

Aktuality v diabetologii

Poděbrady 2016

sobota

kongresové noviny

Kongres ambulantní diabetologie / 3.–5. 11. 2016, Lázeňská kolonáda v Poděbradech

5. 11. 2016

www.kongresAD.cz



Letošní Poděbrady se povedly, za rok se tu budou prezentovat první data z registru

Na letošní Kongres ambulantní diabetologie se sjelo 545 účastníků, což je velice dobré číslo. „Podstatné ale je, že ti, kteří přijeli, byli spokojeni a akce splnila jejich očekávání. Alespoň jsem získal ten pocit. Sám za sebe jsem byl příjemně překvapen, kolik výborných a vysoce odborných přednášek evropské nebo i světové úrovně tu zaznělo,“ svěřil se prof. MUDr. Milan Kvapil, CSC., předseda organizačního výboru kongresu, a dodal: „I na workshopy máme jen ty nejlepší odezvy, účastníci se ponořili do problematiky, společně hledali řešení klinických situací a mnohdy jim na to nestačil předem vymezený čas. Už teď proto víme, že řadu témat z workshopů zopakujeme i napřesrok a zájemcům umožníme hlubší vhled. Sebekriticky musím ale doplnit, že jsme podcenili přestávky mezi jednotlivými workshopy, což příště napravíme.“

Významným tématem kongresu byl Národní informační diabetologický systém, jinak též (diabetologický) registr. Jeho vytvořením a správou byl pověřen ÚZIS, jehož ředitel doc. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.,

přijel do Poděbrad v sobotu ráno informovat o jeho významu, struktuře a možnostech. Pilotním projektem registru jsou data o léčbě diabetiků, které získala Diabetická asociace ČR od Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) díky vstřícnosti jejího náměstka pro zdravotní péči MUDr. JUDr. Petra Hoňka. „Část těchto dat za letošní rok už můžeme analyzovat, příští rok vyjde supplementum Vnitřního lékařství, kde uveřejníme podrobné výsledky. Nemůžeme tato data nicméně propojit s výsledky laboratorních vyšetření, to umožní právě registr, který sleduje i celou řadu dalších ukazatelů. První registrová data by měla být k dispozici do roka do dne. Celý jeden blok v Poděbradech by tedy měl být věnován právě těmto výstupům,“ slíbil prof. Kvapil. „Registr má za úkol poskytnout podrobné informace o tom, jak v České republice léčíme pacienty s diabetem, jaký je jejich osud, jakou mají léčbu, jak souvisí podaná léčba s výsledky a kolik to všechno stojí. Pomocí výstupů z registru můžeme ovlivnit politiku zdravotních pojišťoven a podobu odborných

doporučených postupů, které používáme v praxi,“ shrnul prof. Kvapil smysl registru, jehož idea se zrodila v jeho hlavě. „Podobné systémy existují samozřejmě i v jiných zemích, unikátnost České republiky tkví v tom, že jsme jedna z mála zemí, která takový systém může provést plně automatizovaně. Např. ve velice ceněném švédském registru se část dat přepisuje ručně. Je také dobré připomenout, že v ČR prakticky každá léčba, která má smysl pro terapii diabetu, je hrazena z rozpočtu pojišťoven. Z tohoto důvodu lze tato data shromažďovat a analyzovat. V zemích, kde si část péče nemocní hradí sami, nelze taková data sesbírat.“

Vzorek 10,5 milionu obyvatel je podle prof. Kvapila mezinárodně významný, dají se na něm stavět podklady pro mezinárodní doporučení, průzkumy, či různé algoritmy vyšetřování. ■ [SLEDUJTE VIDEO](#)

Rozhovor s doc. Ladislavem Duškem, ředitelem ÚZIS, o registru si můžete poslechnout [ZDE](#).



Přežije placebo rok 2020?

Prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., ředitel Národního ústavu duševního zdraví, ve své přednášce o placebo upozornil, že chápat účinky placeba jako čistě psychologické, není tak úplně přesné, neboť pomocí zobrazovacích metod lze objektivně prokázat, že placebo působí na určité části mozku. Každý lék (analgetikum) má tři složky v mechanismu svého účinku: farmakodynamické působení na dráhy bolesti zprostředkované často opiátovými receptory, psychologické působení na takzvané dráhy očekávání (placebo efekt) a konečně skutečné farmakologické působení na dráhy očekávání. „A to je to, co se doposud příliš nevědělo a zanedbávalo. Proporcionalita jednotlivých složek se dá hodnotit například tak, že se testovaná látka podává otevřeně i maskovaně a pak se porovná rozdíl v efektu, zda je velký, malý, nebo zda jde jen o posun působení v čase. Je zajímavé, že jestliže analgetika ovlivňují spíše dráhy očekávání než dráhy bolesti, tak se může stát, že když nemocný



Prof. Cyril Höschl vysvětloval, proč je skutečný význam placeba podceňován.

neví, že je dostává, tak nedosáhne ani placebo efektu.

Prof. Höschl se zastavil také u etického rozměru placeba. To, že se ve výzkumu obecně zpřísňují etická pravidla, vede podle jeho slov k ochraně pacientů, resp. osob účastnících se klinických studií. „Je to kýžený vývoj, který má ale i své padlé - zejména stupňující se metodologické obtíže. Nejviditelnějším problémem je, že dnes ve srovnání s 80. lety minulého století soustavně mizí signál, tedy rozdíl mezi působením placeba a aktivní farmako-

logickou látkou. Je to dáno tím, že se zpřísňujícími se etickými požadavky jsou do studií zařazováni stále lehčí a méně komplikovaní pacienti. V psychiatrii například pacienti s depresí, kteří ale nejsou suicidální nebo nemají psychotické příznaky, závislosti a podobně. Takto metodologicky vyčištěné studie se vzdalují nejen od možnosti prokázat účinek, ale také od reálného života.“ Jak z toho ven? Podle prof. Höschla může být řešením více tzv. naturalistických (real-life) studií. Ty totiž lépe korelují s tím, co se od léků v reálné praxi očekává. K jejich úplnému převážení ale nedojde, spíše budou v různém poměru ke „klasickým“ randomizovaným klinickým studiím. „Můžeme shrnout, že placebo se v nejbližších desetiletích až na naprosté výjimky na osobní zodpovědnost lékaře zcela vytratí z praktického terapeutického armamentária, na druhou stranu v určité proporcii ale nepochybně zůstane jako jeden z nenahraditelných nástrojů při vedení průkaznosti účinků nových léků.“ ■ [SLEDUJTE VIDEO](#)



Kontinuální měření glykemie by se mělo rozšířit z center do terénu

Workshop doc. MUDr. Kateřiny Štechové, Ph.D., a MUDr. Lucie Hoskovcové z Interní kliniky 2. LF UK a FN Motol, Praha, byl zaměřen na kontinuální monitoraci glykemie (continuous glucose monitoring, CGM). „Soustředily jsme se především na praktické aspekty, abychom přiblížily tuto velice perspektivní technologii co nejširšímu množství uživatelů. Aby se nestala něčím, co zůstane omezeno pouze na diabetologická centra, ale abychom spolupracovali s terénními diabetology a aby na tuto technologii skutečně mohl dosáhnout každý, kdo to potřebuje, protože toto je budoucnost self-monitoringu v diabetologii,“ uvedla doc. Štechová. Naši redakci potvrdila, že dostupnost této technologie sice zatím stále není optimální, ale postupně se zlepšuje. „Pro dospělé pacienty je dostupnost trochu horší než pro dětské diabetiky. Letos ale došlo k zá-

sadní změně v tom smyslu, že za určitých podmínek je možné dosáhnout v určitých, přesně daných indikacích na větší množství senzorů než na dosavadní čtyři senzory za rok,“ upřesnily doc. Štechové. Na úhradě metody se spolupodílí pacient. Doc. Štechová nicméně doufá, že do budoucna senzory jednak budou zlevňovat a jednak že se usnadní cesta této technologie k těm, kteří ji opravdu potřebují. „První krok již byl učiněn,“ poznamenala.

