



BROJ
2.

Bilten Hrvatskog društva za endokrinologiju i dijabetologiju HLZ

GODINA
2019.

TEMA BROJA

ŠEĆERNA BOLEST TIP 2 – racionalni pristup

1. Dijagnoza
2. Liječenje
3. Praćenje bolesnika

Dijagnoza

Kriteriji za postavljanje dijagnoze šećerne bolesti su: glikemija **natašte $\geq 7,0$ mmol/l** i/ili u bilo koje vrijeme **tijekom dana $\geq 11,1$ mmol/l** i/ili **HbA1c $\geq 6,5$ %**.

Liječenje

Liječenje i praćenje velike većine bolesnika sa šećernom bolesti tip 2 preporučujemo vršiti u okviru primarne zdravstvene zaštite.

Temeljne mjere liječenja

Temelj liječenja šećerne bolesti tip 2 je promjena stila života što podrazumijeva **modifikaciju prehrane i redovitu fizičku aktivnost**. Najbolji rezultati u regulaciji glikemije postižu se **smanjenjem unosa ugljikohidrata** (udio ugljikohidrata $<45\%$ svih makronutrijenata). Pri odabiru ugljikohidrata prednost treba dati kvalitetnijim ugljikohidratima koji su bogati dijetalnim vlaknima, vitaminima i mineralima, a bez dodanih šećera, masti i soli (npr. povrće, proizvodi s cjelovitim žitaricama). Treba izbjegavati procesuiranu hranu kao npr. grickalice, slatkiše, gazirana pića.

Preporučuje se **umjerena fizička aktivnost** minimalno 30 minuta dnevno.

Lijekovi

Medikamentozno liječenje šećerne bolesti tip 2 je potrebno započeti ako promjenom stila života nije postignuta odgovarajuća regulacija glikemije. Na raspolaganju je više skupina antidijabetika koji na različite načine dovode do snižavanja koncentracije šećera u krvi. Pri odabiru vrste lijeka potrebno je voditi računa o karakteristikama bolesnika, učinkovitosti lijeka i njegovoj cijeni. U nastavku su izdvojene najvažnije karakteristike pojedinih skupina lijekova.

Metformin je lijek prvog izbora u šećernoj bolesti tip 2. Kontraindikacije za njegovu primjenu su: smanjena glomerularna filtracija (eGFR <30 ml/min) i stanja praćena hipoksijom. Primjenjuje se nakon jela, maksimalno 2000 mg dnevno podijeljeno u dvije doze.

Pioglitazon je lijek koji snažno djeluje na inzulinsku rezistenciju. Kontraindiciran je u slučaju srčanog zatajenja.

Derivati sulfonilureje su, uz inzulin, najučinkovitiji u snižavanju glikemije. Gliklazid je najčešće korišteni preparat sulfonilureje jer izaziva najmanje hipoglikemija i neutralnog je učinka na kardiovaskularne događaje.

Repaglinid djeluje kraće i koristi se za snižavanje postprandijalne glikemije.

Inhibitori DPP-4 se najčešće koriste u kombinaciji s metforminom i dobar su izbor u starijoj populaciji kada su kontraindicirani drugi antidijabetici.

Agonisti GLP-1 dovode do sniženja tjelesne mase, nemaju rizik od hipoglikemija i većina ih pokazuje povoljan učinak na kardiovaskularne događaje. Radi se o najskupljoj skupini antidijabetika. Stoga, ako se u roku od 6 mjeseci ne uspije postići redukcija tjelesne mase i/ili zadovoljavajuće sniženje HbA1c, savjetuje se prekid navedene terapije.

SGLT-2 inhibitori imaju povoljan učinak na prevenciju kardiovaskularnih događaja i zatajenja srca. Potreban je oprez pri njihovoj primjeni u starijoj životnoj dobi jer mogu izazvati depleciju volumena intravaskularne tekućine.

Inzulin

U slučaju neregulirane glikemije uz primjenu više vrsta antidijabetika ili u slučaju kliničkih znakova manjka inzulina (npr. mršavljenje), indicirano je uvesti inzulinsku terapiju. Najčešće se započinje dozom od 10 i.j. **bazalnog (NPH) inzulina** uvečer. Dozu inzulina je potrebno povećati svaka 3 dana za po 2 jedinice dok se ne postigne jutarnja glikemija <7 mmol/L.

Pri odabiru inzulinske terapije prednost treba dati **humanim (NPH) inzulima** (na hrvatskom tržištu dostupni su Humulin N i Insuman basal) zbog njihove povoljnije cijene u odnosu na dugodjelujuće inzulinske analoge, a istovremeno jednaku učinkovitost.

Praćenje bolesnika

Uspješnost regulacije šećerne bolesti procjenjuje se mjerenjem glikiranog hemoglobina (HbA1c). Ciljna vrijednost HbA1c kod većine bolesnika trebala bi biti < 7%. U bolesnika starije životne dobi kao i u onih s razvijenim mikrovaskularnim ili makrovaskularnim komplikacijama prihvatljive su i više vrijednosti HbA1c (7,5 – 8,0 %).

U slučaju dobre regulacije šećerne bolesti preporučuje se jednom godišnje: mjerenje HbA1c, omjera albumin/kreatinin u uzorku jutarnjeg urina (s ciljem rane detekcije dijabetičke nefropatije), mjerenje glomerularne filtracije (eGFR) i pregled očne pozadine (s ciljem rane detekcije dijabetičke retinopatije).

Samokontrolu glikemije nije potrebno provoditi kod većine bolesnika koji se liječe peroralnim antidijabeticima i/ili GLP-1 agonistima, budući da nema dokaza za njenu učinkovitost u poboljšanju regulacije šećerne bolesti u ovoj skupini bolesnika.

UREDNICI BILTENA: T. Dušek, D. Kaštelan, A. Novak, M. Tripolski

Hrvatsko društvo za endokrinologiju i dijabetologiju HLZ je osnovano u 2015. s ciljem stručnog i znanstvenog povezivanja liječnika koji se bave liječenjem endokrinoloških bolesti, provođenja neovisnih edukacijskih programa iz područja endokrinologije i dijabetesa te promicanja racionalnog dijagnostičkog i terapijskog pristupa u zbrinjavanju endokrinoloških bolesnika.

Bilten HDED HLZ obrađuje teme od važnog javno-zdravstvenog značaja iz područja endokrinologije i dijabetologije i namijenjen je zdravstvenim radnicima.



Hrvatsko društvo
za endokrinologiju i dijabetologiju
Hrvatskog liječničkog zbora

www.hded.com.hr