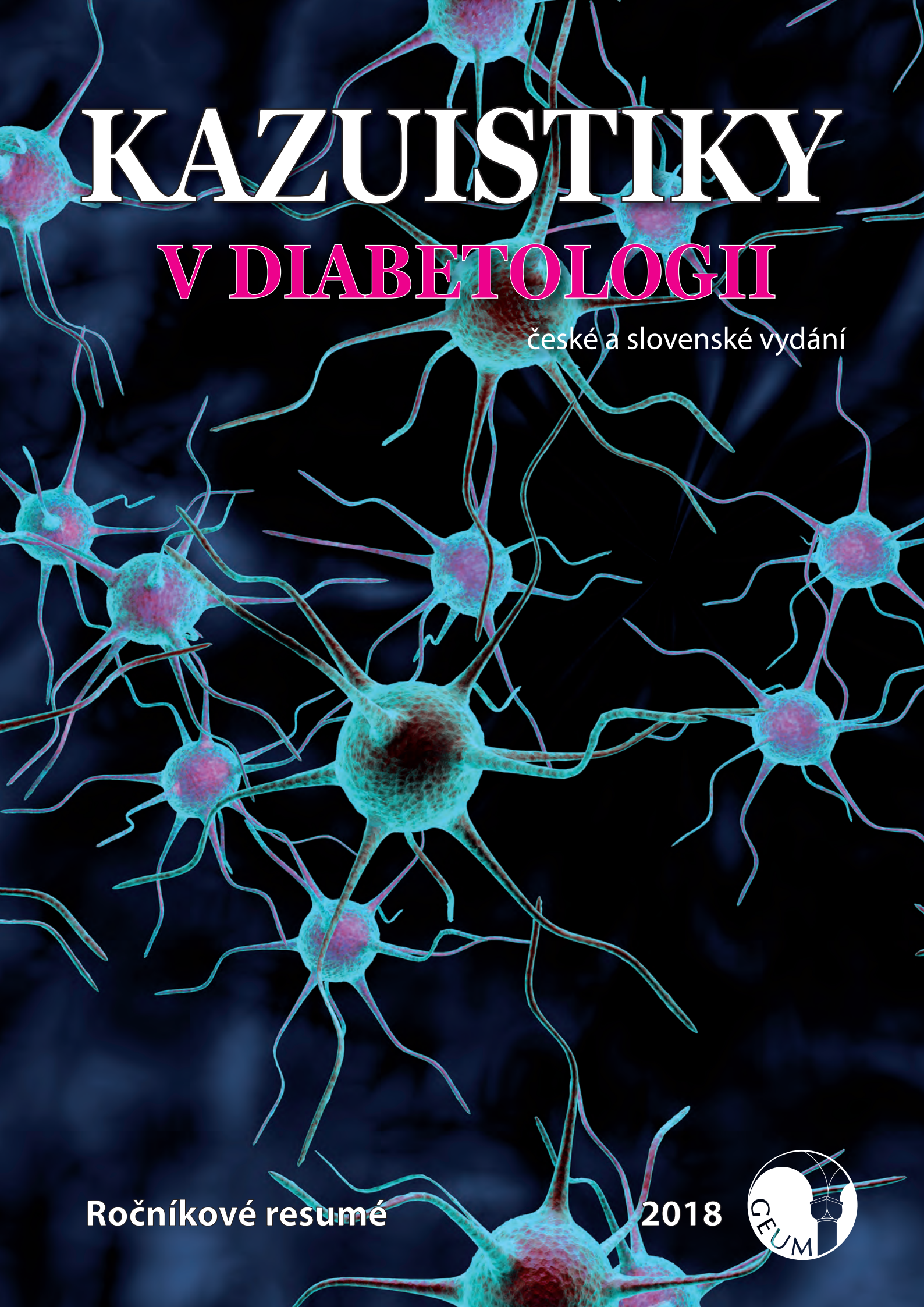




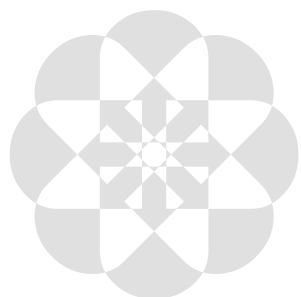
KAZUISTIKY V DIABETOLOGII

české a slovenské vydání

Ročníkové resumé

2018





KAZUISTIKY V DIABETOLOGII

Ročníkové resumé 2018

Kazuistiky v diabetologii

Sestra v diabetologii

Endokrinologie

Supplementa





Obsah

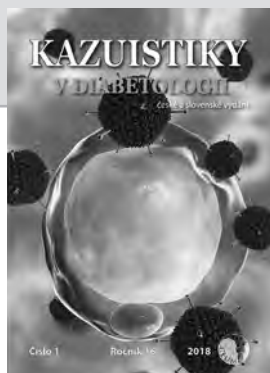


ABSTRAKTA

Kazuistiky v diabetologii 1/2018	4
Kazuistiky v diabetologii 2/2018	9
Kazuistiky v diabetologii 3/2018	14
Kazuistiky v diabetologii 4/2018	19
Kazuistiky v diabetologii, Suplementum 1 – Syndrom diabetické nohy	22
Kazuistiky v diabetologii, Mimořádné suplementum 1	23
Sestra v diabetologii, Suplementum 1 – Luhačovice 2018	24

