

Inzulín je lék, nikoli jed

Barbora Doležalová

IDE CR s.r.o. – Interna, diabetologie, endokrinologie Chrudim
Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií

XXVI. výroční sjezd ČKS, Brno, 8.5.2018

Inzulín – ano nebo ne?



Letadlem nebo na kole?

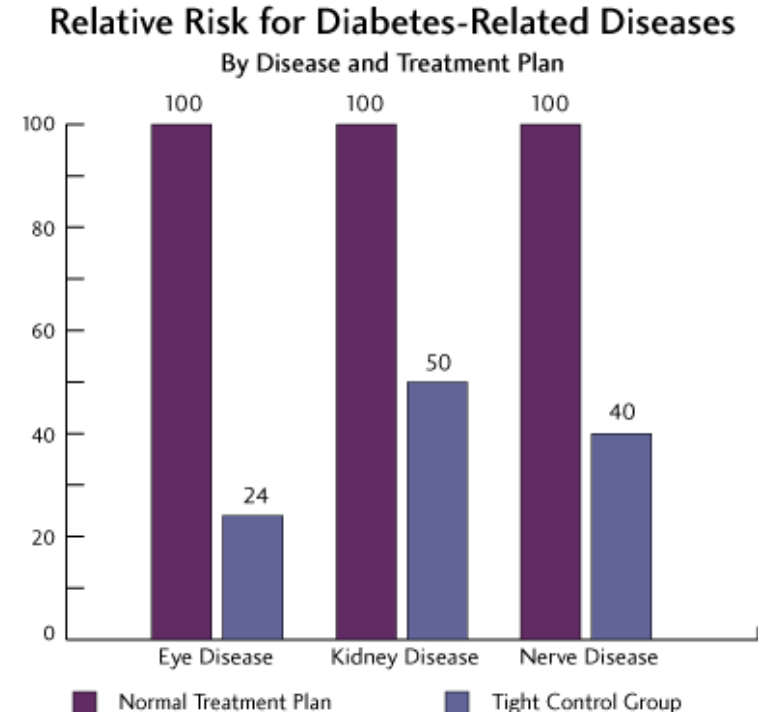
Inzulín je životně důležitý a nenahraditelný hormon

