

**Wytyczne konsultantów krajowych
w dziedzinie medycyny rodzinnej oraz diabetologii
dotyczące opieki nad pacjentem z cukrzycą
w podstawowej opiece zdrowotnej,
z uwzględnieniem opieki koordynowanej,
z dnia 14 listopada 2022 r.**

Cukrzyca stanowi poważny problem medyczny i społeczny w Polsce, z powodu choroby cierpi ponad 2.5 mln chorych. Ponad 90% chorych leczy się z powodu cukrzycy typu 2, która często jest jednym z zaburzeń metabolicznych, określanych jako zespół metaboliczny, w którym oprócz cukrzycy występuje otyłość, dyslipidemia i nadciśnienie tętnicze. Chory z cukrzycą to często pacjent wielochorobowy, wymagający kompleksowej opieki, na którą składa się prawidłowe leczenie farmakologiczne i nefarmakologiczne, edukacja, regularne kontrole oraz współpraca ze specjalistami innych dziedzin.

Cukrzyca typu 2 przez wiele lat przebiega bezobjawowo i często jest wykrywana przypadkowo. Dlatego ważne jest regularne badanie poziomu glikemii ramach badań profilaktycznych.

Podsumowanie wytycznych:

1. U każdego pacjenta z objawami sugerującymi cukrzycę należy oznaczyć stężenie glukozy w osoczu krwi żyłnej.
2. Każda placówka POZ powinna realizować program profilaktyki chorób układu krążenia (CHUK), który jest elementem umowy na świadczenia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.
3. Lekarz rodzinny powinien zachęcać swoich podopiecznych powyżej 35 roku życia do wzięcia udziału w tym programie profilaktycznym raz na 5 lat, a wybrane grupy ryzyka – kierować na częstsze badanie stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej.
4. Cukrzyca typu 2 może i powinna być diagnozowana i leczona w POZ.
5. Do rozpoznania cukrzycy konieczne jest badanie stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej lub oznaczenie stężenia hemoglobiny glikowanej.
6. Jeżeli wartości glikemii nie osiągają poziomów pozwalających na rozpoznanie cukrzycy, a stężenie HbA1c – tak, lub odwrotnie, jako podstawę przyjmuje się „gorszą” wartość.
7. Po rozpoznaniu cukrzycy należy rozpocząć leczenie pacjenta, zgodnie z aktualnymi wytycznymi.
8. Nie ma uzasadnienia, poza ściśle określonymi sytuacjami, kierowanie pacjenta ze świeżo rozpoznaną cukrzycą typu 2 do Poradni Diabetologicznej.
9. Niedopuszczalne jest kierowanie pacjenta z „podejrzeniem cukrzycy” czy stanem przedcukrzycowym do Poradni Diabetologicznej, ponieważ diagnostyka oraz leczenie pacjenta jest możliwe do realizacji w POZ.

10. Kierowanie pacjenta z cukrzycą do Poradni Diabetologicznej (w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej) oraz do szpitala powinno następować wyłącznie w uzasadnionych przypadkach.
11. W przypadku objęcia pacjenta z cukrzycą opieką koordynowaną, należy raz w roku przeprowadzić wizytę kompleksową, a roczny plan opieki nad pacjentem powinien mieć postać Indywidualnego Planu Opieki Medycznej. W realizacji planu pacjenta wspiera koordynator opieki.
12. Wizyty kontrolne pacjenta powinny odbywać się z częstością zależną od stanu klinicznego oraz uzyskania kontroli cukrzycy i schorzeń współistniejących.

1. Obraz kliniczny cukrzycy

Objawy kliniczne cukrzycy (hiperglikemii) pojawiają się, gdy stężenie glukozy we krwi przekracza 250-300 mg% (13.8-16.6 mmol/l). Są to:

- pragnienie (suchość ust)
- wielomocz (nykturia)
- osłabienie
- spadek masy ciała (niewy tłumaczony celowym odchudzaniem)
- zaburzenia widzenia
- senność

U każdego pacjenta z ww. objawami należy oznaczyć stężenie glukozy w osoczu krwi żyłnej.

