

Diabetologický den. Pokroky v diagnostice a terapii diabetes mellitus 2016

Prof. MUDr. Jaroslav Rybka, DrSc., slaví 85. narozeniny

Podzimní Zlín 23. listopadu 2016 v Kongresovém centru přivítal další ročník tradičního diabetologického semináře s názvem „Diabetologický den: pokroky v diagnostice a terapii diabetes mellitus 2016“, který pořádalo Diabetologické centrum a Krajská nemocnice T. Bati, a.s. Letošní ročník byl spojen s významným životním jubileem – 85. narozeninami předního českého a světového diabetologa a internisty, zakladatele Zlínské diabetologické školy profesora MUDr. Jaroslava Rybky, DrSc. Všechna odborná sdělení tak propojila vzpomínky na spolupráci s profesorem Rybkou se současnými úspěchy a poznatky diabetologie.

Profesor Rybka patří k iniciátorům vzniku Národního diabetologického programu již v 80. letech. Prof. MUDr. Tereza Pelikánová, DrSc., předsedkyně výboru České diabetologické společnosti, se zabývala Národním diabetologickým programem 2012–2022, jehož cílem je podpora vzniku opatření pro prevenci diabetu, včasnou diagnostiku diabetu, léčbu diabetu a jeho sdružených komorbidit, prevence komplikací diabetu a kontrola kvality systému s výstupem ve včasném zachytu pacientů s diabetem, v intenzivnější terapii diabetu a komorbidit snižující počet pozdních komplikací a vytvoření racionálního systému kontroly kvality. V programu se podařilo dosáhnout již celé řady konkrétních pozitivních výsledků.

Prof. MUDr. Jan Škrha, DrSc., MBA (III. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze) rozebral nevýhody současné klasifikace diabetu a možnosti nového klasifikačního systému, který by byl založen na B-buňkách. Nový systém vychází z předpokladu, že všechny typy diabetu mají společný základ, abnormální B-buňku pankreatu, která má interakci s řadou faktorů, např. inzulinovou rezistencí, vlivem zevního prostředí, deregulací imunitního systému. Nová klasifikace pak může vést k účelnému využívání farmakoterapie s lepším zaměřením na mechanismy, které vedou u pacienta k hyperglykemii, nezpůsobují hypoglykemii a nezvyšují hmotnost. Profesor Škrha doplnil přednášku kazuistikou pacientky, u které se manifestoval diabetes těžkou diabetickou ketoacidózou, spotřeba inzulinu se postupně snižovala pro recidivující hypoglykemie a podle současné klasifikace bylo velmi těžké určit typ diabetu.

Prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA (interní klinika 2. LF UK a FN v Motole, Praha) řešil limity terapie diabetes mellitus 2. typu, které mohou být jak ekonomické (např. různé regulace, preskripční omezení ze strany zdravotních pojišťoven), tak odborné. Příkladem může být rozvoj terapie metforminem, kterým se zahajuje terapie každého nového diabetika a preskripce v diabetické populaci jak tak velmi vysoká. S tím se zvyšuje



riziko vzniku laktátové acidózy, protože v diabetické populaci je i poměrně vysoký výskyt nefropatie a selhání ledvin.

Prof. MUDr. Alexandra Jirkovská, CSc. (IKEM, Praha) aktualizovala se spolupracovníky v letošním roce doporučený postup pro léčbu diabetické nohy České diabetologické společnosti. Vychází z přijatých mezinárodních konsenzů. Syndrom diabetické nohy je podle aktualizace Mezinárodního konsenzu pro syndrom diabetické nohy z roku 2015 definován jako infekce, ulcerace nebo destrukce tkáně nohou (tj. struktur pod kotníkem) u diabetiků asociovaná s diabetickou neuropatií a různým stupněm ischemické choroby dolních končetin. Kumulativní riziko syndromu diabetické nohy má až 25 % diabetiků. V doporučení je uvedena klasifikace Wagnerova i Texaská, postupy pro diagnostiku od nejjednodušších měření až po angiografii. Terapie je velmi komplexní a vyžaduje multioborovou spolupráci.

