

## 8 Odporúčané postupy pri liečbe špecifických foriem diabetes mellitus

### 8.1 Monogénové formy diabetes mellitus (tab. 8.1)

forma diabetu	liečebná schéma
neonatálny diabetes	úvodná liečba – takmer výlučne inzulín kauzálna liečba – deriváty SU preferenčne glibenklamid (u nosičov mutácií KCNJ11 a ABCC8) u pacientov bez mutácií KCNJ11 a ABCC8 liečba inzulínom
rodinný výskyt diabetu so skorým začiatkom	lieky voľby deriváty SU (často dostačujúca nízka dávka) s postupujúcim vekom pacientov u väčšiny nutný postupný prechod na liečbu inzulínom
glukokinázový diabetes (GCK-MODY, MODY-2)	väčšinou stačia diétne a režimové opatrenia ak je prenatálne zistené, že dieťa matky s GCK- MODY nie je nosičom mutácie – pre riziko vzniku makrosómie plodu je indikovaná liečba inzulínom u matky
diabetes s mimopankreatickými príznakmi	liečba diabetu s obličkovými cystami (HNF1B-MODY, MODY5) – takmer výlučne inzulínom liečba mitochondriálneho diabetu spočiatku často PAD (deriváty SU), neskôr s progresiou ochorenia je potrebná liečba inzulínom

PAD – perorálne antidiabetiká SU – sulfonylurea

### 8.2 Diabetes mellitus pri endokrinopatiách

#### 8.2.1 DM a tyreopatie (tab. 8.2)

Mechanizmy zmien metabolizmu glukózy pri ochoreniach štítnej žľazy sú komplexné a môžeme ich schematicky rozdeliť:

- priame pôsobenie hormónov štítnej žľazy na metabolizmus sacharidov
- pôsobenie hormónov štítnej žľazy, tyreostimulačného hormónu (TSH) a tyreoliberínu (TRH) na sekréciu, účinnosť a metabolizmus iných hormónov zasahujúcich do glukoregulácie
- sekundárne podmienené zmeny metabolizmu sacharidov

Aj keď uvedené vplyvy pôsobia na sacharidový metabolizmus, nie je však dokázané, že by viedli k vzniku klinicky manifestného DM.

#### 8.2.2 Diabetes mellitus a ochorenia nadobličiek (tab. 8.3)

#### 8.2.3 Diabetes mellitus a autoimunitný polyglandulárny syndróm

DM1T sa často vyskytuje ako súčasť APS II. a obzvlášť APS III. typu. Klinický priebeh, stabilita a metabolická kompenzácia diabetu vyskytujúceho sa v rámci APS II. a III. typu je tiež negatívne ovplyvňovaná asociovanou endokrinopatiou, obzvlášť ak je táto komplikovaná poruchou funkcie (najčastejšie je to hypotyreóza, menej často hypertyreóza, len zriedka adrenokortikálna nedostatočnosť). DM1T s Addisonovou chorobou v rámci APS II. typu predstavuje vážne riziko pre život chorého, pokiaľ ochorenie nadobličiek nie je včas diagnostikované a liečené. Hypokorticismus vedie k výraznému sklonu k hypoglykémiam a prudkému poklesu spotreby inzulínu.

Tab. 8.2 | Diabetes mellitus pri tyreopatiách

komorbidita DM	komentár
diabetes mellitus a autoimunitné tyreopatie	chronická AITD – najfrekvencovanejšia z autoimunitných tyreopatií, ohrozuje klinický stav diabetika hlavne nepriamo cez vzniknuté poruchy funkcie štítnej žľazy. AITD najčastejšou príčinou hypotyreózy nielen u diabetikov Pre klinický priebeh DM so súčasne prítomnou AITD je významné, že u pacientov dochádza k podstatne rýchlejšiemu zániku vlastnej sekrécie inzulínu v porovnaní s diabetikmi bez AITD gravidné diabetičky – treba venovať diagnostike autoimunitných tyreopatií osobitnú pozornosť pozitívna antiTPO u gravidných spojená: s horšou kompenzáciou DM v 2. a 3. trimestri a v popôrodnom období s nepriaznivým vplyvom na vývoj plodu- vyšší výskyt potratov, pôrodných komplikácií s vyšším výskytom porúch funkcie ŠŽ u matky behom gravidity a v popôrodnom období
diabetes mellitus a hypotyreóza	Hypotyreóza má komplexný vplyv na metabolizmus glukózy: pokles kapacity glukoneogenézy → tendencia k nízkym hodnotám glykémie nalačno pokles účinnosti kontraregulácie → znížené možnosti korekcie hypoglykémie pokles účinnosti inzulínu → postprandiálna proťahovaná hyperglykémia Hypotyreóza u diabetikov urýchľuje tiež rozvoj dlhodobých, predovšetkým makroangiopatických komplikácií hlavne tým, že výrazne zhoršuje lipidogram
diabetes mellitus a hypertyreóza	Hypertyreóza má komplexný vplyv na metabolizmus glukózy: zvýšená glukoneogenéza → zvýšená endokrinná produkcia glukózy, tendencia k hyperglykémii, potreba vyšších dávok inzulínu zvýšená účinnosť a hladina glukagónu → hyperglykémia, ketogenéza, zvýšený katabolizmus zvýšená účinnosť a hladina katecholamínov → srdcová elektrická labilita

AITD – autoimunitná tyreoiditída antiTPO – protilátky proti tyreoidálnej peroxidáze ŠŽ – štítna žľaza

