Liečba staršej krehkej pacientky po NCMP s mentálnou aj fyzickou odkázanosťou inzulínom glargín 300 U/ml

MUDr. Martina Gubíková
Diabetologická ambulancia Poliklinika Jazero, Košice IV

Abstrakt

Starnúca populácia celosvetovo rastie a v kombinácii s komorbiditami vyššieho veku sa z tejto situácie stáva nielen medicínsky, ale aj sociálny problém. V prezentovanom prípade ide o pacientku po NCMP s mentálnou aj fyzickou odkázanosťou na pomoc druhej osoby. Hľadanie optimálnej terapie diabetu v tejto situácii je často zdĺhavý proces vyžadujúci úzku spoluprácu lekára aj rodiny pacientky. Moderná liečba diabetu poskytuje možnosti na dosiahnutie individuálnych cieľov kompenzácie s malým rizikom hypoglykémie.



Úvod

S predlžovaním ľudského života a stúpajúcou prevalenciou diabetu pribúdajú aj starší diabetici. V kombinácii s komorbiditami vyššieho veku sa z tejto situácie stáva nie iba medicínsky, ale významne aj sociálny problém

Definície staroby sa líšia, ale vo všeobecnosti sa za staršieho človeka považuje vek nad 65 rokov a za starého od 75 rokov fyzického veku. Z pohľadu každodennej praxe sa však javí ako dôležitejšie posúdenie skôr fyziologického – vaskulárneho veku. Ten závisí od životného štýlu, genetického pozadia, faktorov prostredia a prítomnosti komorbidít ako obezita, diabetes, hypertenzia, srdcové zlyhanie, renálna insuficiencia, artropatia, kognitívna dysfunkcia a pod. Na základe týchto skutočností predstavuje komunita starších ľudí heterogénnu skupinu s rozdielnou funkčnou kapacitou, fyziologickým profilom a očakávanou dĺžkou života.

IDF delí starších pacientov do troch skupín[1]:

1. Pacienti funkčne nezávislí a sebestační, nemajú život ohrozujúce komorbidity. Pre túto skupinu predstavuje DM len medicínsky problém.
2. Pacienti funkčne závislí od pomoci druhej osoby, nie sú schopní autonómneho života v plnej kvalite.

   Delia sa na dve podskupiny:

- Krehkí pacienti s nestabilitou, závratmi, poklesom hmotnosti a výraznou redukciou pohyblivosti a/alebo sily, čo u nich zvyšuje riziko pádu a potreby inštitucionalizácie.
- Pacienti s kognitívnou dysfunkciou až demenciou, neschopní sa starať o seba sami, a tým pádom v riziku zlej glykemickej kontroly alebo ohrození hypoglykémiou.

3. Pacienti v terminálnom štádiu vážnych ochorení/malignity s krátkou očakávanou dĺžkou životaManažment diabetu v starobe závisí od prítomnosti komplikácií, komorbidít aj osobnej situácie pacienta. Niektorí starí ľudia nemajú žiadne obmedzenia a ich liečba je jednoduchá, iní majú mnohopočetné komplikácie aj ďalšie závažné ochorenia a ich liečba predstavuje výzvu aj pre skúseného lekára. Osobitnou skupinou sú starnúci pacienti s diabetom od mladého veku.

Ciele glykemickej kompenzácie závisia práve od celkového stavu pacienta a jeho očakávanej dĺžky života. U fyzicky aj mentálne nezávislého staršieho pacienta bez závažných komorbidít je cieľ kompenzácie porovnateľný s mladšími pacientami (HbA_{1c} pod 7 %). Pre ostatné skupiny diabetikov sa s pribúdaním komorbidít a obmedzení ciele kompenzácie posúvajú na HbA_{1c} 7,5 – 8,5 % u krehkých pacientov so závažnými komplikáciami. Limitujúcim faktorom je hypoglykémia a sebestačnosť pacienta.

Starnúca populácia rastie celosvetovo a podľa rôznych zdrojov predstavujú ľudia nad 60 rokov 15 – 17 % obyvateľstva. Z nich takmer tretina má poruchu regulácie metabolizmu glukózy, čo sa spája s rizikom rozvoja či s už prítomným diabetom.

Starší pacienti s diabetom majú podobné riziko rozvoja mikro- aj makrovaskulárnych komplikácií ako mladší jedinci, ale sú v oveľa vyššom absolútnom riziku kardiovaskulárnych ochorení ako rovnako starí ľudia bez diabetu. Geriatrický syndróm zahŕňajúci nedostatok fyzickej aj mentálnej aktivity, jednostrannú stravu s nedostatočným príjmom všetkých zložiek, depresiu, kognitívnu dysfunkciu až Alzheimerovu demenciu ďalej zvyšuje ich morbiditu aj mortalitu.

Kazuistika

Dnes 76-ročná pacientka M. V. s diabetom 2. typu prišla do mojej ambulancie v roku 2017 po prekonaní NCMP.