2. Badania przesiewowe

Wobec faktu, że cukrzyca typu 2 może w początkowym okresie przebiegać bezobjawowo, konieczne jest wykonywanie badań przesiewowych.

Każdy, kto ukończył 35 rok życia i nie ma rozpoznanej cukrzycy oraz choroby układu krążenia na podłożu miażdżycy, może skorzystać z finansowanego przez NFZ programu profilaktyki chorób układu krążenia (CHUK), raz na 5 lat, do ukończenia 65 roku życia, w swojej przychodni POZ. W ramach tego programu wykonuje się badanie glikemii oraz m.in. lipidogramu. Personel POZ powinien zachęcać swoich podopiecznych do wzięcia udziału w programie, a każda placówka POZ powinna realizować ten program profilaktyczny.

Zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, u osób powyżej 45 r.ż. należy wykonywać oznaczenia stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej co 3 lata, a w grupach ryzyka – co roku.

Grupy ryzyka wymagające oznaczenia glikemii raz w roku:

- osoby z nadwagą ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) lub otyłością ($BMI 30 \geq \text{kg/m}^2$)
- osoby z dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku cukrzycy
- osoby mało aktywne fizycznie
- pacjenci ze stanem przedcukrzycowym
- kobiety z przebytą cukrzycą ciążową
- kobiety, które urodziły dziecko o masie $> 4 \text{ kg}$
- pacjenci z nadciśnieniem tętniczym ($\geq 140/90 \text{ mm Hg}$)
- pacjenci z dyslipidemią
- kobiety z zespołem policystycznych jajników
- pacjenci z chorobą układu sercowo – naczyniowego.

3. Rozpoznawanie cukrzycy

Uwaga: do rozpoznania cukrzycy oznaczenie glukozy musi być wykonane w osoczu krwi żyłnej!

Od roku 2021 jest możliwe rozpoznanie cukrzycy także na podstawie stężenia hemoglobiny glikowanej. Glikemia na czczo < 100mg% to wartość prawidłowa nie wymagająca dalszej diagnostyki.

Należy rozpoznać cukrzycę w przypadku:

- glikemii przygodnej ≥ 200 mg% (11.1 mmol/l), przy występowaniu objawów klinicznych hiperglikemii
- glikemii na czczo ≥ 126 mg% (7 mmol/l), stwierdzonej w dwóch pomiarach, w dwa różne dni
- glikemii w 2 godzinie testu OGTT ≥ 200 mg% (11.1 mmol/l)
- stężenia hemoglobiny glikowanej HbA1c ≥ 6.5 % (48 mmol/mol)

Glikemia na czczo 100-125 mg% (5.5-6.9 mmol/l) – jest wskazaniem do wykonania testu tolerancji glukozy (OGTT). Przed przeprowadzeniem testu nie należy zmieniać diety w ciągu co najmniej 72 godzin, a w szczególności nie ograniczać spożycia węglowodanów. Oznaczenie stężenia glukozy (w osoczu krwi żyłnej, nie włosniczkowej!) następuje w 2 godziny po spożyciu 75 g glukozy rozpuszczonej w 250 ml wody. Wyniki:

- <140mg% (7.7 mmol/l) – wartość prawidłowa
- 140-199mg% (7.7-11 mmol/l) - nietolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy)
- ≥ 200 mg% (11.1 mmol/l) - cukrzyca

Uwaga: jeżeli wartości glikemii nie osiągają poziomów pozwalających na rozpoznanie cukrzycy, a stężenie HbA1c – tak, lub odwrotnie, jako podstawę przyjmuje się „gorszą” wartość.

4. Leczenie cukrzycy

Leczenie farmakologiczne oraz nefarmakologiczne jest opisane w dokumentach wytycznych towarzystw naukowych, podanych na końcu dokumentu. W leczeniu cukrzycy należy uwzględnić nie tylko cel uzyskania kontroli glikemii, ale także pozostałe cele terapeutyczne (m.in. kontrola lipidów, ciśnienia tętniczego i innych chorób współistniejących).