-
-
-
-

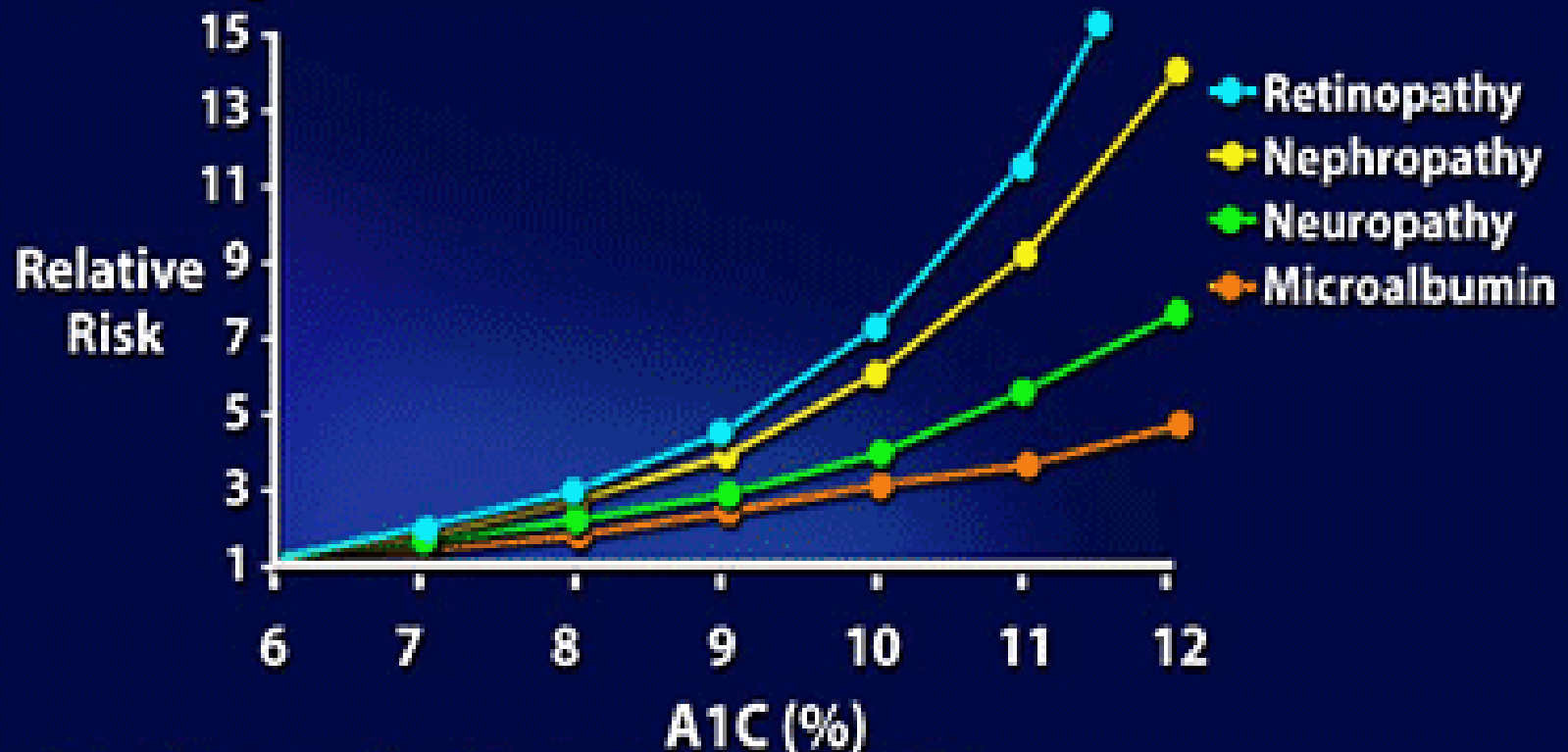


Inzulín u T1DM

- Otázka nezněla „zda“, ale „jak intenzivně“
- Byla vyřešena studií DCCT/EDIC (1980-1993-2005)
- Redukce HbA1c v intenzivně léčené větvi vedla k dramatické redukci mikrovaskulárních komplikací (u retinopatie až o 76%)



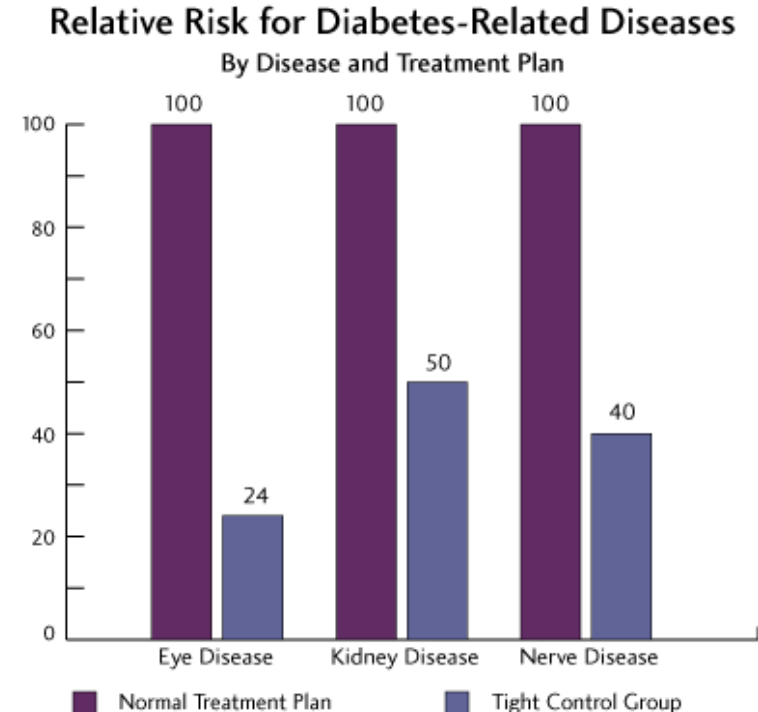
DCCT: A1C and Microvascular Complications