Prof. MUDr. Martin Haluzík, Ph.D. (IKEM a Endokrinologický ústav, Praha) shrnul studie, které hodnotily kardiovaskulární bezpečnost antidiabetik. Řada studií poslední doby (SAVOR-TIMI, EXAMINE, ORIGIN, ELIXA, TECOS) dokumentovala neutrální vliv antidiabetik na kardiovaskulární výstupy. Převratnou studií je studie LEADER, publikovaná poprvé na letošním kongresu Americké diabetologické asociace. Porovnávala terapii liraglutidem oproti placebu u pacientů s vysokým kardiovaskulárním rizikem. Kardiovaskulární benefit liraglutidu se projevil 13% signifikantním snížením KV rizika podle primárního kombinovaného cíle – 3bodového MACE, 22% signifikantním snížením rizika úmrtí z kardiovaskulárních příčin, křivky mezi oběma rameny se začaly dělit okolo 12.–18. měsíce trvání studie, 12% snížením rizika vzniku nefatálního infarktu myo-

kardu, 11% snížením rizika nefatální CMP, 12% snížením rizika události rozšířeného MACE (navíc koronární revaskularizace a hospitalizace pro srdeční selhání či nebo nestabilní anginu pectoris), 15% snížením rizika úmrtí z jakýchkoliv příčin a 13% snížením rizika srdečních selhání. Liraglutid byl signifikantně efektivní i ve snížení mikrovaskulárních komplikací o 16 %. Další studií s GLP1 RA byla studie SUSTAIN6 se semaglutidem, který může být podáván 1krát týdně jak injekčně, tak perorálně. Ve studii se sledoval rozšířený kompozitní cíl (MACE, revaskularizace a hospitalizace pro srdeční selhání a nestabilní anginu pectoris). Tento cíl byl snížen o 26 % (HR 0,74, $p = 0,002$). Z hlediska mikrovaskulárních komplikací měli pacienti se semaglutidem o 36 % nižší riziko rozvoje nové nebo zhoršení stávající nefropatie. Měli mírně zvýšené riziko retinopatie ($p = 0,02$). V těchto případech se může jednat i o vliv rychlého zlepšení kompenzace.

Prim. MUDr. Jindřich Olšovský, Ph.D. (II. interní klinika FN U sv. Anny, Brno) se zabýval možností, jak dosáhnout optimální hodnoty glykemie nalačno. Nová dlouhodobě působící inzulinová analoga s vyrovnaným bezvrcholovým průběhem dobře ovlivní hodnotu glykemie nalačno, jsou spojena s nízkým rizikem hypoglykemií a nízkými přírůstky hmotnosti. Inzulin glargin 300 U/ml byl hodnocen programem studií EDITION u diabetiků 1. i 2. typu. Inzulin degludek po aplikaci do podkoží tvoří multihexamerné řetězce a po uvolnění zinku tvoří monomery, které pozvolna difundují do krevního oběhu. Inzulin degludek prošel programem studií fáze 3 BEGIN. V současnosti není v ČR k dispozici samotný, ale ve formě fixní kombinace degludek/liraglutid jako preparát Xultophy. Inzuliny se titrují k individuální cílové hodnotě glykemie nalačno dle potřeb a možností pacienta.



Doc. MUDr. Michal Vráblík, Ph.D. (III. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze) rozebral léčbu dyslipidemie u diabetiků nejen z pohledu doporučených postupů aktualizovaných v roce 2016. Léčba dyslipidemie patří k hlavním opatřením pro redukci kardiovaskulárního rizika u diabetiků. Pacienti mají nižší cílové hodnoty než nediabetici (LDL-cholesterol < 2,5 mmol/l a v sekundární prevenci < 1,8 mmol/l). Zajímavé výsledky přinesla studie z ezetimibem IMPROVE-IT a také s inhibitory PCSK9 (inhibitory proprotein invertázy subtilizin/kexin 9 – evolukumab, alirokumab). Budou možností léčby pro pacienty s familiární hypercholesterolemií, kteří nedosahují cílových hodnot, a pro pacienty s intolerancí statinů.

MUDr. Marek Honka, Ph.D. (Lestely Hlučín, s.r.o.) uvedl aktuality v moderních technologiích a využití kontinuálního monitorování CGMS. Vývoj v zahraničí pokročil až k umělému pankreatu a uzavřenému okruhu s pumpou, který je už použitelný pro praxi. Nejdále je systém Medtronic 670G v USA. Velmi zajímavým monitorovacím systémem je FreeStyle Libre, který monitoruje glykemie ze senzoru při přiblížení stanice. Na základě iniciativy profesora Rybky se auditorium shodlo na předložení podnětu k Diabetické asociaci České republiky k jednání o kompletních úhradách nových monitorovacích systémů pro dětské diabetiky.

