proLékaře.cz | 21.11.2026

Kombinácia bazálneho inzulínu a metformínu: kazuistika

Combination of basal insulin and metformin: a case report

Radovan Plášil
Diabetologická ambulancia IRIDIA s.r.o., Vrútky

✉ **MUDr. Radovan Plášil** | plasil.r.@gmail.com
Doručené do redakcie | Received 30. 9. 2019
Prijaté po recenzii | Accepted 6. 11. 2019

Úvod

Neuspokojivá kompenzácia ochorenia diabetes mellitus vedie k rozvoju chronických mikrovaskulárnych a makrovaskulárnych komplikácií. Medzi mikrovaskulárne komplikácie radíme diabetickú mono/polyneuropatiu, diabetickú retinopatiu a diabetickú nefropatiu. Za makrovaskulárne komplikácie považujeme progresiu difúznej ateroskleródy, ktorá u diabetikov výrazne zvyšuje riziko kardiovaskulárnych (infarkt myokardu) a cerebrovaskulárnych (cievna mozgová príhoda) príhod. V súčasnosti sa kladie dôraz na intenzívnu liečbu diabetu s jeho tesnou kompenzáciou od prvých dní od stanovenia diagnózy. Za štandardný postup v liečbe diabetu, v prípade absencie kontraindikácií, sa považuje v prvej línii nasadenie metforminu a komplexná edukácia pacienta so snahou o dlhodobé dodržiavanie diétnych opatrení s pravidelnou primeranou fyzickou aktivitou, ktoré by mali viesť k prípadnej redukcii a optimalizácii telesnej hmotnosti, čo vytvára predpoklad pre dlhodobú úspešnú liečbu PAD. Po vyťažení liečby perorálnymi antidiabetikami (+ prípadne v kombinácii s GLP1 receptorovými agonistami), pričom v kombinácii s režimovými opatreniami nie je dosiahnutá optimálna kompenzácia diabetu, je potrebné skoré nasadenie inzulínovej terapie s cieľom minimalizácie rizika rozvoja chronických komplikácií.

Kombinácia bazálneho inzulínu a PAD patrí medzi štandardné terapeutické postupy v rámci starostlivosti o diabetikov. V kazuistike uvádzame prípad pacientky na kombinovanej liečbe PAD s nedostatočnou kompenzáciou DM, u ktorej sme pristúpili k nasadeniu bazálneho inzulínu glargín (Semglee) s následným zlepšením kompenzácie.

Kazuistika

Demografické údaje pacienta

Vek: 53 rokov, pohlavie: žena

Anamnéza pacienta a terajšie ochorenie

Pacientka má od roku 2007 diagnostikovaný DM2T. V úvode bola pacientka ponechaná na diéte. V r. 2014 pri zvýšení HbA_{1c} na 7,8 % DCCT jej bolo nasadené PAD (intolerancia metformínu – nasadený gliklazid + sitagliptin), postupná uptitrácia: júl 2019 HbA_{1c} 7,9 % DCCT, hraničná sekrécia C-peptidu (0,67 nmol/l), vzostup glykémií na 8–15 mmol/l.

Objektívny nález a výsledky vyšetrení

máj 2019: **HbA_{1c}** 7,9 % DCCT; **C-peptid** (0,67 nmol/l); **glykémie** 8–15 mmol/l; **KREA** 79; **UREA** 5,7; **KM** 432;, **ALT** 0,4; **GMT** 0,8; **celkový cholesterol** 5,1; **LDL-C** 3,2; **HDL** 1,4; **TAG** 1,9; **HGB** 136
august 2019: **HbA_{1c}** 7,1% DCCT; **glykémie** v rozsahu 6–10 mmol/l; **hypoglykémie**: 0

Priebeh ochorenia

DM2T bol diagnostikovaný v roku 2007. V úvode bola pacientka ponechaná na diéte. V 2014 pri zvýšení HbA_{1c} na 7,8 % DCCT bolo nasadené PAD (intolerancia metforminu – nasadený gliklazid + sitagliptin), postupne sme uptitrovali dávky PAD (gliklazid 90 mg + sitagliptin 100 mg). **Máj 2019**: HbA_{1c} 7,9 % DCCT; C-peptid 0,67 nmol/l; selfmonitoring glykémií v rozsahu 8–15 mmol/l; hypoglykémie 0; BMI 32,5 kg/m^2; liečba gliklazidom 90 mg 1–0-0 + sitagliptin 100 mg 1–0-0 + nasadený inzulín glargín 10 IU s.c. **August 2019**: HbA_{1c} 7,1 % DCCT, selfmonitoring glykémií v rozsahu 6–11 mmol/l; hypoglykémie 0; BMI 32,5 kg/m^2;

proLékaře.cz | 21.11.2026

liečba gliklazidom 90 mg 1–0-0 + sitagliptin 100 mg 1–0-0 + inzulín glargín 18 IU s.c.

Diskusia

U pacientky zaznamenávame štandardne uspokojivý efekt na glykemickú kompenzáciu po pridaní inzulínu glargín ku kombinovanej terapii PAD. V tomto prípade je potrebné poukázať aj na subjektívny ústup únavového syndrómu a bezpečnosť liečby (bez výskytu hypoglykémií). U danej pacientky sme sa rozhodli k liečbe inzulínom glargín pre neuspokojivú kompenzáciu diabetu na maximálnych dávkach PAD, pričom pacientka bola poučená o vyčerpaní možností perorálnej liečby s potrebou rýchlej úpravy kompenzácie diabetu s tým, že k dispozícii máme len subkutánnu aplikáciu liečiva. Prichádzala ešte do úvahy liečba GLP1 receptorovým agonistom, ktorá ale v tomto prípade nie je hradená zdravotnou poisťovňou pre absenciu metformínu v liečbe (intolerancia pacientky). Pacientka súhlasila s nasadením inzulínovej terapie v jednej dennej dávke, ktorá sa vo forme inzulínu glargín ukázala ako účinná a bezpečná.

Záver

V danej kazuistike sme prezentovali štandardne uspokojivý efekt na glykemickú kompenzáciu po pridaní inzulínu glargín ku kombinovanej terapii PAD pri jej zlyhaní a nedostatočnom účinku. V tomto prípade pacientka vnímala liečbu pozitívne nielen kvôli zlepšeným výsledkom, ale aj pre ústup príznakov únavového syndrómu. Tento fenomén sa dá účinne využiť pri edukácii pacientov vyžadujúcich nasadenie inzulínovej liečby.