

## MENAXHIMI I DIABETIT MELIT TIP 2 NË KUJDESIN PARËSOR SHËNDETËSOR



Mehmedali Gashi

Specialist i Mjekësisë  
Familjare,  
Qendra Kryesore e Mjekësisë  
Familjare, Prizren

Diabeti është një epidemi e madhe në mbarë botën me më shumë se 537 milion adult (20-79 vjeç), që jetojnë me këtë sëmundje. Ky numër parashihet të rritet në 643 milion deri në vitin 2030 dhe 783 milion deri në vitin 2045.

Sipas Qendrës për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve, vizitat në kujdesin parësor përbënin 52.3% të të gjitha vizitave mjekësore në Shtetet e Bashkuara në 2013. Diabeti ishte diagnoza parësore e 5-të, e renditur për vizita të tilla, që përbënte ~3% të diagnozave parësore. Në fokus të menaxhimit të diabetit është sfida e kontrollit adekuat të glukozës në një afat të gjatë, për të parandaluar komplikime të tilla si retinopatia, nefropatia dhe neuropatia, duke shmangur në ndërkohë hipoglikeminë potencialisht kërcënuese për jetën (1).

Kujdesi parësor është bërë një pikë qendrore për menaxhimin e diabetit. Aktualisht, profesionistët e kujdesit parësor shëndetësor ofrojnë kujdes klinik për ~ 90% të individëve me diabet të tipit 2, dhe kjo përqindje ka të ngjarë të rritet me kalimin e kohës (2).

Me një popullatë në rritje të diabetikëve, shfrytëzimi racional i kohës në dispozicion nga ofruesit e KPSH është thelbësor në menaxhimin me sukses të pacientëve. Sfida është se menaxhimi i diabetit është bërë gjithnjë e më kompleks, si rezultat i kategorive të shumta të medikamenteve (përfshirë medikamentet e kombinuara), nevojës për të shmangur hiper dhe hipoglikeminë, zgjedhjeve të shumta të pajisjeve mjekësore për menaxhimin e diabetit, nevojës për të lehtësuar ndryshimet e stilit të jetesës së pacientëve, dhe çështje të tjera. Në një studim të tendencave në kompleksitetin e kujdesit për diabetin në mjekësinë e kujdesit parësor midis 1991 dhe 2000, numri i individëve me diabet që merrnin të paktën 5 medikamente u rrit nga 18.2 % në pothuajse 30%. Pavarësisht nga ky kompleksitet gjithnjë në rritje, përqindja e vizitave mjekësore që zgjasin >20 minuta u rrit vetëm 3.1% gjatë kësaj periudhe kohore (3).

Pacientët me diabet të tipit 2 shpesh kanë probleme shëndetësore shoqëruese akute ose kronike, që e detyrojnë klinikistin të prioritojë dhe adresojë problemet më urgjente ose problemet simptomatike fillimisht. Situata ndërlikohet më tej nga mungesa e aksesit në një ekip të plotë multidisiplinar të kujdesit shëndetësor për diabetin ose nga mungesa e sistemeve brenda kujdesit parësor shëndetësor, për të ofruar mbështetje të vazhdueshme për këtë sëmundje kcnike (4).

Menaxhimi i pacientëve me diabet të tipit 2 në kujdesin parësor: Tejkalmi i inercisë dhe avancimi i terapisë me përdorimin e terapisë injektabile

Diabeti i tipit 2 (T2D) është kryesisht një sëmundje e rezistencës ndaj insulinës dhe dështimit

progresiv të qelizave  $\beta$ , por proceset e shumta patofiziolgjike kontribuojnë në zhvillimin dhe përparimin e tij (siç përmbledhet nga DeFronzo). Hiperglikemia zhvillohet dhe përparon derisa qelizat  $\beta$  dështojnë, dhe sekretimi i insulinës bëhet i pamjaftueshëm për të kompensuar rezistencën insulinike. Në këtë proces, hiperglikemia postprandiale fillon të lajmërohet herët, e pasuar nga hiperglikemia esëll. Është vlerësuar se funksioni i qelizave  $\beta$  të pacientëve mund të jetë tashmë i zvogëluar deri në 50% në momentin e diagnozës. Ndërsa shenjat dalluese të sindromës metabolike, të manifestuara me rezistencë insulinike, dislipidemi, hipertension dhe rreziqet shoqëruese të ngjarjeve kardiovaskulare (CV), mund të jenë të pranishme për më shumë se 10 vjet para diagnostikimit të DM. Edhe pse pacientët mund të kenë përgjigje insulinike sadopak të mbetur, natyra progresive e DMT2 do të thotë që shumë pacientë përfundimisht do të kenë nevojë për terapi injektuese, të cilat aktualisht përfshijnë terapi të insulinës dhe klasën e agonistëve të receptorit peptid-1 të ngjashëm me glukagonin (GLP-1) (5).