MUDr. Eva Račická (FN Ostrava), předsedkyně Občanského sdružení ambulantních diabetologů, provedla dotazníkový průzkum u diabetologů v terénu i v nemocnicích se zaměřením na problémy spolupráce mezi lůžkovými odděleními a praktickými diabetology. Zvláště na menších interních odděleních, na nichž není přímo diabetolog, vážně spolupráce při nastavování nově zjištěného diabetika nebo i při změnách léčby. Jedná se o chyby ve vzájemné komunikaci. Dosud neexistuje doporučený postup České diabetologické společnosti ve spolupráci s Českou internistickou společností pro léčbu hospitalizovaného diabetika. Studie velmi dobře a přesně definovala skutečné problémy v praxi.

Doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D. (III. interní gerontometabolická klinika LF UK a FN Hradec Králové) hodnotila možnosti léčby glifloziny, inhibitory SGLT2 receptorů. Studie EMPA-REG OUTCOME prokázala při terapii empagliflozinem 14% snížení míry relativního rizika tříbodového MACE, 38% snížení míry relativního rizika úmrtí z kardiovaskulárních příčin, 38% snížení rizika celkové mortality a 35% snížení míry rizika hospitalizací pro srdeční selhání. Zajímavé jsou také renální účinky empagliflozinu v této studii. Došlo k 39% snížení rizika incidence kompozitního cíle složeného z nefropatie nebo KV úmrtí ($p < 0,001$) a 46% snížení rizika incidence kompozitního cíle složeného ze zdvojnásobené hodnoty

kreatininu, potřeby náhrady funkce ledvin nebo úmrtí z renálních příčin ($p < 0,001$). Empagliflozin má možný vliv na snížení glomerulární hypertenze.

Prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA (III. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze) shrnul současné možnosti farmakoterapie obezity, která je založena na podávání léků tlumících chuť k jídlu, podávání blokátorů vstřebávání v gastrointestinálním traktu a ovlivněním hormonů GIT (inkretiny). Zajímavým preparátem je lorkaserin, který patří k nové generaci selektivních agonistů receptorů serotoninu a ovlivňuje pocit sytosti. Existuje i fixní kombinace dalších antiobezitik fenterminu s antiepileptikem topiramat. Liraglutid je rovněž ve vyšším dávkování v zahraničí již používán jako antiobezitium (Saxenda). Nově je v ČR k dispozici Mysimba (naltrexoni hydrochloridum/bupropioni hydrochloridum), která také patří mezi centrálně působící antiobezitika. Zkušenosti s podáváním v praxi jsou asi dvouleté, v experimentálních studiích 5leté. Mezi antiobezitika s dobrým efektem patří stále také orlistat, který se váže na střevní lipázu a brání vstřebávání tuků.

MUDr. Jan Škrha, jr (III. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze) se věnoval předoperační přípravě diabetika při medikaci nových antidiabetik. Cílová hodnota glykemie v předoperační přípravě se pohybuje kolem 6–10 mmol/l. Metformin se doporučuje vysadit 1–2 dny před operací, glibenklamid i delší dobu vzhledem k prodlouženému účinku. Ostatní perorální antidiabetika se vysazují až v den výkonu. Dávka bazálního inzulínu se v předvečer výkonu snižuje alespoň na 80 % původní. Jako nezbytná se jeví individualizace cílových hodnot a postupu dle možností a potřeb pacienta.

Zlatým hřebem celého programu byla premiéra filmu „Doktor Rybka“, který natočil z iniciativy MUDr. Pavla Tománka režisér Tomáš Zindler. Režisér uvedl, že se ve filmu snažil zachytit všechny pocity a nálady, které formují osobnost profesora Rybky. Vznikl velmi emotivní dokument, který v publiku zanechal hluboký dojem.

Německý filozof Martin Heidegger řekl, že současná doba překonala všechny vzdálenosti, ale nevytvořila žádnou blízkost. Diabetologie je nám všem blízká, a tak určitě i v roce 2017 nás přiblíží k dalšímu setkání ve Zlíně na dalším ročníku Diabetologického dne.

MUDr. Alena Adamíková, Ph.D.

✉ adamikova@bnzlin.cz

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

Doručeno do redakce 28. 11. 2016