις μετρήσεις του σακχάρου αίματος κλπ βιοχημικών εξετάσεων, προέβαινε και σε αλλαγές στην φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς και τέλος 1 από παθολογοανατόμο!. Έτσι δεν είναι παράξενο ότι βρήκαμε τα ακόλουθα αποτελέσματα:

Ένας ασθενής ελάμβανε δύο είδη σουλφονουλουριών, γλιβενκλαμίδη και γλυκλαζίδη, με φενφορμίνη. Είναι γνωστό ότι δεν συνιστάται συνδυασμός 2 σουλφονουλουριών αφού έχει δείχθει ότι συνδυασμοί γλιβενκλαμίδης που επιδρά κυρίως στο σάκχαρο νηστείας και γλιπιζίδης που επιδρά κυρίως στα μεταγευματικά σάκχαρα αίματος

δεν παρουσίαζαν καμία διαφορά από μονοθεραπεία με ένα είδος σουλφονουλουρίας.

Τρεις ασθενείς ελάμβαναν διγουανίδη ενώ υπήρχε σαφής αντένδειξη (2 με καρδιακή ανεπάρκεια και 1 με ηπατική ανεπάρκεια)<sup>6</sup>.

Τέσσερις ελάμβαναν σουλφονουλουρία σε μεγαλύτερη δόση από ότι απαιτείτο με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν ελαφρές υπογλυκαιμίες, δηλαδή σάκχαρο αίματος  $< 70$  mg/dl.

18 ασθενείς (29%) ελάμβαναν ανεπαρκή αγωγή, εκ των οποίων σε 10 χρειάστηκε αύξηση της δοσολογίας της λαμβανομένης σουλφονουλουρίας, σε 6 που ελάμβαναν μόνο σουλφονουλουρία προσετέθη και μετφορμίνη ενώ σε 2 παχύσαρκους που ήταν μόνο σε δίαιτα χορηγήθηκε μετφορμίνη.

Σε 6 παχύσαρκους ασθενείς που ελάμβαναν σουλφονουλουρία, αυτή διεκόπη και αφού τονίσθηκε η σημασία της δίαιτας, τους χορηγήθηκε μετφορμίνη, αφού είναι γνωστό ότι στους παχύσαρκους προτιμώνται οι διγουανίδες μια και δεν αυξάνουν το σωματικό βάρος, αντιθέτως συχνά ελαττώνουν την όρεξη και το σωματικό βάρος κατά το πρώτο τρίμηνο από την έναρξη της χορήγησης τους χωρίς να αυξάνουν τα λιπίδια του αίματος που συχνά είναι αυξημένα στους παχύσαρκους και αποτελούν βλαπτικούς παράγοντες για την υγεία τους.

Έξι ασθενείς που ήταν σε αντιδιαβητικά δισκία ρυθμίστηκαν μόνο με δίαιτα και άσκηση. Παρομοίως, χάρις στην αλλαγή του τρόπου ζωής (άσκηση, δίαιτα) 4 ασθενείς που ελάμβαναν συνδυασμό διγουανίδης και σουλφονουλουριών χρειάστηκαν μονοθεραπεία είτε με μετφορμίνη οι παχύσαρκοι είτε με σουλφονουλουρία οι φυσιολογικού βάρους ασθενείς χωρίς να αυξηθεί η δοσολογία τους.

9 ασθενείς (14,5%) που ήταν σε αντιδιαβητικά δισκία χρειάστηκαν ινσουλίνη για την βελτίωση της παραδέκτου ρύθμισης των ενώ από τους 6 ινσουλινοθεραπευόμενους συνολικώς ασθενείς της εργασίας μας οι 4 ρυθμίστηκαν μόνο με από του στόματος υπογλυκαιμικούς παράγοντες. Οι ασθενείς αυτοί είχαν μέσο δείκτη μάζας σώματος BMI 26,04 Kg/m<sup>2</sup> η δε HbA1c ουσιαστικώς παρέμεινε η ίδια.

Έξι αρρυθμιστοί διαβητικοί ελάμβαναν ως αντιυπερτασική αγωγή διουρητικά ή b-blockers, χωρίς να υπάρχει ιδιαίτερος λόγος για να παίρνουν τα φάρμακα αυτά, όπως καρδιακή ανεπάρκεια ή ισχαιμική νόσος του μυοκαρδίου, και γι' αυτό τα αντικαταστήσαμε με άλλα φάρμακα μη

επηρεάζοντα το μεταβολισμό της γλυκόζης.

Τέλος 14 ασθενείς (22,5%) ελάμβαναν φενφορμίνη η οποία είτε διεκόπη είτε αντικαταστάθηκε από μετφορμίνη που είναι σαφώς ασφαλέστερη, όσον αφορά την εμφάνιση της γαλακτικής οξέωσης. Υπάρχει δε οδηγία του ΠΟΥ (WHO)<sup>12</sup> και του EASD<sup>11</sup> να χρησιμοποιείται μόνο μετφορμίνη και όχι φενφορμίνη, όποτε είναι αυτό εφικτό.

Συνολικώς είχαμε, με τις αλλαγές αυτές της αγωγής των διαβητικών, μία βελτίωση της HbA1c από  $9,2 \pm 3\%$  σε  $7,5 \pm 3,1\%$ , δηλαδή μία διαφορά κατά 1,7% (φυσιολογικές τιμές HbA1c 4,3–5,8%).