Parimi kryesor: Terapija e avancuar për të kontrolluar hiperglikeminë

Inercia e mjekut ose pacientit shpesh shkakton një vonesë në përshkallëzimin e trajtimit. Lehtësimi i adherencës duhet të jetë një pjesë kyçe e çdo plani trajtimi të përqendruar te pacienti, me faktorë të tillë si perceptimet në lidhje me efikasitetin e trajtimit, frika nga hipoglikemia dhe efektet e tjera të padëshiruara të ilaçeve të konsideruara dhe të adresuara si pjesë e follow-up-it.

Terapija e avancuar më shpesh përfshin shtimin e antidiabetikut oral të dytë ose të tretë fillimisht. Opsione të tjera janë shtimi i një agonisti të receptorëve GLP-1 të injektueshëm, veçanërisht në rastet kur përfitimi CV është prioritet, ose kur është e përshtatshme, fillimi i terapisë me insulinë bazale.

Rekomandimet aktuale të udhërrëfyeseve sugjerojnë fillimin e terapisë injektuese me një RA GLP-1 para insulinës, në shumicën e rasteve.

Sipas një meta-analize të hulumtimeve klinike, shtimi i insulinës ose GLP-1 RA te pacientët me metforminë, rezultoi në reduktime të ngjashme dhe superiore të A1c kundrejt atyre me shtimin e antidiabetikëve oralë të tjerë (sulfonilurea, glinidet, tiazolidinedionet, frenuesit e  $\alpha$ -glukozydazës, dhe inhibitorët e dipeptidil peptidaza-4 (DPP-4) (5).

Sfidat në Kujdesin Parësor

Mjekët e kujdesit parësor përballen me shumë sfida për të siguruar që pacientët me DMT2 të avancojnë terapi të tyre sipas nevojës, për të mbajtur kontrollin e glikemisë. Një faktor kryesor që shkakton vonesa në fillimin ose intensifikimin e trajtimit është inercia klinike e mjekëve,

pacientëve dhe sistemit të kujdesit shëndetësor.

Nuk është e pazakontë që klinikistët të hasin në rezistencë ndaj një ndryshimi në trajtim nga pacientët e tyre. Është konstatuar se pengesat që kanë të bëjnë me pacientët përbëjnë ~ 30% të faktorëve kryesorë që kontribuojnë në inercinë klinike. Këto barrierat e pacientëve varen nga një sërë faktorësh, si: literatura mjekësore, kostot, numri i medikamenteve, besimi te mjeku i tyre, komunikimi dhe koha e kaluar me mjekun e tyre.

Është përshkruar gjithashtu një "shqetësim insulinik" specifik, i lidhur me paaftësinë e perceptuar për t'u përballur me kërkesat e terapisë me insulinë. Kundërshtimet e zakonshme të shprehura nga pacientët me DMT2 që po kalojnë në terapi injektuese përfshijnë frikën nga injeksionet, nga shtimi i peshës, nga efektet negative në cilësinë e jetës dhe se sëmundja po bëhet më e rëndë; atyre mund t'u mungojë besimi në aftësinë që të merren me regjimin e ri terapeutik dhe mund të besojnë se nevoja për insulinë përfaqëson një dështim nga ana e tyre. Ekzistojnë disa strategji që mund të ndihmojnë në tejkalimin e kundërshtimeve të pacientëve ndaj terapisë me injeksion.

