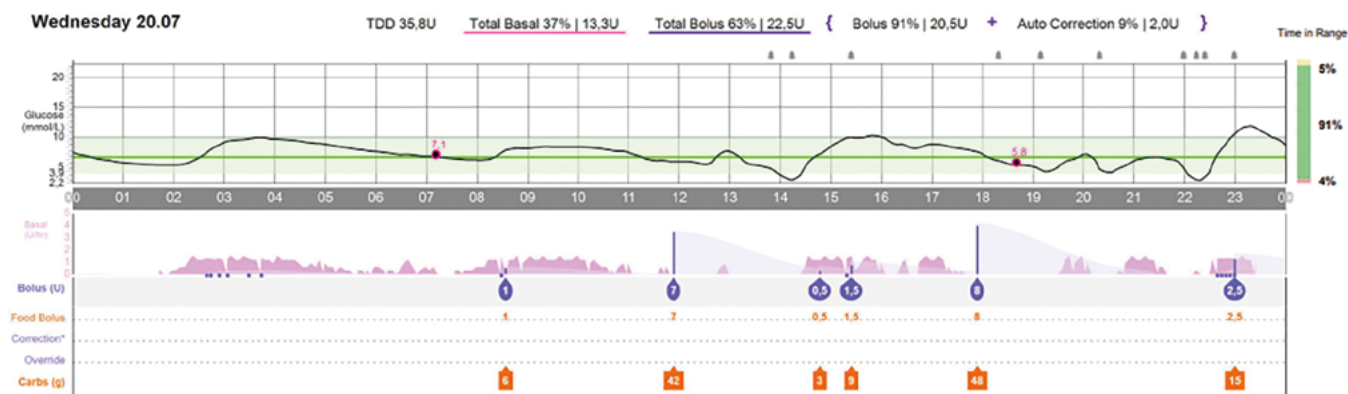
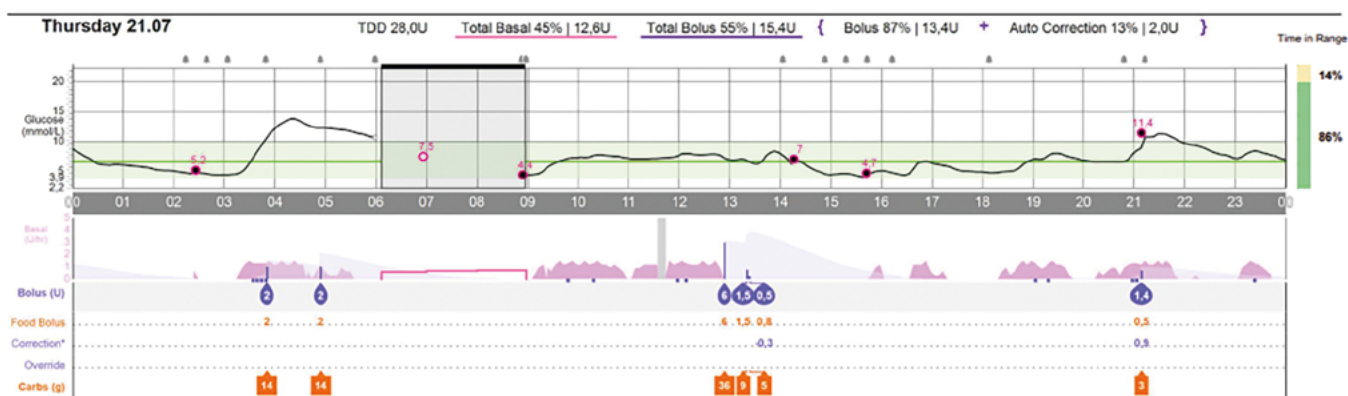


Obr. 1. Dva dny před koloskopií. Záznam průběhu glykemií v běžném dnu pacienta**Obr. 2.** Den přípravy + vysvětlující text. Záznam průběhu glykemií ve dne přípravy. Ta začala ve 14.00. Poslední obvyklé jídlo (oběd) pacient požil cca ve 13.00

