

Zložitá cesta k jednoduchej liečbe

MUDr. Oľga Beňušová

Interná a diabetologická ambulancia, Štúrovo

Úvod

Diabetes mellitus 2. typu je chronický metabolický syndróm charakterizovaný zníženou citlivosťou na inzulín v pečeni, v kostrovom svalstve a v tukovom tkanive, takzvanou inzulínovou rezistenciou, kvalitatívnou a kvantitatívnou poruchou sekrécie inzulínu v B-bunkách pankreasu. Hlavným laboratórnym znakom ochorenia je hyperglykémia. Porušené metabolické procesy, ktoré postihujú nielen cukry, ale aj tuky a bielkoviny, vedú k vývoju chronických mikrovaskulárnych a makrovaskulárnych komplikácií a diabetes mellitus sa tak stáva jedným z najčastejších, najzávažnejších a ekonomicky najnáročnejších chronických ochorení. V dôsledku akútnych a chronických komplikácií významne zvyšuje morbiditu, mortalitu a zhoršuje kvalitu života pacientov.¹



Popis kazuistiky

V mojej kazuistike prezentujem cestu k optimálnej liečbe 49-ročného diabetika 2. typu s vysokým pracovným zaťažením a nepravidelnou životosprávou.

V rodinnej anamnéze je pozitívny výskyt DM – otec bol diabetik 2. typu, zomrel 58-ročný na karcinóm hrubého čreva. Matka sa lieči na artériovú hypertenziu.

Pacient mal diagnostikovaný DM 2. typu ako 44-ročný. V tom istom roku bola uňho diagnostikovaná aj artériová hypertenzia a zmiešaná dyslipoproteínémia. Je fajčiar od 25. roku svojho života, fajčí cca do 15 cigariet denne.

Diabetes bol uňho od začiatku liečený režimovými opatreniami a metformínom. Vzhľadom na intoleranciu klasického metformínu (GIT) bol nastavený na XR formu v postupne sa zvyšujúcich dávkach v priebehu 5

rokov.

V januári 2019 sa dostavil na diabetologickú kontrolu so subjektívnymi ťažkosťami v zmysle polyúrie, polydipsie, zníženej fyzickej výkonnosti a údajmi o zvyšujúcich sa glykémiami hlavne ráno nalačno pri selfmonitoringu – do 12 mmol/l.

V ambulancii mu bola zistená glykémia nalačno 12,0 mmol/l, postprandiálna 11,1 mmol/l. HbA_{1c} 9,0 % DCCT.

Pacientovi bola navrhnutá liečba s pridaním „bed time“ dávky inzulínu v kombinácii s metformínom, s ktorou rezolútne nesúhlasil a trval naďalej na perorálnej liečbe. Preto mu bol v liečbe pridaný sitagliptín v dávke 100 mg denne.

Pri kontrole v apríli 2019 však pretrvávala neuspokojivá kompenzácia – glykémia nalačno 11,8 mmol/l, postprandiálna 11,9 mmol/l, HbA_{1c} 9,0 % DCCT. Naďalej odmietal pridanie inzulínu v liečbe, čo odôvodňoval svojím vysokým pracovným zaťažením súkromného podnikateľa, nepravidelnou životosprávou a častým cestovaním. V liečbe bol do trojkombinácie pridaný gliklazid 30 mg. Vzhľadom na udávané ťažkosti v zmysle parestézií DK bol odoslaný aj na neurologické vyšetrenie.

V júli 2019 pri kontrolnom diabetologickom vyšetrení oznámil, že gliklazid musel vysadiť pre opakované mierne hypoglykémie. Neurologické vyšetrenie potvrdilo prítomnosť diabetickej polyneuropatie, čo malo pomerne zásadný vplyv na jeho postoj k liečbe diabetu a súhlasil s inzulínovou liečbou. K metformínu bol preto pridaný inzulín glargín 100 U/ml v úvodnej dávke 10 j. s. c. večer a pacient bol edukovaný o jeho titracii podľa glykémii ráno nalačno.

Ďalšia kontrola v októbri 2019

Glykémia nalačno 10,2 mmol/l, postprandiálna 10,0 mmol/l.

HbA_{1c} 8,0 % DCCT

Výška 183 cm, hmotnosť 90 kg, BMI 26,87 kg/m², obvod pásu 92 cm, TK 130/80 mmHg.

Kreatinín 90,0 µmol/l, ALT 0,57 µkat/l, cholesterol celkový 4,63 mmol/l, LDL-cholesterol 3,10 mmol/l, HDL-cholesterol 0,83 mmol/l, TGL 2,21 mmol/l, UACR 0,46 mg/mmol.

Očné pozadie: bez diabetickej retinopatie.

Liečba: metformín 2 000 mg, inzulín glargín 100 U/ml 20 j. s. c. večer, perindopril/amlodipín 4/5 mg 1 x denne, fenofibrát/simvastatín 145/40 mg 1 x denne, kyselina tioktová 600 mg 1 x denne.

V liečbe bol vysadený inzulín glargín 100 U/ml a pacient dostal kombinovaný preparát iGlarLixi v dávke 20 j. s. c. večer, bol edukovaný o jeho aplikácii, vedľajších účinkoch a titracii. U pacienta bolo zvolené žlté pero, ktoré obsahuje 100 j. inzulínu glargín/ml + lixisenatid 50 µg/ml, nakoľko stále dominovali vyššie glykémie nalačno.

Následná kontrola bola v apríli 2020

Glykémia nalačno 7,0 mmol/l, postprandiálne 8,1 mmol/l, HbA_{1c} 6,9 % DCCT.

ALT 0,32 µkat/l, cholesterol celkový 3,94 mmol/l, LDL-cholesterol 2,73 mmol/l, HDL-cholesterol 0,92 mmol/l, TGL 1,50 mmol/l.

Výška 183 cm, hmotnosť 82 kg, BMI 24,49 kg/m², obvod pásu 85 cm.

Subjektívne sa pacient cíti výborne, dávku iGlarLixi redukoval na 18 j., schudol 8 kg po 6 mesiacoch liečby, neprekonal žiadnu hypoglykémiu, nemal vedľajšie účinky, napriek pôvodným obavám z parenterálnej liečby je jeho compliance aj adherencia na veľmi dobrej úrovni. Zlepšili sa mu glykémie tak nalačno, ako aj postprandiálne, HbA_{1c} klesol o 1,1 % DCCT.

Okrem subjektívne dobrých pocitov si aj pacient uvedomuje, že zabránenie vzniku ďalších komplikácií diabetu a tiež ovplyvnenie jeho kardiovaskulárneho rizika touto liečbou bolo správnym rozhodnutím.

Záver

Fixná kombinácia iGlarLixi bola u popísaného pacienta účinnou a veľmi dobre znášanou voľbou a vďaka jednoduchému podávaniu zlepšila compliance pacienta k liečbe diabetu.

Literatúra

1. Mokáň M., Martinka E., Galajda P. a kol.: *Diabetes mellitus a vybrané metabolické ochorenia, ochorenia*, Vydavateľstvo P + M, Turany, 2008.

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