5. Zasady opieki przewlekłej w POZ nad pacjentem z rozpoznaną cukrzycą typu 2

- Po rozpoznaniu cukrzycy typu 2 należy wdrożyć leczenie farmakologiczne zgodnie z aktualnymi wytycznymi.
- Pierwsza wizyta kontrolna po wdrożeniu leczenia powinna nastąpić w ciągu kilku tygodni (na ogół 4-6 tyg.)
- Edukacja dietetyczna i terapeutyczna powinna być prowadzona na każdej wizycie lekarskiej (oraz w postaci odrębnych wizyt edukacyjnych, prowadzonych przede wszystkim przez przeszkolone pielęgniarki POZ oraz porad dietetycznych, jeśli są dostępne).
- W przypadku stabilnego przebiegu cukrzycy, w pierwszym roku od rozpoznania, wskazana jest kontrola w POZ co 3-4 miesiące z oceną glikemii (w tym z oceną samokontroli prowadzonej przez chorego) oraz stanu klinicznego chorego. Następnie, jeśli parametry kontroli cukrzycy zostały osiągnięte, a stan chorego jest stabilny – wizyty kontrolne powinny odbywać się minimum raz w roku.

W przypadku stabilnego przebiegu cukrzycy, należy RAZ W ROKU u chorego wykonać:

- Wizytę lekarską z pełnym badaniem podmiotowym i przedmiotowym, z uwzględnieniem:
 - wywiadu, obejmującego m.in. pytanie o aktywność fizyczną, uzależnienie od palenia tytoniu, ocenę potrzeb w zakresie edukacji
 - pomiaru wagi, wzrostu, wyliczenia BMI, pomiaru obwodu pasa
 - pomiaru ciśnienia tętniczego i tętna
 - EKG
- panel badań laboratoryjnych:

- HbA1C
- lipidogram (cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL, triglicerydy)
- badanie ogólne moczu z osadem
- stężenie kreatyniny w surowicy z wyliczeniem eGFR
- albuminuria/ACR (badanie dostępne w budżecie powierzonym opieki koordynowanej)
- Konsultacje specjalistyczne:
 - konsultacja okulistyczna – należy wydać skierowanie na badanie dna oka jak najszybciej po rozpoznaniu cukrzycy, następnie – wg zaleceń okulisty
 - konsultacja neurologiczna – ustalana indywidualnie
 - konsultacja kardiologiczna – ustalana indywidualnie

6. Wskazania do skierowania do Poradni Diabetologicznej (AOS) celem objęcia leczeniem:

- cukrzyca typu 1
- inne specyficzne typy cukrzycy;
- trudności w ustaleniu typu cukrzycy;
- Cukrzyca w ciąży oraz u kobiet planujących ciążę
- każdy typ cukrzycy u dzieci i młodzieży

7. Wskazania do konsultacji diabetologicznej w ramach opieki koordynowanej POZ:

- brak osiągnięcia celów terapeutycznych (konsultacja przede wszystkim w celu intensyfikacji leczenia insuliną)
- wystąpienie powikłań farmakoterapii
- wystąpienie chorób współistniejących, utrudniających leczenie
- wystąpienie powikłań cukrzycy
- inne szczególne sytuacje

Po konsultacji następuje ustalenie, czy pacjent ma być dalej leczony przez lekarza POZ, czy powinien być objęty stałą opieką diabetologa.

W przypadku opieki koordynowanej, konsultacja może mieć charakter telekonsultacji lekarza POZ z lekarzem diabetologiem, celem omówienia dalszego postępowania.

8. Wskazania do hospitalizacji

- Nowo wykryta cukrzyca typu 1 oraz cukrzyca typu 2 z klinicznymi objawami hiperglikemii przy braku możliwości zapewnienia leczenia w warunkach ambulatoryjnych
- Ostre powikłania cukrzycy (ciężka, nawracająca hipoglikemia i hiperglikemia, kwasica i śpiączka cukrzycowa)
- Zaostrzenie późnych powikłań
- Konieczność modyfikacji schematu terapii u chorych, u których nie ma możliwości uzyskania efektów w warunkach leczenia ambulatoryjnego