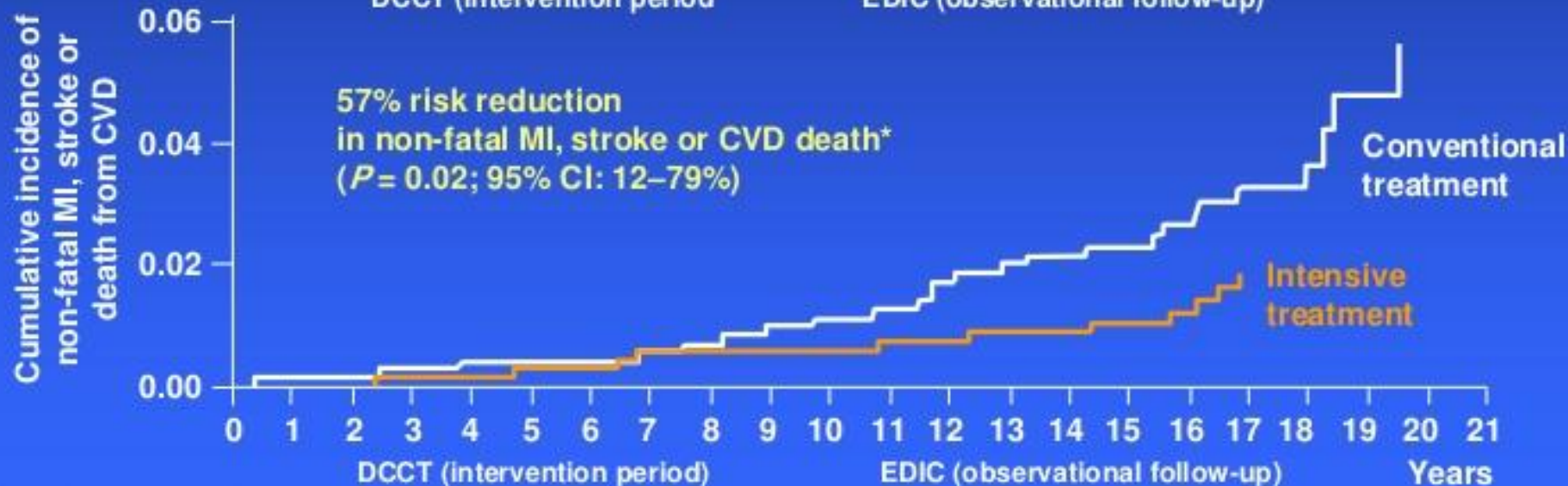
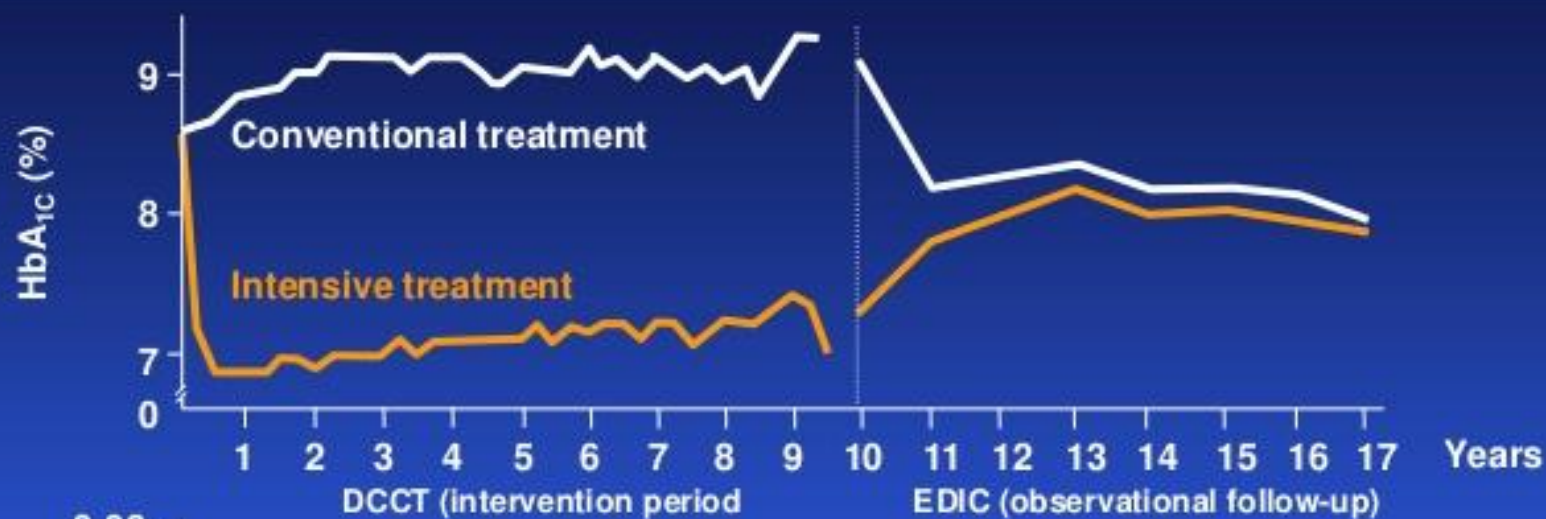
Skylar JS. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 1996;25:243-254.