Shqetësimet sociale janë një aspekt tjetër për t'u marrë parasysh. Frika nga stigma sociale shpesh çon në joaderencë dhe mund të ndikojë negativisht në rezultatet e trajtimit. Mjekët duhet t'i diskutojnë këto shqetësime me pacientët e tyre dhe t'i ndihmojnë ata të gjejnë zgjidhje për të minimizuar ndikimin e trajtimit në rutinën e përditshme dhe jetën sociale të pacientëve.

Shqetësimet e tilla, të lidhura me ankthin për trajtimin e tyre ose progredimin e sëmundjes, eksplorohehen më së miri me pyetje të hapura.

**Pyetje të hapura për të eksploruar barrierat e pacientëve ndaj terapisë me insulinë:**

- 1.Sa i kënaqur jeni me terapisë aktuale të diabetit?
- 2.Si mendoni se insulina mund të ndihmojë në diabetin tuaj?
- 3.A e njihni dikë që ka përdorur insulinë dhe cila ishte përvoja e tij?
- 4.Cili është shqetësimi juaj më i madh për përdorimin e insulinës?
- 5.Sa i sigurt jeni që mund t'a injektoni insulinën rregullisht?
- 6.Cilat pengesa mendoni se do t'ju pengojnë të merrni insulinë?
- 7.Çfarë informacioni ose mbështetjeje ju nevojitet për të qenë të gatshëm të merrni injeksione insuline? (6).

Shembujt e dhënë janë të fokusuar në terapisë me insulinë, por pyetje të ngjashme mund të bëhen kur intensifikohet terapia me shtimin e injektuesve të tjerë.

Një pjesë e rëndësishme për të ndihmuar pacientët të kapërcejnë barrierat e tyre për avancimin e terapisë është edukimi i tyre për natyrën progresive të sëmundjes së tyre, duke i përgatitur ata për intensifikim të terapisë si dhe shmangie të përshtypjes se përparimi në terapi me insulinë paraqet një dështim nga ana e pacientit.

Pothuajse gjysma e pacientëve në studimin DAWN (Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs) shprehën besimin se fillimi i insulinës nënkuptonte se ata nuk kishin ndjekur siç duhet trajtimin e mëparshëm; për më tepër, ky ishte besimi negativ që lidhej më shumë me mosgatishmërinë e tyre për të filluar terapisë me insulinë.

Shpjegimi i hershëm i pacientëve se sëmundja e tyre është progresive për nga natyra dhe se nevoja për të ndryshuar ose shtuar terapisë e tyre, duke përfshirë fillimin e insulinës, ka të ngjarë të ndodhë në vitet në vijim, mund të minimizojë kundërshtimet e pacientëve kur kërkohet një ndryshim i tillë. Klinikistët duhet të potencojnë se ri rregullimi i terapisë nuk është një shenjë e dështimit personal. Është interesante se > 80% e pacientëve në SHBA shprehën njëfarë besimi se do të ishin në gjendje të titronin saktë dozën e tyre të insulinës. Megjithatë, i njëjti studim raportoi se 42% e pacientëve nuk ishin të vetëdijshëm se titrimi ishte i nevojshëm tek ata, duke sugjeruar se ekziston nevoja për edukim të shtuar të pacientit.

#### Konkluzionet

- Për shkak të natyrës progresive të T2D, nevoja për të avancuar terapisë me kalimin e kohës është një realitet për shumicën e pacientëve.
- Udhërrëfyesit e trajtimit rekomandojnë objektiva të individualizuara të trajtimit bazuar në karakteristikat e pacientit si: rreziku CV dhe sëmundje të tjera shoqëruese.
- Rezultatet më të mira mund të arrihen nëse klinikistët shmangin inercinë klinike në avancimin e terapisë për të arritur objektivat, gjatë gjithë jetës së pacientëve të tyre.
- Agjentët injektues paraqesin opsione të rëndësishme për të avancuar terapisë dhe për të reduktuar hiperglikeminë, por shpesh hasin në rezistencë nga pacientët dhe mjekët.Insulinat bazale që sigurojnë kontroll efektiv të glikemisë me rrezik të ulët të hipoglikemisë, ofrojnë rehati më të madhe dhe fleksibilitet më të madh të dozimit.

•GLP-1 të vetme ose të kombinuara me insulinën bazale sigurojnë kontroll të mirë të glikemisë me humbje peshe ose më pak shtim në peshë, rrezik të ulët të hipoglikemisë dhe efekte të mundshme të dobishme CV.