Από το σύνολο των 62 ασθενών μας μόνο 11 (17,7%) ελάμβαναν την δέουσα αγωγή, ακόμη δε και αν θεωρήσουμε την χορήγηση της φενφορμίνης ως σωστής και πάλι μόνο 25 ασθενείς (15,5%) ελάμβαναν σωστή αγωγή. Σημειώνεται ότι κατά την εποχή που έγινε η μελέτη υπήρχε πλήρης επάρκεια μετφορμίνης.

Συμπερασματικά η αντιμετώπιση των διαβητικών από μη ειδικούς στην Ελλάδα κρίνεται ως ανεπαρκής. Τα αποτελέσματά μας συμφωνούν με αυτά των M. Ho και συν.<sup>7</sup> οι οποίοι αποφάνθηκαν ότι «η ποιότητα της φροντίδας των διαβητικών στο διαβητολογικό κέντρο του Δυτικού Los Angeles είναι πολύ καλύτερη από αυτήν της πρωτοβάθμιας περίθαλψης», δεν συμφωνούν όμως με τα αποτελέσματα άλλων ερευνητών άλλων χωρών με διαφορετικά συστήματα υγείας<sup>8-9</sup>.

Η μελέτη JEVIN<sup>14</sup> συνέκρινε την ποιότητα της παρεχομένης φροντίδας στους διαβητικούς στην Γερμανία κατά τα έτη 1994/1996 και 1989/1990. Έτσι δεν υπήρχε σημαντική μεταβολή της HbA1c αλλά η HbA1c ήταν υψηλότερη στους ασθενείς που παρακολουθούνταν σε μη εξειδικευμένα κέντρα σε σύγκριση με τα εξειδικευμένα κέντρα για τους ινσουλινοεξαρτώμενους διαβητικούς ενώ για τους μη ινσουλινοεξαρτώμενους δεν υπήρχε σημαντική μεταβολή της HbA1c αλλά βρέθηκε κάποια τάση αύξησής της στα μη εξειδικευμένα κέντρα σε σχέση με τα εξειδικευμένα. Η συχνότητα σοβαρής υπογλυκαιμίας, κετοξέωσης καθώς και η επίπτωση της νεφροπάθειας και νευροπάθειας παρέμειναν χωρίς μεταβολή σε σύγκριση με τα έτη 1989/1990 ενώ υπήρξε αύξηση της επίπτωσης της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Η μελέτη JEVIN λοιπόν έδειξε ότι η εξειδικευμένη φροντίδα είναι υποχρεωτική τουλάχιστον για τους ινσουλινοεξαρτώμενους διαβητικούς.

## Summary

*Sailer N, Hitiridou D, Stavridis H, Voliotis K, Spiliopoulos A. How good is the care of diabetic patients by non specialists. Hellen Diabetol Chron 2000; 1: 77-80.*

We studied 62 NIDDMs not newly diagnosed who presented for the first time to our diabetic clinics. Three patients were taking biguanides in spite of contraindication, 4 were on an inappropriately high dose of sulfonyluria, 18 (29%) were on inefficient treatment, 6 obese were on sulfonyluria without taking metformin, 6 who were on tablets stopped them, 9 (14,5%) who were on oral hypoglycaemic agents started insulin and 4 out of the 6 insulin treated patients turned to tablets with similar diabetic control. Six uncontrolled patients were on b-blockers or diuretics without any good reason, 14 patients (22,5%) were on fenformin instead of the preferable metformin. Totally only 11 patients (17,7%) were on the right treatment.

## Βιβλιογραφία

1. *Sonksen PH.* Who cares for diabetic? Shared care in diabetes. Update postgraduate centre series, pages 4-9. The Update Group Lt. London 1985.
2. *Thorn PA, Hughes HV, Russell IR, Serhan E, Sim ISG, Walker C.* Diabetic clinics in general practice – Our 12 years' experience. Shared care in diabetes. Update postgraduate center series, pages 9-15. The Update Group Lt. London 1985.
3. *Alan Ruben LA.* The general practitioner's role in diabetic care. Shared care in diabetes. Update postgraduate center series, pages 15-23. The Update Group Lt. London 1985.
4. *Reith SBM.* A shared-care option in a semi-rural area. Shared care in diabetes. Update postgraduate center series, pages 25-30. The Update Group Lt. London 1985.
5. *BDA working party.* Contracting arrangements for diabetes and collaboration with general practitioners. 1991.
6. *Metformin.* British National Formulary. No 27. 265. (March 1994).
7. *Ho M, Marger M, Bearl J, Yip I, Shekelle P.* Is the quality of diabetes care better in a diabetes clinic or in a general medicine clinic? *Diabetes Care* 1997; 20: 472-475.
8. *Peters AL, Legorreta AP, Ossorio R, Davidson MB.* Quality of outpatient care provided to diabetic patients. *Diabetes Care* 1996; 19: 601-606.
9. *Weiner JP, Parente ST, Garnick DW, Fowles J, Lawthers AG, Palmer RH.* Variation in office-based quality: a claims-based profile of care provided to Medicare pa-