**Tab. 8.3 | Diabetes mellitus a ochorenia nadobličiek**

komorbidita DM	komentár
Cushingov syndróm	Nadbytok glukokortikoidov vedie u diabetikov k zhoršeniu kompenzácie DM a potrebe vyšších dávok inzulínu. Syntetickými kortikoidmi vyvolaný tzv. „steroidný“ DM vzniká približne u 14–28 % pacientov liečených glukokortikoidmi. Tento typ DM sa väčšinou upravuje spontánne po znížení alebo vynechaní kortikoidov, u predisponovaných osôb môžu kortikoidy viesť k manifestácii trvalého DM
primárny hyperaldosteronizmus (Connov syndróm)	Porucha glukoregulácie vzniká pravdepodobne len u geneticky predisponovaných osôb, pričom vyvolávajúcím faktorom je deficit kálie v B-bunkách Langerhansových ostrovcov s následnou poruchou sekrécie inzulínu
feochromocytóm	Hlavným patogenetickým mechanizmom vzniku porúch glukoregulácie je inhibícia sekrécie inzulínu (prostredníctvom alfa-2-adrenergných receptorov lokalizovaných na B-bunkách Langerhansových ostrovcov), pri súčasne zvýšenej endogénnej produkcii glukózy (najskôr zvýšená svalová glykogenolýza, v ďalšej fáze aktivácia pečenej aj obličkovej glukoneogenézy)

### 8.3 Diabetes mellitus pri ochoreniach pečene a pankreasu

#### 8.3.1 Diabetes mellitus a ochorenia pečene (tab. 8.4)

**Tab. 8.4 | Podávanie antidiabetík pri rôznych stupňoch poškodenia pečene.**

Upravené podľa Haluzík M (2012) a súhrnov charakteristických vlastností liekov

skupina antidiabetík	podávanie pri poškodení pečene		
	insuficiencia pečene		
	ľahká	stredná	ťažká
<b>sulfonylurea</b>			
glibenklamid	zníženie dávky		kontraindikácia
gliklazid, gliklazid MR	nie je potrebná úprava dávky		kontraindikácia
glimepirid	nie je potrebná úprava dávky		kontraindikácia
glipizid, glipizid GITS	nie je potrebná úprava dávky		kontraindikácia
gliquidón	kontraindikácia		
<b>glinidy</b>			
repaglinid	neboli vykonané sledovania u pacientov s porušenou činnosťou pečene		
<b>biguanidy</b>			
metformín	kontraindikácia <i>pozn. u pacientov so steatózou pečene s miernou eleváciou pečenej testov podávanie metformínu môže stav zlepšovať</i>		
<b>inhibitory <math>\alpha</math>-glukozidázy</b>			
akarboza	nie je potrebná úprava dávky		
<b>tiazolidíndióny/glitazóny</b>			
pioglitazón	nesmie sa používať		
<b>inhibitory dipeptidyl-peptidázy 4 (gliptíny)</b>			
sitagliptín	nie je potrebná úprava dávky		neskúmané
vildagliptín	nepoužívať (včítane tých čo majú ALT alebo AST > 3-násobok normy pred liečbou)		
saxagliptín	nie je potrebná úprava dávky		opatrné užívanie
linagliptín	nie je potrebná úprava dávky		
<b>agonisty GLP-1-receptorov (analógy GLP-1, inkretínové mimitiká)</b>			
exenatid	nie je potrebná úprava dávky		
exenatid QW s predĺženým uvoľňovaním „once weekly“	nie je potrebná úprava dávky		
liraglutid	nedostatok skúseností		
lixisenatid	nie je potrebná úprava dávky		
<b>inzulín a inzulínové analógy</b>	nutnosť zhodnotiť celkový klinický stav		
<b>prandiálne inzulíny</b> rýchlo pôsobiaci inzulín (solubilný, regulárny inzulín) krátko pôsobiace inzulínové analógy (lispro, glulizín, aspart)	nie je potrebná úprava dávky		
<b>bazálne inzulíny</b> stredne dlho pôsobiace NPH inzulíny dlhodobé pôsobiace inzulínové analógy (glargín, detemir, degludek)			
<b>premixované (bifázické) inzulíny</b> premixované humánne inzulíny premixované (bifázické) inzulínové analógy (lispro + protamín-Zn-lispro, aspart + protamín-Zn-aspart, degludek + aspart)			

## 8.3.2 Choroby exogénneho pankreasu (tab. 8.5, tab. 8.6)

Tab. 8.5 | Percentuálny výskyt diabetu u chorôb exogénnej časti pankreasu

typ choroby	výskyt
pankreatitída – akútne	2 %
pankreatitída – chronická	15–30 %
pankreatitída – chronická kalcifikujúca	60–70 %
hemochromatóza	75 %
cystická fibróza	10 %
karcinóm pankreasu	40–50 %
pankreatektómia – resekcia 90 %	60 %
totálna pankreatektómia	100 %

Tab. 8.6 | Liečba DM pri ochoreniach exogénnej časti pankreasu

ochorenie	liečba
<b>chronická pankreatitída</b>	<b>substitúcia inzulínom</b> u pacientov s dostatočnou reziduálnou sekréciou inzulínu možné aj PAD (hlavne deriváty SU)
<b>hemochromatóza</b>	liečba inzulínom
<b>cystická fibróza</b>	podobne ako pri chronickej pankreatitíde
<b>karcinóm pankreasu</b>	často väčšinou nutná liečba inzulínom
<b>pankreatektómia</b>	liečba inzulínom