•FRC (Fixed-Ratio Combination Therapy) e insulinës bazale dhe një GLP-1 sigurojnë reduktime më të mëdha të A1c sesa secili prej përbërësve të tyre vetëm, dhe zvogëlojnë shtimin në peshë dhe efektet anësore GI.

•Për të përmirësuar rezultatet e pacientit, mjekët duhet të jenë të gatshëm (të vullnetshëm) të adresojnë shqetësimet e pacientëve dhe të zbatojnë terapisë e duhura në kohën e duhur.

**Përditësimi i deklaratës së pozicionit të vitit 2022 nga Primary Care Diabetes Europe: qasja në menaxhimin farmakologjik të diabetit të tipit 2 në kujdesin parësor**

Terapisë dhe provat mjekësore të reja dhe në zhvillim kanë ndryshuar peizazhin (tablonë) për menaxhimin e njerëzve me diabet të tipit 2 me sëmundje kardiovaskulare (CVD) dhe ata me faktorë rreziku për sëmundje kardiovaskulare. Më parë, udhëzuesit vlerësonin kujdesin e mirë të diabetit bazuar kryesisht në objektivat e hemoglobinës së glikolizuar (HbA1c), por përditësimet e fundit kanë bërë një ndryshim të madh, duke rekomanduar tani një qasje të menaxhimit të rrezikut të multimorbiditeteve, kryesisht bazuar në rezultatet e hulumtimeve kardiovaskulare (cardiovascular outcome trials - CVOTs) (7).

Kontrolli efektiv i glikemisë mbetet gjithashtu një konsideratë e rëndësishme për parandalimin ose përmirësimin e sëmundjeve mikrovaskulare. Realiteti i Kujdesit Parësor Shëndetësor kërkon një qasje gjithnjë e më gjithëpërfshirëse dhe të integruar të kujdesit për menaxhimin optimal të pacientit.

Roli i profesionistëve të kujdesit parësor si mjekë të linjës së parë në menaxhimin e sëmundjeve kronike, dallon në mbarë botën. Ndërsa çdo vend do të ketë realitetet e veta të trajtimit, kjo deklaratë pozicioni synon të ofrojë një interpretim kritik të evidencave më të mira të disponueshme dhe një mjet unik për të lehtësuar zbatimin e tij në vendimmarrjen klinike në KPSH.

Barra e rëndë e DMT2 njihet globalisht (8), duke llogaritur afërsisht 90% të 537 milionë rasteve të diabetit në mbarë botën. Diabeti mund të menaxhohet me sukses dhe ndërlikimet e lidhura me të mund të parandalohen, veçanërisht nëse zbulohen dhe trajtohen herët (9). Të kuptuarit e kompleksitetit të sëmundjes dhe opsioneve farmakologjike janë kritike për sigurimin e kujdesit

optimal të pacientit dhe përmirësimin e rezultateve. Kur DMT2 nuk trajtohet me kohë dhe në mënyrë efektive, e menaxhuar keq, shoqërohet me komplikime kërcënuese për jetën, duke përfshirë sëmundjen kronike të veshkave (SKK), amputimet, verbimet dhe SKV.

Prania e multimorbiditetit është realitet për shumicën dërrmuese të pacientëve me DMT2. SKV prekin rreth 30% të të gjithë njerëzve me DMT2 (10) dhe janë shkak kryesor i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë (11). Kështu, një plan gjithëpërfshirës i menaxhimit të diabetit për parandalimin parësor dhe dytësor të SKV është i rëndësishëm dhe përfshin edukimin e pacientëve për të marrë vendime të informuara që do t'u ndihmojnë të kenë sukses në arritjen e objektivave të tyre të glikemisë dhe të parandalojnë numrin dhe kompleksitetin e komplikimeve serioze.

Si ekspertë në mjekësinë e personit të tërë, mjekët e kujdesit parësor duhet të përdorin ekspertizën e tyre të përgjithshme për të punuar me pacientët e tyre, për të zhvilluar një plan trajtimi gjithëpërfshirës, që adreson të gjitha nevojat dhe qëllimet e tyre shëndetësore. Sigurisht, një qasje gjeneraliste e bazuar në evidenca, është sugjeruar si rrugë adekuate për të adresuar sfidat komplekse të multimorbiditetit dhe për të shmangur kurthet e trajtimit të

secilës gjendje të sëmundjes në izolim (12).