Odborných doporučení pro přípravu diabetika na inzulinu ke koloskopii není mnoho. Nalezli jsme jen jeden aktuální článek (4), ve kterém se odborníci shodli na změnách dávkování inzulinu (včetně inzulinových analog) u diabetiků 1. typu (DM1T) v rámci přípravy na koloskopické vyšetření. Ani ten však neobsahuje doporučení zohledňující používání kontinuální monitorace glykemie ani inzulinové pumpy s hybridním uzavřeným okruhem, navíc ani nepokrývá celou šíři možných inzulinových léčeb.

Aktuální rámcová doporučení pro pacienty s DM1T léčené inzulinem

Jakmile je po obědě den před koloskopií zahájena dieta s čistou tekutinou, tak u rychle a krátkodobě působících (preprandiálních) inzulinů autoři doporučují v případě fixního inzulinového režimu snížit obvyklé dávky o 50 %. V případě flexibilního dávkování inzulinu na základě poměru inzulinu k sacharidům, se pokračuje v obvyklém dávkování podle množství přijatých sacharidů (je však nutné být opatrnější při konzumaci většího množství glukózy v roztoku, při kterém může dojít k výraznějšímu a rychlejšímu vzestupu glykemie). V tomto kontextu je třeba pamatovat na to, že při konzumaci jednoduchých sacharidů (glukózy, sacharózy) je třeba podání preprandiálních inzulinů časovat s dostatečným předstihem.

U střednědobě působících a bazálních inzulinů první generace se doporučuje podání 80 % běžné dávky den před výkonem nebo 50 % ráno před výkonem, je-li inzulin podáván ráno. U bazálních inzulinů druhé generace (glargin U 300, degludec U 100, U 200) se v případě DM1T dávka redukuje na 50–80 % normální dávky večer den před koloskopií, shodná

redukce se použije, pokud je inzulin podáván ráno. Dávky premixovaného inzulinu by měly být sníženy o 50 % při snídani a večeri den před koloskopií. Jakmile je běžný perorální příjem obnoven, všechny inzuliny se znovu podávají v obvyklé dávce a intervalu. Autoři zároveň upozorňují na riziko hypoglykemie (při nedostatečném snížení dávek inzulinu) a ketoacidozy (při příliš velkém snížení dávek) a nutnost častého měření glykemie (6).

U pacientů s DM1T by bazální inzulin nikdy neměl být vynechán, protože představuje významné riziko pro diabetickou ketoacidózu. U pacientů využívajících inzulinovou pumpu by měl být bazální výdej inzulinu snížen na 80 %, jakmile započne dieta s čistou tekutinou den před koloskopií. Jakmile je jídlo obnoven, dávkování inzulinu pumpou by mělo být znovu nastaveno v původní dávce a intervalech. Doporučení s ohledem na léčbu uzavřeným okruhem dosud vydána nebyla.

Podle našich zkušeností u pacientů využívajících inzulinovou pumpu s automatickým výdejem inzulinu je možné pumpu ponechat v automatickém módu a pouze zvýšit cílovou glykemie nebo zapnout režim pohybové aktivity / dočasný cíl, který bude výdej inzulinu cílit na vyšší hodnotu glukózy. V takových případech opravdu stačí velmi malé množství jednoduchých sacharidů (optimálně glukózy) při poklesu glykemie a hrozící hypoglykemie (9). Tento pacient využil sacharózu, protože je na ni dlouhodobě zvyklý. Výstrahu na nízkou hodnotu glukózy lze nastavit přechodně na vyšší hodnotu (10, 11).

Ze záznamu pacientovy kontinuální monitorace glykemie (Obr. 1) je patrné, že od zahájení čisté tekuté stravy (tj. doplňování čisté sacharózy podle aktuálních hodnot měření) a automatického přizpůsobení výdeje inzulinu