9. OPIEKA KOORDYNOWANA nad pacjentem z cukrzycą w POZ

W placówkach realizujących opiekę koordynowaną istnieje możliwość realizacji szerszego panelu badań diagnostycznych oraz realizacji konsultacji specjalistycznych, bez konieczności kierowania pacjenta do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

W ramach opieki koordynowanej, po rozpoznaniu cukrzycy, należy zapewnić pacjentowi:

- Wizytę kompleksową z opracowaniem/modyfikacją indywidualnego planu opieki medycznej (IPOM) – raz w roku
- Wizyty kontrolne – indywidualnie, w zależności od stanu klinicznego pacjenta
- Badania diagnostyczne – z koszyka badań diagnostycznych POZ oraz z budżetu powierzonego
- Konsultacje specjalistyczne diabetologa
- Porady edukacyjne
- Porady dietetyczne
- Wsparcie koordynatora

Wizyta kompleksowa powinna składać się z pełnego badania podmiotowego i przedmiotowego, zawierającego elementy opisane w punkcie 5, przy czym: pomiar wzrostu, wagi, obliczenie BMI, pomiar RR, HR, EKG, mogą być wykonane przez pielęgniarkę.

Lekarz powinien, oprócz przeprowadzenia wywiadu i badania przedmiotowego, dokonać analizy wyników badań i innych danych medycznych oraz opracować zalecenia dla pacjenta w formie IPOM (lub dokonać weryfikacji istniejącego planu) – na 12 kolejnych miesięcy.

Badania diagnostyczne obowiązkowe do wykonania na pierwszej wizycie kompleksowej, a następnie minimum raz w roku, to:

- HbA1c
- lipidogram (cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL, nie-HDL, triglicerydy)
- badanie ogólne moczu z osadem
- stężenie kreatyniny w surowicy z wyliczeniem eGFR
- albuminuria lub UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu)

Wykonanie innych badań, zarówno laboratoryjnych, jak i obrazowych, powinno być zlecone przez lekarza POZ po ustaleniu indywidualnych wskazań, wynikających z oceny stanu klinicznego pacjenta i m.in. występowania chorób współistniejących oraz powikłań cukrzycy, po ewentualnych konsultacjach specjalistycznych, jeśli są niezbędne.

Badania kontrolne powinny być wykonywane częściej w przypadku konieczności intensyfikacji terapii i kontroli osiągnięcia celu terapeutycznego, a także w przypadku konieczności monitorowania rozwoju powikłań.

Indywidualny Plan Opieki Medycznej (IPOM) powinien zawierać zalecenia:

- wizyt kontrolnych,
- badań kontrolnych,
- porad edukacyjnych (do 6 w roku),
- konsultacji dietetycznych (do 3 w roku)
- konsultacji specjalistycznych

Za realizację IPOM odpowiada pacjent, wspierany przez koordynatora opieki.

Wykaz chorób wg klasyfikacji ICD-10 stanowiących przyczynę diagnostyki i leczenia świadczeniobiorcy, kwalifikujących do rozliczania świadczeń w zakresie budżetu powierzzonego opieki koordynowanej:

E10 - Cukrzyca insulinozależna

E11 - Cukrzyca insulinoniezależna

E13 - Inne określone postaci cukrzycy

E14 - Cukrzyca nieokreślona

Uwaga: dopuszczalne jest sprawozdawanie rozpoznań z rozszerzeniami większymi niż 3-znakowe

Opracowanie:

Dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW – konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej

Prof. dr hab. Krzysztof Strojek – konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii

Na podstawie:

1. *Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2022. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Current Topics in Diabetes 2022.* <https://ptdiab.pl/images/docs/zalecenia/CTiD-1-2022-pl.pdf>
2. *Wytyczne rozpoznawania i leczenia cukrzycy dla lekarzy rodzinnych Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Lekarz POZ 4/2022.* <https://www.termia.pl/Wytyczne-rozpoznawania-i-leczenia-cukrzycy-dla-lekarzy-rodzinnych-Polskiego-Towarzystwa-Medycyny-Rodzinnej-Kolegium-Lekarzy-Rodzinnych-w-Polsce-i-Polskiego-Towarzystwa-Diabetologicznego,98,47994,0,0.html>