Qasja në kujdesin e përqendruar të pacientit mund të përmirësojë ndjeshëm rezultatet për njerëzit me DMT2 dhe ky proces fillon në nivelin e KPSH. Pjesa më e madhe e menaxhimit rutinë të DMT2 bëhet në KPSH (13), si pjesë e modelit të kujdesit kronik, i cili fokusohet në një qasje ekipore të integruar multidisiplinare, që përfshin specialistë, dietologë, infermierë dhe profesionistë të tjerë shëndetësorë.

Ndonëse infermierët luajnë një rol qendror në KPSH, shkalla e përfshirjes së tyre profesionale mund të dallojë shumë në sisteme të ndryshme të kujdesit shëndetësor (14, 15). Megjithatë, pacientët vazhdojnë të përfitojnë nga kujdesi gjithëpërfshirës, pasi mjekët familjar janë në gjendje të ofrojnë trajtimet e rekomanduara në kohë, bazuar në ekspertizën e tyre klinike si në menaxhimin e gjendjeve kronike ashtu edhe në ato akute si dhe bazuar në marrëdhënien efektive pacient-mjek të mundësuar nga kujdesi kontinuel që ofrojnë (16).

Procesi i vendimmarrjes klinike në kujdesin parësor është jashtëzakonisht kompleks, kështu që profesionistëve të KPSH ju duhet mjaft mund për t'i mbajtur njohuritë e përditësuara në një peizazh shkencor që ndryshon vazhdimisht dhe me burime të kufizuara në dispozicion për t'u kujdesur për pacientët e tyre. Hulumtimet kanë zb-

uluar mungesë të aderencës në udhërrëfyesit e trajtimit midis këtyre sfidave, duke rezultuar në avancim të vonuar ose të përshtatshëm të terapisë dhe dështim në përbushjen e objektivave të rekomanduara nga udhërrëfyesit.

Pavarësisht këtyre sfidave, kujdesi ndaj diabetit me cilësi të lartë është treguar të jetë i arritshëm në mjedisin e Kujdesit Parësor (17, 18). Si i tillë, trajnimi për përdorimin optimal të terapive të disponueshme dhe udhëzuesit të trajtimit specifik për kujdesin parësor, janë të nevojshme për të kapërcyer inercinë terapeutike, për të përmirësuar kontrollin e DMT2 dhe për të parandaluar komplikimet. Numri i vogël i hulumtimeve të randomizuara të kontrolluara (RCT) të kryera në popullatat e kujdesit parësor, paraqet një pengesë të mundshme për zhvillimin e udhëzuesve të trajtimit dhe mjeteve specifike për kujdesin parësor (19).

Edhe pse ka pasur një rritje në hulumtimet e bëra për diabetin nga KPSH viteve të fundit, kjo ende mbetet dukshëm prapa hulumtimeve në përgjithësi për diabetin (0.5% në 1996 dhe 2.2% në 2016) (20). Nevojiten më shumë kërkime për të forcuar kapacitetin e ekipeve të kujdesit parësor, për t'u përballur me epideminë e diabetit.

### Shtresimi i rrezikut kardiovaskular tek pacientët me DMT2

Pacientët me DMT2 konsiderohen të jenë në **rrezik shumë të lartë** për SKV, nëse kanë ndonjë nga të mëposhtmet:

- 1 Histori për SKV (A)
2. Faktorë rreziku të shumtë të pakontrolluar për SKV, përfshirë: hipertensioni, hiperlipidemia, obeziteti, duhani dhe/ose inaktiviteti fizik (A)
- 3 Shkalla e filtrimit glomerular (eGFR) <60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> (B)
- 4 Albuminuria (B)
- 5 Mosha gjatë diagnozës <40 vjet (C)

Të gjithë pacientët tjerë me DMT2, përfshirë pacientët ≥65 vjet, konsiderohen të jenë në **rrezik të lartë kardiovaskular**