Inzulín u T1DM

- Otázka nezněla „zda“, ale „jak hodně“
- Byla vyřešena studií DCCT/EDIC
- Redukce HbA1c v intenzivně léčené větvi vedla k dramatické redukci mikrovaskulárních komplikací (u retinopatie až o 76%)
- V dlouhodobém horizontu vede lepší kompenzace i k redukci KV příhod, navíc funguje „glykemická paměť“



DCCT/EDIC: glycaemic control reduces the risk of non-fatal MI, stroke or death from CVD in type 1 diabetes



* Intensive vs conventional treatment

Adapted from DCCT. *N Engl J Med* 1993; 329:977-986. DCCT/EDIC. *JAMA* 2002; 287:2563-2569. DCCT/EDIC. *N Engl J Med* 2005; 353:2643-2653.

Shrnutí pro T1DM

- Léčba inzulínem je při T1DM životně důležitá
- O prospěšnosti **substituční** léčby inzulínem není pochyb
 - dobrá kompenzace vede k redukci mikrovaskulárních komplikací i KV příhod
- V současné době není v dohledu alternativní terapie
- Největší naděje jsou vkládány do technologií, které automatizují dodávání inzulínu

 **NIGHTSCOUT**
#WeAreNotWaiting



Inzulín u T2DM - východiska

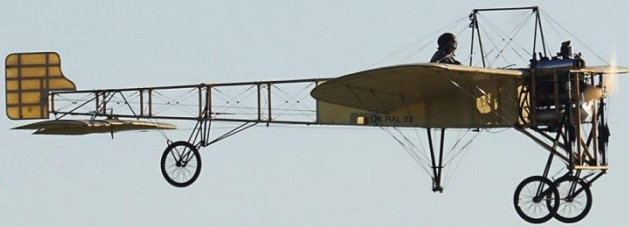
- Defekt sekrece inzulínu je klíčový v patofyziologii T2DM
 - pro rozvoj T2DM nestačí samotná inzulínová rezistence (IR)
- Fenotyp lidí s T2DM je velmi různorodý
 - krajní fenotypy sahají od nemoci podobné T1DM až po těžkou inzulínovou rezistenci s hyperinzulinismem
- Cílová kompenzace může být zvolena v poměrně širokém rozmezí
- Pro léčbu T2DM byla vyvinuta široká plejáda non-inzulínových léků
 - bohužel postrádáme markery pro to, zda konkrétní pacient bude na léčbu dobře reagovat