Zdůraznila, že technologie CGM vždy musí být šitá pacientovi na míru. Při kontinuální monitoraci v reálném čase má pacient informaci k dispozici. „Tato forma může být výhodná určitě pro pacienta na intenzifikovaném inzulínovém režimu, ať už podáváním pumpou nebo injekčně, a to bez ohledu na typ diabetu. Pacient ale musí spolupracovat a musí to zvládat psychicky, což

není úplně jednoduché.“ Zaslepená monitorace je podle doc. Štechové výborným detektorem „diabetické pravdy“. „Může nám pomoci třeba při rozhodování, kdy intenzifikovat inzulínový režim u pacienta s diabetem 2. typu a jako zvláštní skupinu, nesmírně cennou, kde je užitek z ní dvojnásobný, bych vyzdvihla těhotné diabetičky, protože tam se jedná o benefit pro matku i pro dítě.“

Úspěšná nová technologie obecně předznamenává ústup technologie staré, překonané – v souvislosti s CGM je slyšet hlasy o „soumraku klasických glukometrů“. Podle doc. Štechové se zatím jedná spíše o jemné šerění. „Soumrak ještě ne, ještě chvíli nám glukometry svítit budou. Než se vyřeší finanční aspekty, než se prodlouží životnost senzorů. Nevím, jestli si mohu zahrát na delfskou věštírnu, ale já bych to viděla na dobu tak do deseti let.“ ■



Diabetologický registr dá lékařům zpětnou vazbu o kvalitě jejich péče

Ostré výsledky začne připravovaný Národní diabetologický registr produkovat nejpozději 1.7.2017. „Jeho spuštění plánujeme ve třech fázích a první z nich začne dokonce ještě trochu dříve. Bude postavena na sběru dat ze zdravotních pojišťoven, protože paralelně vzniká Národní registr hrazených zdravotních služeb,“ vysvětlil doc. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D., ředitel ÚZIS.

Data úřad využije jako základ epidemiologického mapování diabetologie a diabetu v ČR. Nad tento první projekt pak budou nastaveny další fáze. Výhodou je, že lékařský terén nebude zatížen žádnými monstrózními dotazníky a vyplňováním dat. Pacientů jsou totiž statisíce a je nepředstavitelné, že by někdo informace sbíral ručně.

Registr bude informovat, o jaké pacienty se jedná, kolik jich je a kde jsou, za jakou péčí migrují mezi regiony, kdo tuto péči poskytuje, jak na sebe navazují jednotlivé fáze péče, jakou mají pacienti nemocnost, jak často a s jakými diagnózami jsou hospitalizováni. Registr také umožní sledovat jejich dobu dožití či konečné fáze léčby, pokud se nemoc zhorší anebo budou pacienti umírat z jiného důvodu. Zaznamenávat se také budou parametry laboratorní, jež umožní hodnotit prediktivní faktory, compliance pacientů k léčbě atp.



Ředitel ÚZIS, doc. Dušek, vysvětlil lékařům, jak bude vypadat Národní diabetologický registr.

Jednotlivé typy konzumentů budou mít přístup k různé otevřenosti dat. Lze je rozdělit do tří kategorií. V první z nich budou lékaři sami. „Mým snem je, abychom data dokázali využít k jejich benchmarkingu, aby dostali svůj obraz k celku a mohli se podívat, jak se jejich kohorta pacientů vyvíjí, jakou má zátěž a výsledky péče, a jak si stojí ve srovnání s kolegy. V tomto

případě mohou být data poměrně odkrytá, protože porovnávají vlastní informace s celkem,“ upřesnil doc. Dušek.

Druhým typem konzumentů jsou pojišťovny nebo manažeři zdravotnických zařízení, kteří potřebují celkový pohled na vývoj nemoci, distribuci pacientů, na náklady na léčbu. Třetí typ výstupu bude určen všem. Bude na internetu, každý občan si bude moci zobrazit základní epidemiologii choroby, počty nemocných, jejich věk, výskyt v regionech, dostupnost konkrétních modalit léčby a zřejmě i výsledky léčení a osud pacientů.