Shkronjat (A–C) tregojnë nivelin e evidences, bazuar në sistemin e gradimit të American Diabetes Association: A, evidencë e qartë nga studimet RCT, përfshirë 1) evidenca nga a studimet multicentrike ose meta - analizat që inkorporojnë vlerësimet e cilësisë në analizë, 2) prova bindëse jo eksperimentale, 3) prova mbështetëse nga RCT; B, prova mbështetëse nga studimet kohort ose studime rast-kontrol; C, prova mbështetëse nga studime dobët të kontrolluara ose të pakontrolluara, ose prova kundërtëse me peshën e evidences që e mbështesin rekomandimin; E, Opinion ekspertësh

### Rekomandimet e trajtimit për pacientët me ASCVD (7)

- Konsidero iniciimin me metformin + SGLT-2i / GLP-1RA, në vend të trajtimit hap pas hapi (E)
- Metformina si terapi e linjës së parë (A)
- SGLT-2i ose GLP-1RA me benefit të provuar kardiovaskular, si terapi e linjës së dytë (A)
- Përdorni insulinën bazale me kujdes kur opsionet e tjera kanë dështuar dhe objektivat e glikemisë nuk janë përbushur (E)

#### Rekomandimet e trajtimit për pacientët me pamjaftueshmëri të zëmrës (7)

- Konsideroni fillimin e metforminës + SGLT-2i, në vend të trajtimit hap pas hapi (E)
- Metformina si terapi e linjës së parë (A)
- SGLT-2i si terapi e linjës së dytë (A)
- Shmangni pioglitazone (A) dhe saxagliptin (A) dhe përdorni insulinë bazale me kujdes (B)

#### Rekomandimet e trajtimit për pacientët me pamjaftueshmëri kronike të veshkave (7)

- Konsideroni fillimin e metforminës + SGLT-2i në vend të trajtimit hap pas hapi (E), sipas kufizimeve të miratuara të dozës dhe indikacioneve nga eGFR.
- Metformina si terapi e linjës së parë, nëse eGFR  $\geq 30$  mL / min /  $1.73\text{m}^2$  (A)
- SGLT-2i si terapi e linjës së dytë (A), edhe kur kontrollohet mirë vetëm me metformin (E)
- GLP-1RA si terapi e linjës së tretë ose nëse trajtimet e mëparshme nuk tolerohen (A), e pasuar nga DPP-4i (A)
- Zvogëloni dozën e glinideve dhe zvogëloni dozën ose ndërprisni SU nëse eGFR  $< 45$  mL/min/ $1.73\text{m}^2$  për të zvogëluar rrezikun e hipoglikemisë (A)

#### Rekomandimet e trajtimit për pacientët me rrezik të lartë për SKV

- Konsideroni fillimin e metforminës + SGLT-2i/GLP-1RA/DPP-4i, në vend të trajtimit hap pas hapi (E)
- Metformina si terapi e linjës së parë (A)
- SGLT-2i ose GLP-1RA ose DPP-4i si terapi e linjës së dytë, ku kostoja nuk është pengesë (A). Nga këto, preferohen SGLT-2i ose GLP-1RA me benefit kardiovaskular të provuar.
- SU ose glinidet e gjeneratës më të re, kur kostoja e barit duhet të minimizohet (A)
- Pioglitazoni në pacientët me NAFLD dhe ku mbizotëron rezistenca ndaj insulinës (A)
- Insulina bazale kur terapitë e tjera janë eksploruar dhe objektivat e glikemisë nuk janë përmbushur (E)
- Terapia e plotë me insulinë bazale-bolus, vetëm si mjeti i fundit (E)

#### Rekomandimet e trajtimit për pacientët me obezitet

- Konsideroni fillimin e metforminës + GLP-1RA / SGLT-2i, në vend të trajtimit hap pas hapi (E)
- Metformina si terapi e linjës së parë (A)
- GLP-1RA ose SGLT-2i si terapi e linjës së dytë (A)
- Kur është e mundur, shmangni trajtimet që shkaktojnë shtim në peshë, duke përfshirë shumicën e SU, glinidet, pioglitazone dhe insulinën (A)
- Nëse kërkohet insulinë bazale, merrni parasysh kombinimet fikse insulinë / GLP-1RA, nëse ka (A)