Rejstříky

Autorský rejstřík – List of authors	25
Rejstřík klíčových slov	26
Keywords list	27
Rejstřík kazuistik a odborných článků	29
Aktuality z klinických studií, aktuality z farmakoterapie	31
Redakční recenze a anotace	31
Zprávy z odborných akcí, tiskové zprávy, nekrology a rozhovory	31
Kapitoly z historie	31
Editorialy	32
Articles – name list	32



Kazuistiky v diabetologii

1/2018



Pichlerová, D. Sedmileté sledování diabetika po plikaci na OB klinice. Kazuistiky v diabetologii 16, 1: 6–8, 2018.

Souhrn: Kazuistika popisuje průběh léčby diabetes mellitus (DM) 2. typu u obézní ženy středního věku původně na intenzifikovaném inzulínovém režimu (IIR), s nedostatečnou kompenzací, rozvinutými komplikacemi diabetu, s kompletním metabolickým syndromem a dalšími komorbiditami, která absolvovala na našem pracovišti bariatrický výkon v roce 2010. Po plikaci se ihned výrazně zlepšila kompenzace diabetu a pacientka během krátké doby přešla z aplikace inzulínu na perorální antidiabetika. Zároveň měla plikace vliv i na další složky metabolického syndromu, na celkovou kondici pacientky a na její psychický stav. Pacientka je v naší dlouholeté péči a vynikající kompenzace diabetu přetrvává déle než sedm let.

Klíčová slova: obezita, diabetes mellitus 2. typu, bariatrická chirurgie, plikace

Seven years lasting monitoring of a patient with diabetes mellitus who underwent plication procedure in Obesity Clinic

This case report describes the process of treatment of type 2 diabetes mellitus, in a middle-aged woman with obesity and a complete metabolic syndrome, treated with insulin, who underwent a bariatric surgery procedure in our clinic in 2010. Compensation of diabetes mellitus improved immediately after plication and within a short time the patient switched from application of insulin to oral antidiabetics treatment. The patient is in our long-term care and excellent diabetes compensation has continued for more than seven years.

Keywords: obesity, type 2 diabetes mellitus, bariatric surgery, plication

Hásková, A., Sadílková, A., Daňková, M. Redukční režim v rámci příprav na bariatrickou operaci aneb čím to začíná. Kazuistiky v diabetologii 16, 1: 9–11, 2018.

Souhrn: Pravidla redukčního režimu se u pacientů v přípravě na bariatrický zákrok a u pacientů, kteří k chirurgickému zákroku nesměřují, významněji neliší. Rozdílné se stávají převážně finální edukace nutričním terapeutem ohledně dodržování celoživotních změn jídelního režimu po vykonání bariatricko-metabolické chirurgie. Kazuistika popisuje přípravu na bariatrickou operaci – pacientovy jídelní návyky před výkonem, po intervenci nutričním terapeutem, ale také dále po absolvování chirurgického zákroku.

Klíčová slova: bariatricko-metabolická chirurgie, předoperační příprava, nutriční intervence, redukční režim, racionální jídelníček

Weight reducing regimen as a part of preparing for bariatric surgery, in other words: Where does it start?

The rules of weight reducing regimen are more or less similar both in patients who are prepared for bariatric surgery and in those who are not planned for surgical intervention. The main difference begins with the final education performed by a nutrition specialist and it concerns the compliance with life-long changes of dietary regimen following the bariatric- metabolic surgical procedure. The case report describes the process of preparing for bariatric surgery – patient's dietary habits before the surgery, after the education by a nutrition specialist and also after passing the surgical procedure.

Keywords: bariatric-metabolic surgery, preoperative preparation, nutritional intervention, weight reducing regimen, rational dietary regimen

Langová, D. Individualizace léčby diabetu fixní kombinací bazálního inzulínu a agonisty GLP-1 (degludek + liraglutid). Kazuistiky v diabetologii 16, 1: 13–14, 2018.