Na diabetes sa liečila od r. 2005 v mieste svojho bydliska na vidieku. Spočiatku bola liečená metformínom, neskôr kombináciou PAD. Komplikácie diabetu zatiaľ neboli známe, pacientka sa pred príhodou liečila ešte na arteriálnu hypertenziu. Podľa vyjadrenia dcéry bola liečba diabetu aj hypertenzie nepravidelná, pacientka na lieky zabúdala, prípadne si po predpisy do okresného mesta ani nešla pre vzdialenosť. Pomoc rodiny žijúcej v meste bola nepravidelná a pacientka sa zo svojho rodiska nechcela odsťahovať.

Na jar 2017 prekonala NCMP v ľavom karotickom riečisku s pravostrannou hemiparézou a spočiatku aj poruchou reči. Počas hospitalizácie bola pre nedostatočne kompenzovaný diabetes mellitus 2. typu nastavená na intenzifikovaný inzulínový režim s použitím prandiálneho a bazálneho humánneho inzulínu. Po hospitalizácii na neurologickom oddelení bola umiestnená na rehabilitačné a následne aj na doliečovacie oddelenie. Počas celého tohto obdobia bol inzulín podávaný zdravotnými sestrami a pacientka mala zabezpečenú pravidelnú stravu, hodnoty glykémií v profile kolísali 5,7 – 17 mmol/l, hypoglykémiu 3,2

mmol/l mala v nemocnici len raz. Po prepustení si pacientku vzala k sebe dcéra a pacientka prechádza ku mne do starostlivosti.
V máji 2017 má glykémiu nalačno 16,1 mmol/l, 2 hodiny po jedle 8,1 mmol/l, HbA_{1c} 7,64 %. Lieči sa humánnym prandiálnym inzulínom v dávke 10 – 8 – 9 j. a bazálnym inzulínom v dávke 18 j. pred spaním.

Lipidy sú pri liečbe atorvastatínom 80 mg denne v terapeutickom rozmedzí, hepatálne testy sú tiež v norme, hladina kreatinínu je 104 µmol/l. Pacientka užíva losartan, amlodipín a bisoprolol na liečbu hypertenzie, hodnota TK je pri tejto liečbe 140/80 mmHg. Inak užíva kys. acetylosalicylovú a vinpocetín, dcéra jej kupuje výživové doplnky. Pri výške 148 cm má pacientka 67 kg a BMI 31 kg/m².

Inzulín doma podáva dcéra, pacientka si ho pre hemiparézu nevie pichnúť sama. Podanie inzulínu však predstavuje pre obe ženy stres a neistotu, pacientka sa celkovo necíti dobre, nevie rozlíšiť, či ťažkosti súvisia s hladinou glykémie, bojí sa hypoglykémie. Dcéra sa obáva o matku, často jej meria glykémie a z obavy pred poklesom ju núti často jesť. V domácich meraniach sú glykémie 11 – 20 mmol/l bez poklesov pod 10 mmol/l. Pohybová aktivita je minimálna, pacientka vôbec nechodí von. Dcéra sa potrebuje vrátiť do práce a preto sa dožaduje zmeny liečby diabetu, ale zároveň chce pre matku dobrú kompenzáciu, aby znížila riziko ďalších komplikácií.

Obe ženy sú podrobne edukované o diétno-režimových opatreniach, meraní glykémie, zvládaní prípadných poklesov, ale aj o potrebe primeraného pohybu. Po dohode s dcérou mením inzulínový režim na konvenčný premixovaným inzulínovým analógom, aby dcéra mohla ráno podať inzulín, potom ísť do práce a popoludní po návrate domov podá druhú dávku. Pacientka bola nastavená na premixovaný preparát lispro 25 v dávke 20 – 0 – 18 j.. Do liečby dávam aj metformín 2 x 850 mg. Ostatná liečba ostáva, ako bola pôvodne nastavená v nemocnici.

Po 2 týždňoch sú glykémie v domácich meraniach v rozmedzí 7,3 – 12,6 mmol/l bez hypoglykémie, ale pre dyspepsie pacientka užíva metfomín len 850 mg denne. Pomaly sa mobilizuje, popoludní už chodí s oporou aj na krátke prechádzky.

V septembri 2017 je hodnota HbA_{1c} 8,3 %, hodnoty v domácich meraniach kolíšu pred jedlom 7,5 – 9 mmol/l a po jedlách 8 – 12 mmol/l, ale pacientka udáva zvýšenú konzumáciu sladkého ovocia a menej pohybu pre horúčavy. Hypoglykémiu nemala, pokles na 4,4 mmol/l už pociťovala a najedla sa. Celkovo sa cíti pomerne dobre, pretrváva mierna hemiparéza, dcéra udáva aj zabúdanie a nestabilitu pri chôdzi. Hodnota TK je stabilne okolo 140 – 150/80 – 85 mmHg, lieky užíva pravidelne pod dohľadom dcéry. Ostatné laboratórne parametre sú uspokojivé, hmotnosť stabilná.
V novembri 2017 prichádzajú obe akútne po tom, ako pacientka prekonala hypoglykémiu 2,8 mmol/l, keď po rannom podaní inzulínu dcéra nedohliadla na raňajky u matky a odišla do práce. Matka si ľahla ešte spať a dcéra ju našla spotenú a slabo reagujúcu po približne 2 hod., keď sa ju snažila kontaktovať telefonicky. Obidve ženy sú zo zážitku vystrašené, uvažujú o vynechaní inzulínovej liečby úplne. Umiestnenie v zariadení sociálnych služieb jednoznačne odmietajú.

