

# Kombinácia bazálneho inzulínu a metformínu: kazuistika

## Combination of basal insulin and metformin: a case report

Radovan Plášil

Diabetologická ambulancia IRIDIA s.r.o., Vrútky

✉ **MUDr. Radovan Plášil** | plasil.r@gmail.com

Doručené do redakcie | Received 30. 9. 2019

Prijaté po recenzii | Accepted 6. 11. 2019

### Úvod

Neuspokojivá kompenzácia ochorenia diabetes mellitus vedie k rozvoju chronických mikrovaskulárnych a makrovaskulárnych komplikácií. Medzi mikrovaskulárne komplikácie radíme diabetickú mono/polyneuropatiu, diabetickú retinopatiu a diabetickú nefropatiu. Za makrovaskulárne komplikácie považujeme progresiu difúznej aterosklerózy, ktorá u diabetikov výrazne zvyšuje riziko kardiovaskulárnych (infarkt myokardu) a cerebrovaskulárnych (cievna mozgová príhoda) príhod. V súčasnosti sa kladie dôraz na intenzívnu liečbu diabetu s jeho tesnou kompenzáciou od prvých dní od stanovenia diagnózy. Za štandardný postup v liečbe diabetu, v prípade absencie kontraindikácií, sa považuje v prvej línii nasadenie metformínu a komplexná edukácia pacienta so snahou o dlhodobé dodržiavanie diétnych opatrení s pravidelnou primeranou fyzickou aktivitou, ktoré by mali viesť k prípadnej redukcii a optimalizácii telesnej hmotnosti, čo vytvára predpoklad pre dlhodobú úspešnú liečbu PAD. Po vyťažení liečby perorálnymi anti-diabetikami (+ prípadne v kombinácii s GLP1 receptorovými agonistami), pričom v kombinácii s režimovými opatreniami nie je dosiahnutá optimálna kompenzácia diabetu, je potrebné skoré nasadenie inzulínovej terapie s cieľom minimalizácie rizika rozvoja chronických komplikácií.

Kombinácia bazálneho inzulínu a PAD patrí medzi štandardné terapeutické postupy v rámci starostlivosti o diabetikov. V kazuistike uvádzame prípad pacientky na kombinovanej liečbe PAD s nedostatočnou kompenzáciou DM, u ktorej sme pristúpili k nasadeniu bazálneho inzulínu glargín (Semglee) s následným zlepšením kompenzácie.

### Kazuistika

#### Demografické údaje pacienta

Vek: 53 rokov, pohlavie: žena

#### Anamnéza pacienta a terajšie ochorenie

Pacientka má od roku 2007 diagnostikovaný DM2T. V úvode bola pacientka ponechaná na diéte. V r. 2014 pri zvýšení HbA<sub>1c</sub> na 7,8 % DCCT jej bolo nasadené PAD (intolerancia metformínu – nasadený gliklazid + sitagliptin), postupná uptitrácia: júl 2019 HbA<sub>1c</sub> 7,9 % DCCT, hraničná sekrécia C-peptidu (0,67 nmol/l), vzostup glykémii na 8–15 mmol/l.

#### Objektívny nález a výsledky vyšetrení

máj 2019: HbA<sub>1c</sub> 7,9 % DCCT; C-peptid (0,67 nmol/l); glykémie 8–15 mmol/l; KREA 79; UREA 5,7; KM 432; ALT 0,4; GMT 0,8; celkový cholesterol 5,1; LDL-C 3,2; HDL 1,4; TAG 1,9; HGB 136

august 2019: HbA<sub>1c</sub> 7,1% DCCT; glykémie v rozsahu 6–10 mmol/l; hypoglykémie: 0

#### Priebeh ochorenia

DM2T bol diagnostikovaný v roku 2007. V úvode bola pacientka ponechaná na diéte. V 2014 pri zvýšení HbA<sub>1c</sub> na 7,8 % DCCT bolo nasadené PAD (intolerancia metformínu – nasadený gliklazid + sitagliptin), postupne sme uptitrovali dávky PAD (gliklazid 90 mg + sitagliptin 100 mg). **Máj 2019:** HbA<sub>1c</sub> 7,9 % DCCT; C-peptid 0,67 nmol/l; selfmonitoring glykémii v rozsahu 8–15 mmol/l; hypoglykémie 0; BMI 32,5 kg/m<sup>2</sup>; liečba gliklazidom 90 mg 1–0–0 + sitagliptin 100 mg 1–0–0 + nasadený inzulín glargín 10 IU s.c. **August 2019:** HbA<sub>1c</sub> 7,1 % DCCT, selfmonitoring glykémii v rozsahu 6–11 mmol/l; hypoglykémie 0; BMI 32,5 kg/m<sup>2</sup>;

liečba gliklazidom 90 mg 1-0-0 + sitagliptin 100 mg 1-0-0 + inzulín glargín 18 IU s.c.

## Diskusia

U pacientky zaznamenávame štandardne uspokojivý efekt na glykemickú kompenzáciu po pridaní inzulínu glargín ku kombinovanej terapii PAD. V tomto prípade je potrebné poukázať aj na subjektívny ústup únavového syndrómu a bezpečnosť liečby (bez výskytu hypoglykémii). U danej pacientky sme sa rozhodli k liečbe inzulínom glargín pre neuspokojivú kompenzáciu diabetu na maximálnych dávkach PAD, pričom pacientka bola poučená o vyčerpaní možností perorálnej liečby s potrebou rýchlej úpravy kompenzácie diabetu s tým, že k dispozícii máme len subkutánnu aplikáciu liečiva. Prichádzala ešte do úvahy liečba GLP1 receptorovým

agonistom, ktorá ale v tomto prípade nie je hrazená zdravotnou poisťovňou pre absenciu metformínu v liečbe (intolerancia pacientky). Pacientka súhlasila s nasadením inzulínovej terapie v jednej dennej dávke, ktorá sa vo forme inzulínu glargín ukázala ako účinná a bezpečná.

## Záver

V danej kazuistike sme prezentovali štandardne uspokojivý efekt na glykemickú kompenzáciu po pridaní inzulínu glargín ku kombinovanej terapii PAD pri jej zlyhaní a nedostatočnom účinku. V tomto prípade pacientka vnímala liečbu pozitívne nielen kvôli zlepšeným výsledkom, ale aj pre ústup príznakov únavového syndrómu. Tento fenomén sa dá účinne využiť pri edukácii pacientov vyžadujúcich nasadenie inzulínovej liečby.