Souhrn: Předkládáme kazuistiku padesátiletého muže, u kterého došlo po imobilizaci následkem úrazu k progresi poruchy glukózové tolerance až do manifestního diabetu vyžadujícího aplikaci inzulínu formou MDI. Při dobré compliance nemocného a po zlepšení hybnosti byla tato léčba zaměněna, jak dále uvedeno, za fixní kombinaci degludek + liraglutid. Ta umožnila pacientovi bez rizika hypoglykemií nejen dobře kompenzovat svou chorobu, ale i postupně redukovat hmotnost.

Klíčová slova: diabetes mellitus 2. typu, obezita, liraglutid, inzulín degludek, Xultophy

The individualized treatment of diabetes mellitus with a fixed combination of basal insulin and GLP-1 agonist (degludec plus liraglutide)

We present a case report of a 50 years old man who was immobilized due to a trauma. Then he developed a progressive deterioration of the impaired glucose tolerance leading to a manifested diabetes mellitus that required the administration of insulin in a form of MDI regimen. Following the improvement of his mobility and thanks to his appropriate compliance the therapy could be switched to a fixed combination of degludec plus liraglutide. This therapy enabled to compensate the patient's disease adequately without a risk of hypoglycemic episodes as well as to reduce his weight gradually.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, obesity, liraglutide, insulin degludec, Xultophy

Vaník, V. Liečba inzulínom glargín 300 U/ml ako súčasť intenzifikovaného inzulínového režimu u pacienta s novodiagnostikovaným diabetes mellitus 2. typu. Kazuistiky v diabetologii 16, 1: 15–17, 2018.

Súhrn: Uvedená kazuistika popisuje skúsenosti s podávaním inzulínu glargín 300 U/ml ako súčasťou intenzifikovaného inzulínového režimu spolu s inzulínom glulizín. Skoré zaradenie inzulínu glargín 300 U/ml do liečby po krátkej úvodnej fáze podávania humánnych inzulínov u pacienta s novodiagnostikovaným diabetes mellitus 2. typu s extrémne vysokými hodnotami glykovaného hemoglobínu (HbA_{1c}) v čase stanovenia diagnózy viedlo k výraznému zlepšeniu kompenzácie diabetu v krátkom horizonte šiestich mesiacov bez výskytu závažných hypoglykemií vďaka vyrovnanému profilu inzulínu glargín 300 U/ml. Vynikajúce zlepšenie kompenzácie diabetu hneď v úvode liečby viedlo popri klinickom a medicínskom benefite aj k výbornej spolupráci pacienta.

Kľúčové slová: diabetes mellitus 2. typu, glargín 300 U/ml

A treatment with insulin glargine 300 U/mL as a part of an intensified insulin regimen in a patient with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus

The case report describes clinical experiences of administering insulin glargine 300 U/ml along with insulin glulisine to the patient undergoing intensive insulin therapy. The insulin glargine 300 U/ml has been included in the regular treatment with human insulins of patient newly diagnosed with type 2 diabetes mellitus, with extreme high values of HbA_{1c} in the time of diagnosing. Due to the balanced profile of insulin glargine 300 U/ml during 6 months' period, there was the significant improvement of diabetes compensation without noticing severe hypoglycemia. Substantial improvement of diabetes compensation in the initial phase contributed not only to the clinical and medical benefit, but also to the outstanding compliance with patient.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, glargine 300 U/ml

Štechová, K. Inzulín glargín 300 U/ml (Toujeo) – optimální možnost léčby bazálním inzulínem u geriatrického pacienta léčeného pro diabetes mellitus 1. typu. Kazuistiky v diabetologii 16, 1: 18–21, 2018.

Souhrn: Prezentována je kazuistika 83leté pacientky léčené téměř 30 let pro diabetes mellitus 1. typu intenzifikovaným inzulínovým režimem. Z chronických diabetických komplikací měla přítomnu těžkou distální senzitivní neuropatii. U pacientky se vyskytovaly i další komorbiditity s diabetem primárně nesouvisející. Jedná se o štíhlou a velice aktivní dámu s mnoha zájmy. Její kompenzace nebyla ideální, největším léčebným problémem byly rekurentní těžké hypoglykemie. Patientka odmítla léčbu inzulínovou pumpou. Situaci se podařilo stabilizovat převedením z inzulínu glargin 100 U/ml na glargin 300 U/ml, a to beze změny typu prandiálního inzulínu.

Klíčová slova: diabetes mellitus 1. typu, inzulín glargin, hypoglykemie, senior

Insulin glargine 300 U/ml (Toujeo) – an optimal basal insulin for a geriatric patient treated for type 1 diabetes mellitus

A case report of 83-year-old woman treated almost 30 years for type 1 diabetes mellitus by intensified insulin regime is reported. Regarding chronic diabetic complications she is suffering from severe distal sensitive neuropathy. She has other co-morbidities as well which are not primarily connected to diabetes. She can be described as a slim and very active lady with multiple hobbies.