Data nemocných budou plně anonymizovaná, nebudou mít nic společného s identitou člověka. Registr tedy vůbec nebude schraňovat a sbírat informace, jež by umožňovaly ztotožnit jedince. Bude stavěn na principu eGovernmentu a data ponosou jen anonymní identifikátor, tedy bezvýznamné číslo, nikoli rodné.

Národní registr tedy umožní v budoucnu hodnotit kvalitu péče v diabetologii, přinese také relevantní predikce, kolik pacientů by mělo být léčeno určitou modalitou v následujících 4–5 letech a může tak pojišťovnám i poskytovatelům umožnit diskusi, jak alokovat zdroje. A konečně dodá jasnou odpověď na otázku, kolik stojí veřejné zdravotní pojištění péče o diabetiky. ■ [SLEDUJTE VIDEO](#)



Duplexní sonografie vyžaduje správný výklad

Jak interpretovat nálezy z duplexní sonografie (DUS) dolních končetin a karotid? Ujasnění této problematiky bylo cílem workshopu, který během sobotního dopoledne vedla MUDr. Pavlína Piřhová, Ph.D., z Interní kliniky 2. LF UK a FN Motol, Praha.

„Většina diabetologů ani internistů nemívá k dispozici ultrazvukový přístroj, aby prováděli ultrazvukové vyšetření sami. Ale posílají pacienty na toto vyšetření a do ruky se jim pak dostanou ultrazvukové nálezy a je potřeba, aby se v nich uměli orientovat,“ specifikovala MUDr. Piřhová poselství workshopu. Stran DUS karotid

poskytla návod pro jeho správnou interpretaci, výklad zkratk, porozumění závěru tohoto vyšetření a hodnocení kardiovaskulárního rizika pacientů. V oblasti DUS dolních končetin zdůraznila jako důležitou správnou interpretaci nálezu rychlosti průtoku, tvaru průtokové křivky, přítomnosti aterosklerotických plátů i oblasti, kam až změny dosahují. „U diabetiků je velmi důležité, aby ultrazvukové vyšetření bylo provedeno až do periferních tepen, to znamená do oblasti kotníků a nártů, protože aterosklerotické změny u diabetiků jsou nejčastěji lokalizovány právě tam,“ upozornila s dovětkem, že pro interpreta-

ci tohoto vyšetření je velmi důležité, kam až bylo provedeno, protože může existovat diskrepance mezi nálezem klinickým a ultrazvukovým.

Vhodný okamžik k odeslání diabetika k duplexní sonografii podle MUDr. Piřhové přichází hned při podezření na jakýkoli patologický proces v oblasti periferních tepen. „To znamená, pokud pacient má klinickou symptomatologii ischemické choroby dolních končetin nebo pokud má přítomný defekt na dolních končetinách anebo třeba nalezneme nízké kotníkové či palcové tlaky,“ upřesnila MUDr. Piřhová. ■



Na nediabetologická onemocnění ledvin by se nemělo zapomínat

Doc. MUDr. Miroslava Horáčková, CSc, vedoucí lékařka oddělení klinické nefrologie a dialýzy Interní kliniky 2. LF UK a FN Motol, Praha, se ve své přednášce zabývala diferenciální diagnostikou hematurie u pacientů s diabetem. Nález erytrocytů v moči, tedy mikrohematurie, není podle ní u diabetiků častější než u zbytku populace. Za čtenější by se dala považovat pouze u té skupiny, která trpí diabetickou interkapilární glomerulosklerózou. Nicméně z řady studií vyplývá, že diabetici mohou kromě tohoto onemocnění trpět i jinými nefrologickými či urologickými problémy. Když už jsou tedy vyšetřováni a laboratorně sledováni v diabetologické ambulanci a mají tento patologický nálezn, neměl by se bagatelizovat a měl by vést k podrobnějšímu vyšetření. Základním postupem při diferenciální diagnostice urologické či renální příčiny hematurie je využití ultrazvukového vyšetření. Při něm by se však nemělo zapomínat na to, že mají být vyšetřeny nejen ledviny, ale také močový měchýř. Dále zdůraznila, že by se nemělo opomínat to nejdůležitější, tedy pečlivá anamnéza cílená na možnosti jednotlivých urologických onemocnění. V případě, že jsou jako příčina hematurie vyloučena, je na místě podrobnější nefrologická diferenciální diagnostika. Diabetes mellitus trvající méně než pět let, glomerulární hematurie a absence diabetické retinopa-