Vzhľadom na situáciu mením liečbu na inzulín glargín 300 U/ml 24 j. večer a metformín 850 mg ráno. Dcéra súhlasí s pomalou titráciou inzulínu podľa aktuálnych glykémií.

V januári 2018 je HbA_{1c} 8,5 %, hodnoty v domácich meraniach 8,5 – 14 mmol/l bez hypoglykémie, pacientka si pichá 28 j. inzulínu, viac sa báli navýšiť. Dcéra ju počas dňa pravidelne kontroluje telefonicky. Neurologický nález je stabilný, pacientka chodí s oporou, trvá závratovosť a nestabilita pri chôdzi. Dcéra udáva u matky zábudlivosť a precitlivenosť. Ostatné laboratórne parametre sú uspokojivé, hodnoty TK aj v domácich meraniach primerané. Navyšujem dávku inzulínu na 32 j..

Počas nasledujúcich 2 rokov hodnoty HbA_{1c} pri tejto liečbe kolíšu 7,8 – 8,5 %, glykémie nalačno sú väčšinou 7,5 – 10 mmol/l, cez deň sa držia 8 – 12 mmol/l s občasnými výkyvmi podľa diéty a pohybu. Nižšiu glykémiu mala za ten čas len 3-krát okolo 4 mmol/l, keď vynechala jedlo, pacientka pokles cítila a dokázala si pomôcť sama. Dcéra dohliada na diétu, pravidelnosť jedla aj pichá mame inzulín. S touto liečbou sú obe

spokojné. Aj keď kompenzácia nie je optimálna, vzhľadom na celkovú rodinnú situáciu ju považujem za uspokojivú.

Vo februári 2020 pacientka prekonala recidívu NCMP ľahšieho stupňa, zhoršila sa jej mobilita aj kognitívne funkcie. Po návrate z nemocnice ju opatruje vnuk, málo chodí, väčšinou len sedí a leží pre bolesti nôh. Vnuk však prísnejšie stráži diétu, v septembri 2020 mala pacientka 64 kg a glykémia nalačno 7,3 mmol/l, po jedle 8,1 mmol/l, HbA_{1c} 7,4 % a v domácom profile glykémia 7 – 11 mmol/l bez hypoglykémií. Napriek tomu, že pacientka má teraz celodenný dohľad a pomoc druhej osoby, ponechala som ju na liečbe glargín 300 U/ml v dávke 32 j. 1 x denne a metformín 850 mg ráno. Pacientka je na túto liečbu zvyknutá, nemá už obavy z hypoglykémie a v prípade, že vnuk potrebuje nechať starú mamu pár hodín bez dozoru, je bezpečná.

Záver

Zvyšujúca sa očakávaná dĺžka života v spojení s rastúcou prevalenciou obezity a sedavého životného štýlu vedie k zvýšenému výskytu diabetu u starých ľudí. Okrem toho je starnutie charakterizované vyššou prevalenciou súvisiacich komorbidít a zvyšovaním krehkosti a nesebestačnosti. Je preto nevyhnutné poskytnúť starším diabetikom špecifickú a kvalitnú liečbu prispôsobenú ich individuálnej situácii, zdravotnému stavu a schopnostiam. Hlavným medicínskym obmedzením liečby býva hypoglykémia, poškodenie obličiek a chronické zlyhávanie srdca.

Pri výbere vhodnej liečby u staršieho diabetika musíme okrem medicínskych cieľov zohľadniť aj sociálnu situáciu a obavy pacienta. V prezentovanej kazuistike vidíme použitie prístupu „menej je niekedy viac“ pri dosiahnutí situácie uspokojivej pre všetky zúčastnené strany – pacientka má jednoduchú liečbu bez rizika hypoglykémie, dcéra je schopná pracovať aj starať sa o matku a lekár dosiahol tolerovateľnú kompenzáciu aj spoluprácu pacientky.

Literatúra

1. *Sinclair A, Dunning T, Colagiuris S. Managing older people with type 2 diabetes: Global guideline IDF 2013. Available from: http://www.idf.org/guidelines/managing-older-people-type-2-diabetes .*

„Kazuistika je prípadom z reálnej klinickej praxe. Odpoveď na liečbu sa môže u konkrétneho pacienta líšiť.“