Prínos liečby bazálnym inzulínovým analógom glargín 300 U/ml u pacientky

MUDr. Oľga Rybárová
Diabetologická ambulancia OLMED s. r. o., Revúca

Abstrakt

Kazuistika popisuje pacientku, ktorej bol DM diagnostikovaný v zrelom veku, má pridružené ochorenia. Pacientka bola liečená rôznymi terapeutickými skupinami liekov, prechod na IIT režim inzulínovými analógmi, po zmene na glargín 300 U/ml dochádza k významnému zlepšeniu metabolickej kompenzácie.



Úvod

Diabetes mellitus 2. typu je chronické progredujúce ochorenie so stúpajúcou prevalenciou a incidenciou z celosvetového hľadiska. S vekom prevalencia a incidencia DM stúpa. DM v staršom veku je spojený s vyšším rizikom mikro- a makrovaskulárnych komplikácií, s vysokou prevalenciou KV ochorení a s vysokou morbiditou a mortalitou. Riziko kognitívnych porúch je zvýšené. Podľa štatistických údajov NCZI bolo na Slovensku dispenzarizovaných vyše 180-tisíc pacientov s ochorením DM 2. typu vo vekovej skupine 50 – 69 rokov.

Pacient/klient očakáva od lekára účinnú, bezpečnú a dobre tolerovanú liečbu, s ktorou sa zdravotný stav nebude zhoršovať. Nenastúpia akútne ani chronické komplikácie a liečba ho nijako nebude obmedzovať.

Odporúčania odborných spoločností a názory expertov predstavujú konsenzus odporúčaní či liečebných postupov. V zrelom veku je potrebné stanoviť si reálne liečebné ciele, ktoré pacient aj lekár spolu prekonzultujú a akceptujú.

Popis samotného prípadu

Pacientka K. M. narodená v roku 1941

RA: brat sa lieči na diabetes mellitus

OA: pacientka liečená na artériovú hypertenziu, st. p. rádio- a chemoterapii pre karcinóm prsníka, liečba schizoafektívnej poruchy v starostlivosti psychiatra – liečba nie je evidovaná v dostupnej zdravotnej dokumentácii

LA: ramipril 2 x 5 mg, amlodipín 5 mg/R

Pacientke bolo ochorenie DM 2. typu zistené pri predoperačnom vyšetrení v roku 2008 ako 67-ročnej

Vstupné laboratórne vyšetrenia: glykémia nalačno 13,1 mmol/l, HbA_{1c} 8,01 % (DCCT), C-peptid 3,09 ng/ml, cholesterol 4,3 mmol/l, TG 2,84 mmol/l, kreatinín 65,6 µmol/l, výška 162 cm, hmotnosť 88 kg, BMI 33,5 kg/m².

Po diagnostikovaní DM nastavená na metformín 2 x 1000 mg, dôkladná edukácia o ochorení a stravovacích odporúčaniach. Pacientka akceptovala a tolerovala zvolenú liečbu veľmi dobre a profitovala z nej. Pri danej liečbe pokles glykémie nalačno 8,7 mmol/l, po jedle PPG 10,1 mmol/l, HbA_{1c} 7,6 % (DCCT).

Po ročnej liečbe (rok 2009) vzostup glykémií, HbA_{1c} 8,9 %, prechod na kombinovanú liečbu metformín 2 000 mg a vildagliptín 100 mg. Pri tejto liečbe DM dobre kompenzovaný, hodnoty HbA_{1c} 7,6 % – 7,8 % (DCCT).

Od roku 2011 vzostup glykémií nalačno 13,1 mmol/l, HbA_{1c} 10,10 %. Po vzájomnej dohode prechádzame na inzulínoterapiu: premixovaný humánny inzulín 30/70 ráno 20 j. a večer 14 j. a prandiálny NPH inzulín v dávke 10 j. pred obedom, perorálna liečba ponechaná bez zmeny. V období od roku 2011 do roku 2015 vykazovala pacientka dobrú kompenzáciu ochorenia, liečbu dobre tolerovala a akceptovala.

Počas roku 2016 znova vzostup glykémií FG – 11,2 mmol/l, PPG – 15,4 mmol/l, HbA_{1c} 10,2 % (DCCT). V liečbe sme urobili zmenu – prechod na analógové inzulíny, a to glulizín 54 j./24 hod v troch dávkach a bazálny analóg glargín 100 U/ml v dávke 28 j. večer, metformín a vildagliptín ostali v pôvodnej dávke. Glulizín a glargín 100 U/ml sme titrovali a upravovali podľa glykémií. Pri liečbe došlo k miernemu zlepšeniu metabolickej kompenzácie, ale v selfmonitoringu pretrvávali stále neuspokojivé glykémie. Intenzívnou a opakovanou edukáciou pacientky sme sa snažili napraviť jej chyby v stravovaní. Sama priznávala nedôslednosť v stravovaní a nedisciplinovanosť pri výbere vhodných potravín. Došlo tiež k vzostupu hmotnosti, pacientka pribrala 4 kg, HbA_{1c} klesol na 9,01 %. Pre neuspokojivú kompenzáciu do liečby zaradený inhibítor SGLT2 receptorov empagliflozín. Pre výraznú intoleranciu v zmysle recidivujúcich infekcií močových ciest táto liečba vysadená.

V roku 2019 inzulín glargín 100 U/ml zmenený na inzulín degludek v dávke 30 j., ostatná liečba ponechaná. Pri tejto liečbe dochádza k zlepšeniu metabolickej kompenzácie, FG 8,7 mmol/l, PPG 10,2 mmol/l, HbA_{1c} 8,2 % (DCCT). Nešlo o ideálnu kompenzáciu, ale dosť výrazné zlepšenie. Pacientka však odmietla vysoký doplatok za tento inzulín, preto som jej navrhla v máji 2020 zmenu na glargín 300 U/ml v dávke 30 j.. Hoci efekt predtým aplikovaného glargínu 100 U/ml nebol v minulosti celkom uspokojivý, krátko po podaní bazálneho analógového inzulínu glargín 300 U/ml došlo k výraznému poklesu glykémií nalačno aj postprandiálne. Opakovane telefonicky konzultované výsledky SM, bola nutná výraznejšia redukcia dávky bazálneho inzulínu. Aktuálna liečba bazálnym inzulínom glargín 300 U/ml bola redukovaná na 18 j., prandiálny inzulín glulizín na 48 j./24 hod v troch dávkach (20 j. – 14 j. – 14 j.), metformín a vildagliptín ponechané v pôvodných dávkach.

Laboratórne výsledky: FG 7,2mmol/l, PPG 9,4 mmol/l, HbA_{1c} 7,6 % (DCCT), kreatinín 76,4 µmol/l, cholesterol celkový 4,7 mmol/l, TG 2,3 mmol/l, hmotnosť 92 kg.

Záver

Zaznamenala som výrazné zlepšenie metabolickej kompenzácie po podaní glargínu 300 U/ml, viac-menej nečakané po vysadení degludeku pre neakceptovanie jeho doplatku. Nielenže došlo k výraznému zlepšeniu metabolickej kompenzácie, ale aj k redukcii dávky inzulínu, ktorá viedla k uspokojivej metabolickej

kompenzácii.

Literatúra

1. *Uličiansky V. a kol. Diabetes mellitus v zrelom veku. 1. vydanie, júl 2013, Martin, ISBN 978-80-971417-1-4.*

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