O diagnostice hematurie u pacientů s diabetem přednášela doc. Horáčková.

tie jsou nezávislými prediktory nediabetického onemocnění ledvin a u pacientů, u kterých máme na toto onemocnění podezření, je indikováno provedení ledvinové biopsie. U renálního onemocnění je rovněž nutné odlišit hematurii glomerulární od subglomerulární. V průběhu celého diagnostického procesu může diabetolog napomoci nefrologovi tím, že mu poskytne přehled o průběžném vývoji albuminurie a proteinurie a informuje o stavu dlouho-

dobé kompenzace diabetické metabolické poruchy a krevního tlaku. Dlouhodobě dekompenzovaná metabolická porucha a hypertenze totiž u diabetiků vedou k časnějšímu rozvoji onemocnění ledvin. „Mohu doporučit jenom to, aby se v zásadě nezapomínalo na ta nejběžnější vyšetření jako je anamnéza a fyzikální vyšetření, v neposlední řadě pak na jednoduché laboratorní testy a ultrasonografi,“ zakončila doc. Horáčková. ■



Skupinová edukace jako cesta k lepší compliance diabetiků

Workshop MUDr. Jiřího Hradce z oddělení interny, endokrinologie a diabetologie Polikliniky Chrudim byl sice na programu jako poslední mezi všemi workshopy, to ovšem nic neubralo na jeho zajímavosti. „Považujeme za zásadní, aby pacient byl schopen se svou nemocí zacházet a zvládat krizové situace. My se ho snažíme naučit, aby své nemoci rozuměl, dokázal ji zvládat a s lékařem konzultoval jenom své problémy,“ přiblížil MUDr. Hradec, proč se ve svém workshopu věnoval skupinové edukaci diabetiků. „Úče-

lem je, aby pacient lépe kontroloval svůj diabetes. Tato forma edukace má iniciovat, aby se pacient o své hodnoty glykemie aktivně zajímal a aby potom uměl zacházet s léčbou a věděl, jak se během ní chovat.“

Potvrdil, že skupinová edukace je náročná na personální zabezpečení, protože do programu výuky nemocných zapojuje více profesí – sestry, nutriční terapeuti, lékaři. „A tudíž nemusí být každé pracoviště schopno nebo ochotno se tomuto způsobu edukace věnovat,“ podotkl.

Přínos skupinové edukace pro pacienty je však podle MUDr. Hradce nesporný. „Jsou více zapojeni střední zdravotničtí pracovníci, kteří mají trochu jiný přístup. Také mají na edukaci pacientů více času, který je navíc přímo na ni vymezen. Hlavní přínos je podle mého názoru v odbourání určitých zábran ve vztahu pacient-zdravotnické zařízení, pacient-lékař, pacient-zdravotní sestra, zbavení pacienta strachu před zdravotnickým zařízením a navázání důvěrnějšího kontaktu.“ ■

Takové byly Poděbrady 2016...



