

Klinická účinnost a bezpečnost bazálního inzulínového analoga glarginu v léčbě pacientů s diabetes mellitus 2. typu – editorial

Alena Adamíková

Diabetologické centrum Krajské nemocnice T. Bati, a.s., Zlín

Komentář k | Editorial on

Flekač M. Klinická účinnost a bezpečnost bazálního inzulínového analoga glarginu v léčbě pacientů s diabetes mellitus 2. typu. *Vnitř Lék* 2016; 62(9): 705–711.

Terapie inzulínem se v algoritmu léčby diabetes mellitus 2. typu [1] řadí do 2. linie léčby za terapii metforminem. V algoritmu je uvedeno, že tato terapie má vysokou účinnost na snížení hladiny HbA_{1c} , ale na druhé straně zvýšené riziko hypoglykemií a hmotnostních přírůstků. Ze strany pacientů i lékařů je inzulínoterapie spojena s řadou bariér. Pacienti se domnívají, že zahájení inzulínoterapie znamená konečné stadium léčby diabetu, požadavek na titraci k dosažení požadované glykemie spojují s progresí onemocnění. Mnohdy nejsou dobře o přínosech léčby poučeni. Lékaři terapii inzulínem často odkládají, protože jsou časově zaneprázdněni a edukace pacienta nově indikovaného k inzulínoterapii patří jistě k složitějším situacím. Přitom nastavení terapie a titrace bazálního inzulínového analoga má vcelku jednoduchý postup, který je zohledněn i v doporučeních odborných společností [2]. Ve studiích [3] se porovnávala bezpečnost titrace bazálního inzulínu lékařem a pacientem dle jednoduchého algoritmu a účinnost i bezpečnost byla srovnatelná. Podcenění dávkování a nedostatečná titrace inzulínu vede k tomu, že léčba je neúčinná a pacient nedosáhne požadované hodnoty HbA_{1c} . U nových generací bazálních inzulínových analogů s větší koncentrací inzulínu jakým je inzulín glargin 300 IU/ml, který je v současnosti jako jediný k dispozici, se doporučuje vyšší úvodní dávkování inzulínu 0,2 IU/kg, při převodu z jedné dávky bazálního inzulínu převod 1 : 1 a při převodu ze 2 dávek bazálních inzulínů dávku o 20 % snížit [4]. Zvyšování dávky je vhodné až po 3–4 dnech po dosažení vyrovnané hladiny inzulínu. V praxi se postupuje většinou po 2 IU 1–2krát týdně, v algoritmu studií EDITION u diabetiků 2. typu se titrovalo po 3 IU, což bylo dáno použitým dávkovačem [5–7]. Zajímavým algoritmem pro titraci je algoritmus studie INSIGHT (Implementing New Strategies with Insulin Glargine for Hyperglycemia Treatment), během níž se dávka zvyšovala po 1 IU každý den až k dosažení požadované glykemie nalačno [8]. Oba algoritmy porovnávala studie kanadských autorů [9], v níž se prokázala srovnatelná účinnost a bezpečnost. Nasta-

vení glarginu 300 IU/ml může vyžadovat jen přechodné zvýšení bolusových dávek než se dosáhne požadované hladiny bazálního inzulínu. Ponecháním zvýšených bolusových dávek po vyrovnání hladiny bazálního inzulínu se zbytečně zvyšuje riziko hypoglykemií.

Rychlý vývoj inzulínových analogů přináší nové inzulíny, které mají ve studiích nižší riziko hypoglykemických příhod. Inzulínoterapie se stává bezpečnější, i když stále vyžaduje podrobnou a opakovanou edukaci pacienta i jeho blízkých.

Literatura

1. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centered approach. Update to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2015; 38(1): 140–149. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.2337/dc14-2441>>.
2. Škrha J, Pelikánová T, Kvapil M. Česká diabetologická společnost. Doporučený postup péče o diabetes mellitus 2. typu. Dostupné z WWW: <www.diab.cz>.
3. Davies M, Storms F, Shutler S et al. [ATLANTUS Study Group]. Improvement of glycemic control in subjects with poorly controlled type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28(6): 1282–1288.
4. SPC Toujeo. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/http://www.ema.europa.eu/docs/cs_CZ/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000309/WC500047935.pdf>.
5. Riddle MC, Bolli GB, Yki-Järvinen H et al. One-year sustained glycemic control and less hypoglycaemia with new insulin glargine 300 U/mL compared with 100 U/mL in people with type 2 diabetes using basal plus meal-time insulin: the EDITION 1 12-month randomized trial, including 6-month extension. *Diabetes Obes Metab* 2015; 17(9): 835–842. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1111/dom.12472>>.
6. Yki-Järvinen K, Bergenstal RM, Bolli GB et al. Less nocturnal hypoglycaemia and weight gain with new insulin glargine 300 U/mL vs 100 U/mL: 1-year results in people with type 2 diabetes using basal insulin + OADs (EDITION 2). *Can J Diabetes* 2014; 38(5 Suppl): S5. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcjd.2014.07.013>>.
7. Bolli GB, Riddle MC, Bergenstal RM et al. New insulin glargine 300 U/mL compared with glargine 100 U/mL in insulin-naïve people with type 2 diabetes on oral glucose-lowering drugs: a randomized controlled trial (EDITION 3). *Diabetes Obes Metab* 2015; 17(4): 386–394. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1111/dom.12438>>.

8. Gerstein HC, Yale JF, Harris SB, et al. A randomized trial of adding insulin glargine vs. avoidance of insulin in people with Type 2 diabetes on either no oral glucose-lowering agents or submaximal doses of metformin and/or sulphonylureas. The Canadian INSIGHT (Implementing New Strategies with Insulin Glargine for Hyperglycaemia Treatment) Study. *Diabet Med* 2006; 23(7): 736–742.

9. Yale JF, Harris SB, Berard L et al. A pragmatic self-titration 1 U/say (INSIGHT) algorithm for insulin glargine 300 U/ml (Gla-300) is safe and effective. *American Diabetes Association*, June 10–14, 2016; 93-LB.

MUDr. Alena Adamíková, Ph.D.

✉ adamikova@bnzlin.cz

Diabetologické centrum Krajské nemocnice T. Bati, a.s., Zlín
www.kntb.cz

Doručeno do redakce 30. 8. 2016



**ČESKO - SLOVENSKÁ
LIPIDOVÁ AKADEMIE**

**21. – 22. 10. 2016
Hotel Galant, Mikulov**

registrace & info
www.cslpa.cz

Srdečně Vás zveme na II. Česko – Slovenskou lipidovou akademii, kterou pořádá společnost Fileno pod odbornou záštitou ČSAT, ČIS a SAA.

fileno
event agency

pod odbornou záštitou

