

## Głos Zarządu

### Szanowni Państwo,

W ostatnich latach obserwujemy znaczący postęp w zakresie terapii cukrzycy. Obejmuje on wprowadzenie do praktyki klinicznej zarówno nowych leków przeciwhiperglykemicznych, jak i nowych cząsteczek insuliny, a także dużo szersze stosowanie nowoczesnych technologii wspomagających monitorowanie glikemii oraz insulinoterapię. W obliczu tych faktów warto sobie zadać pytanie o najnowsze dane dotyczące częstości rozpoznawania przewlekłych powikłań u pacjentów z cukrzycą.

Cieszy nas fakt, iż w 2017 roku zostały opublikowane aktualne stanowiska Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego (ADA) dotyczące patogenez, prewencji oraz standardów leczenia neuropatii i retinopatii cukrzycowej. Ugruntowana została koncepcja neurowaskularnego podłoża rozwoju powikłań, a także podkreślono konieczność poszukiwania nowych, innowacyjnych badań diagnostycznych ich wczesnych etapów. W tym zakresie przeprowadzono ostatnio badania nad możliwością wprowadzenia do praktyki klinicznej m.in. oceny zaburzeń potliwości czy gęstości włókien nerwowych w materiale z biopsji skóry jako wykładnika neuropatii włókien cienkich. Autorzy wytycznych ADA podkreślają, że podstawą rozpoznawania polineuropatii obwodowej jest nadal przede wszystkim ocena objawów podmiotowych, badanie czucia dotyku, wibracji oraz temperatury, a badania przewodnictwa nerwowego powinny być wykonywane w przypadkach wątpliwych, o nietypowym przebiegu. Ocena kliniczna pacjentów jest niezwykle istotna ze względu na fakt, że nawet 50% przypadków neuropatii przebiega bezobjawowo.

Badania przesiewowe w kierunku obecności retinopatii powinny być przeprowadzane w momencie rozpoznania cukrzycy u pacjentów z cukrzycą typu 2 oraz po 5 latach trwania choroby w przypadku cukrzycy typu 1. Następnie należy rozważyć ocenę raz na dwa lata, jeśli wyniki dwóch kolejnych badań są prawidłowe. Autorzy stanowiska dotyczącego retinopatii cukrzycowej podkreślają znaczący postęp, jaki osiągnięto w zakresie metod diagnostycznych oraz leczenia

powikłań ocznych u chorych na cukrzycę. Na szeroką skalę wprowadzono do praktyki metodę optycznej koherentnej tomografii (OCT) jako miernika grubości siatkówki oraz nieinwazyjnej oceny obrzęku płamki, a także metodę szerokokątnej fotografii dna oka. Pozwoliło to na wcześniejsze oraz bardziej precyzyjne rozpoznanie nieuchwytnych dotychczas zmian cukrzycowych. Dodatkową możliwością w badaniu OCT, która być może znajdzie zastosowanie kliniczne w najbliższym czasie, jest jej program naczyniowy, umożliwiający precyzyjną, ilościową ocenę unaczynienia siatkówki oraz naczyń siatkówki oka. Wykazanie zmian unaczynienia siatkówki poprzedzających ujawnienie retinopatii w tradycyjnym badaniu oftalmoskopowym ma wielkie znaczenie kliniczne. Wiadomo bowiem, że rozpoznanie retinopatii cukrzycowej w stadium łagodnych zmian nieproliferacyjnych pozwala na wdrożenie działań mogących odwrócić patologię. Kolejnym znaczącym postępem w ostatnich latach było wprowadzenie i ugruntowanie pozycji doszkliskowych iniekcji preparatów anti-VEGF w leczeniu obrzęku płamki. Dane epidemiologiczne już wskazują na zmniejszenie częstości rozpoznawania retinopatii cukrzycowej u pacjentów z cukrzycą w badaniach opublikowanych po 2000 roku.

W tym roku miałam okazję uczestniczyć po raz kolejny w konferencji grupy roboczej do spraw neuropatii EASD (NEURODIAB), która odbyła się w dniach 9–11 września 2017 roku w Coimbrze. Spotkania te są zawsze okazją do wymiany doświadczeń oraz przedstawienia wyników badań własnych. Co istotniejsze, dają również możliwość porównania prac badawczych oraz praktyki klinicznej w zakresie neuropatii prowadzonych w wiodących ośrodkach w Europie i na świecie. Kilku-letni udział w spotkaniach NEURODIAB stał się dla mnie motywacją do próby sprawdzenia wprowadzanych na świecie metod diagnostycznych na gruncie polskim. Czas pokaże, na ile chociaż niektóre z nich znajdą stałe miejsce w codziennej praktyce i przyczynią się w sposób realny do wcześniejszego wykrywania retinopatii oraz neuropatii cukrzycowej.

W imieniu Zarządu PTD  
Dr hab. Aleksandra Araszkiwicz, prof. UM