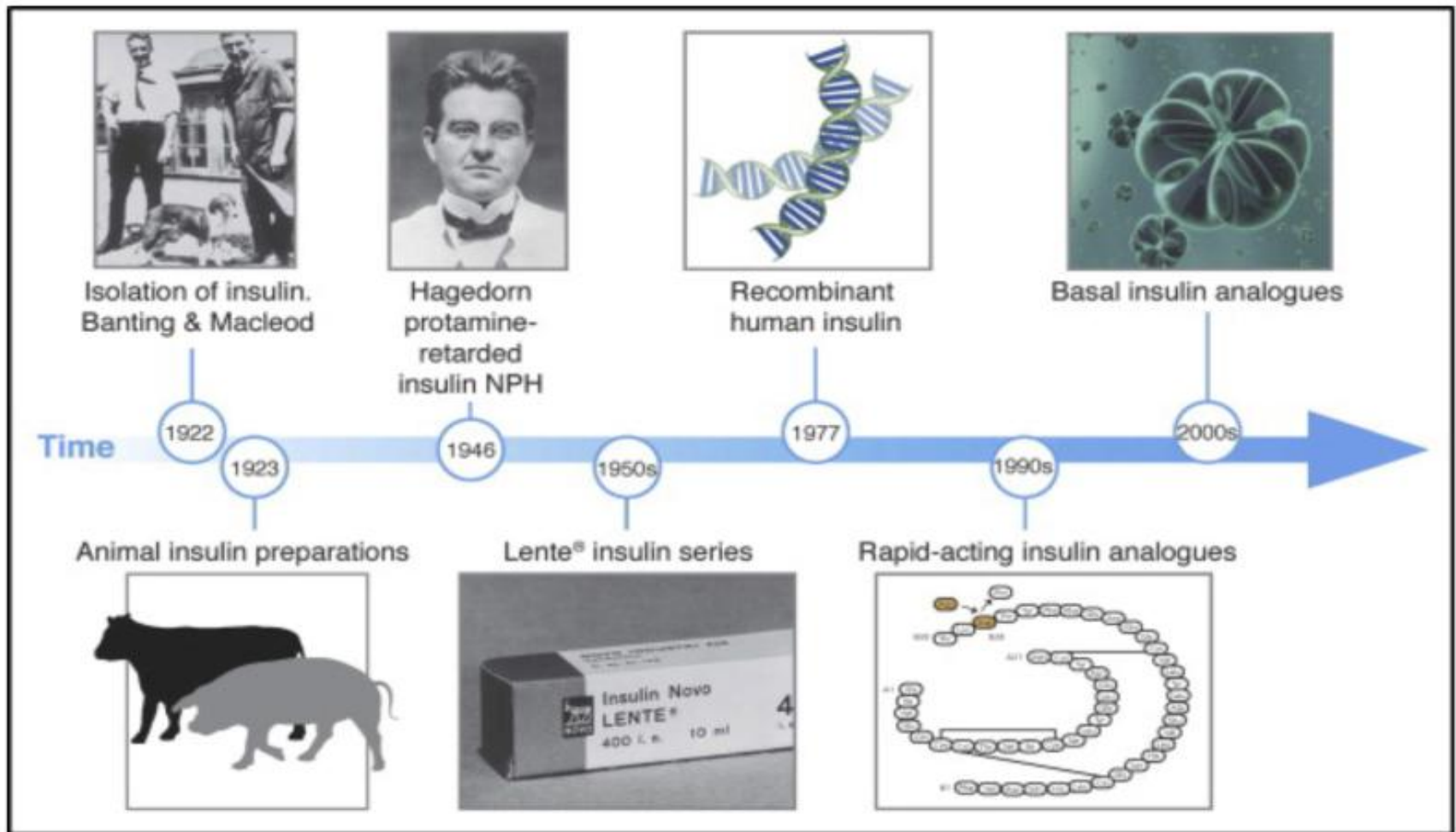
Inzulín u T2DM – když je cíl daleko



- ***Cílem léčby T2DM není „vyhnout se inzulínu“, ale dosáhnout cílové kompenzace***
- **Léčba inzulínem má nejvyšší potenciál snížení HbA1c**
- **Dávka inzulínu je individuální**
 - ✓ Ize ji přizpůsobit pacientovi
 - ✗ bez aktivní titrace nebude výsledek
- Léčbu je nutné řídit tak, aby se neprojevíly nežádoucí účinky
 - hmotnostní přírůstek
 - hypoglykémie



Není inzulín jako inzulín



Inzulín a KV příhody

- Kardiovaskulární a onkologická bezpečnost inzulínu byla předmětem studie ORIGIN
- Populace ve vysokém KV riziku
- Celkové trvání diabetu bylo průměrně 5,5 roku
 - 10% pacientů mělo prediabetes, 30% mělo T2DM dosud bez léčby
- Léčba inzulínem glargin po dobu 6 let nevedla ke zvýšení incidence ***KV příhod ani nádorů***
- Průměrná denní dávka inzulínu byla
 - 0,31 U/kg po roce
 - 0,40 U/kg po 6 letech



Inzulín u T2DM

≠

„nechte mi natisknout parte“

- Inzulín je nejúčinnější antidiabetikum, prakticky nemá kontraindikace
- Pokud máme léčit k cílovým hodnotám, tak se bez inzulínu neobejdeme
- Inzulín není pro každého
 - individuální režim, titrace dávky
- Kombinace s ostatními způsoby snížení glykémie je všestranně výhodná

Závěr

- Inzulín je život zachraňující lék u T1DM
- Inzulín je cestou k lepšímu životu u T2DM
- U všech typů diabetu musí lékař vědět, co dělá, a naučit pacienta správné spolupráci
- **Pokud pacient s T2DM zlepší kompenzaci**
 - při aplikaci „přiměřené“ dávky (do 0,6 IU/kg.den),
 - nemá hypoglykémie a
 - nepřibírá na hmotnosti,**pak není důvod se inzulínu obávat**

Děkuji
za
pozornost



barbora.dolezalova@email.cz