Na viděnou v roce 2017

FLEXIBILNÍ POUŽITÍ VE SCHVÁLENÝCH INDIKACÍCH¹

Přesvědčivé výsledky
u vhodných pacientů
s diabetes mellitus 2. typu¹

Jednou denně
Januvia[®]
sitagliptinum

Míra kardiovaskulární
bezpečnosti potvrzena
studií TECOS.²



Zkrácená informace o léčivém přípravku

Januvia[®] 25, 50 a 100 mg potahované tablety (25, 50 nebo 100 mg sitagliptinu v jedné potahované tabletě). **Indikace:** U pacientů s diabetes mellitus 2. typu je přípravek Januvia indikován ke zlepšení kontroly glykémie: v **monoterapii** u pacientů, u kterých úprava stravy a cvičení samotné neposkytují dostatečnou kontrolu glykémie a u kterých metformin není vhodný; v **dvojkombinační perorální terapii** 1. s metforminem, 2. se sulfonylureou (SU), 3. s thiazolidindionem (TZD), 4. s inzulinem (s metforminem nebo bez něj); v **trojkombinační perorální terapii** 1. s SU a metforminem, 2. s TZD a metforminem. Dvojkombinační i trojkombinační terapie je indikována, pokud léčba uvedenými léčivými látkami samotnými spolu s úpravou stravy a cvičením nezajistí dostatečnou úpravu glykémie. **Dávkování a způsob podání:** 100 mg p. o. jednou denně v monoterapii nebo v kombinované léčbě. Lze užívat nalačno i s jídlem. U pacientů s mírnou poruchou funkce ledvin (clearance kreatininu [CrCl] ³50 ml/min) není nutno dávku přípravku Januvia upravovat. U pacientů se středně těžkou poruchou funkce ledvin (CrCl \geq 30 až <50 ml/min) je třeba snížit dávku přípravku Januvia na 50 mg jednou denně, u pacientů s těžkou poruchou funkce ledvin (CrCl <30 ml/min) nebo s terminálním onemocněním ledvin (ESRD) na 25 mg jednou denně. Podávání přípravku Januvia pacientům s těžkou poruchou funkce jater nebylo hodnoceno a je třeba opatrnost. Januvia se nesmí užívat během těhotenství a kojení. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na kteroukoli složku přípravku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Přípravek Januvia se nemá podávat pacientům s DM 1. typu nebo používat k léčbě diabetické ketoacidózy. Při použití přípravku Januvia v kombinaci s SU nebo s inzulinem může být žádoucí snížit dávku SU nebo inzulinu, aby se snížilo riziko hypoglykémie. Užívání inhibitorů DPP-4 je spojováno s rizikem rozvoje akutní pankreatitidy. Pokud existuje podezření na pankreatitidu, musí být přípravek Januvia a jiné potenciálně podezřelé léčivé přípravky vysazeny. Po uvedení přípravku na trh byly u pacientů léčených sitagliptinem hlášeny závažné hypersenzitivní reakce. Jestliže je podezření na hypersenzitivní reakci, je nutno užívání přípravku Januvia přerušit. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Klinická data ukazují, že riziko klinicky významných interakcí se současně podávanými léčivy je nízké. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášenými NÚ byly infekce horních cest dýchacích, nazofaryngitida a bolest hlavy. Hypoglykémie byla hlášena v kombinaci s SU nebo inzulinem. Po uvedení přípravku na trh byly hlášeny závažné hypersenzitivní reakce a případy akutní pankreatitidy. **Zvláštní opatření pro uchování:** Žádné zvláštní podmínky uchování. **Druh obalu a velikost balení:** 14, 28, 30, 56, 84, 90 nebo 98 potahovaných tablet a 50 x 1 potahovaná tableta v perforovaném jednodávkovém blistru. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck Sharp & Dohme Ltd., Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire N11 9BU, Velká Británie. **Registrační čísla:** EU/1/07/383/013 – 018,023,024. **Poslední revize textu:** 28. 1. 2016.

Přípravek Januvia je vázán na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přečtěte si pozorně úplnou informaci o přípravku, kterou naleznete na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky (EMA) <http://ema.europa.eu> nebo na adrese zástupce držitele rozhodnutí o registraci v ČR: Merck Sharp & Dohme s. r. o., Hadovka Office Park, Evropská 2588/33a, 160 00, www.msdd.cz.

POUZE PRO ODBORNOU VEŘEJNOST.

Reference: 1. SPC Januvia. 2. Green JB, Bethel MA, Armstrong PW, et al. Effect of sitagliptin on cardiovascular outcomes in type 2 diabetes [published online ahead of print June 8, 2015]. *N Engl J Med.* 2015;1–11. doi:10.1056/NEJMoa1501352.



© Copyright Merck Sharp & Dohme s.r.o., 2016. Všechna práva vyhrazena.
Merck Sharp & Dohme s.r.o., Evropská 2588/33a, 160 00 Praha 6, Česká republika
Tel.: +420 233 010 111, e-mail: dpoc_czechslovak@merck.com
www.msdd.cz

03-2017- DIAB-1165152-0003