Her diabetes stabilisation was not optimal and the major treatment challenge represented recurrent severe hypoglycaemias. The patient refused insulin pump therapy. The situation was finally stabilised by using glargine 300 U/mL as a basal insulin instead of glargine 100 U/mL. The type of prandial insulin remained unchanged.

Keywords: type 1 diabetes mellitus, insulin glargine, hypoglycaemia, elder

Dohnalová, L. Humalog 200 U/ml – užití v klinické praxi. Kazuistiky v diabetologii 16, 1: 23–24, 2018.

Souhrn: Kazuistika popisuje 52letého pacienta s diabetes mellitus (DM) 1. typu, který mu byl diagnostikován ve 20 letech. Pacient byl ihned léčen inzulínem v intenzifikovaném režimu. Vzhledem k nárůstu aplikované dávky inzulínu lispro na 64 jednotek na den a bazálního inzulínu (Humulin N) na celkovou dávku 66 jednotek na den bylo v lednu 2016 přistoupeno k léčbě inzulínem lispro v koncentraci 200 U/ml a zároveň provedena také změna bazálního inzulínu (Humulin N) na inzulín glargin (Abasaglar) v jedné dávce ve 21 hod. Během dvou let došlo ke snížení dávky o 22 jednotek u lispra a dávka bazálního inzulínu (Abasaglar) byla snížena o 18 jednotek. Zároveň došlo k redukci hmotnosti o 5 kg, zlepšení hodnoty glykovaného hemoglobinu (HbA_{1c}) o 13 mmol/mol (ze 72 mmol/mol na 59 mmol/mol) a poklesu hypoglykemických epizod. Všechna tato fakta vedla ke zlepšení compliance pacienta a jeho adherence k léčbě své celoživotní choroby.

Klíčová slova: diabetes mellitus 1. typu, vysoká dávka inzulínu, lispro 200 U/ml

The use of Humalog 200 U/mL in clinical practice

The case report describes a 52-year-old patient with type 1 diabetes mellitus who was diagnosed at the age of 20. The patient was immediately treated with insulin in an intensified insulin regime. With regard to the increasing dose of applied insulin Lispro (64 U/day) and basal insulin Humulin N (66 IU/day), insulin Lispro 200 U/ml was applied instead, and, at the same time, there was a basal insulin change (Humulin N to Abasaglar) at bedtime. Within two years, the dose of Lispro has been reduced by 22 U, and the basal insulin (Abasaglar) dose has gone down by 18 U. Moreover, there has been a significant weight reduction (by 7 kg), an improvement in HbA_{1c} (from 72 mmol/mol to 59 mmol/mol, i.e. by 13 mmol/mol), and there was a reduction of hypoglycemic episodes as well. All the above mentioned has led to an improvement in the patient's compliance and adherence to his disease treatment.

Keywords: type 1 diabetes mellitus, high dose of insulin, lispro 200 U/mL

Hasalová Zapletalová, J. První zkušenosti s použitím nového GLP-1 agonisty Trulicity. Kazuistiky v diabetologii 16, 1: 25–26, 2018.

Souhrn: V kazuistice představuji 58letou pacientku s diabetes mellitus (DM) 2. typu, u které bylo dosaženo výborné kompenzace po použití GLP-1 agonisty – dulaglutidu (Trulicity), a souhrnně popisují první zkušenosti z vlastní ambulance s používáním Trulicity.

Klíčová slova: diabetes mellitus 2. typu, dulaglutid, Trulicity

The first experience with a use of a novel GLP-1 agonist Trulicity

58-year-old patient with the type 2 diabetes mellitus (DM) is presented in our case report. The use of GLP-1 agonist dulaglutide (Trulicity) resulted in an excellent compensation. The first experience with the use of Trulicity in my own clinical practice is summarized.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, dulaglutide, Trulicity

Tománek, P. Recentní diabetik 2. typu velmi brzy stabilizovaný po včasném nasazení kombinace metforminu a repaglinidu. Kazuistiky v diabetologii 16, 1: 27–29, 2018.

Souhrn: Představená kazuistika popisuje ovlivnění recentně zachyceného diabetes mellitus (DM) 2. typu nepříliš běžně používanou kombinací perorálních antidiabetik (PAD), jejichž současné nasazení však má podklad v uvědomění si obou patofyziologických mechanismů tohoto metabolického onemocnění. Doposud neléčený pacient středního věku se vstupní glykemií přes 20 mmol/l byl ihned po zjištění hyperglykemie zaléčen jak metforminem, který nepochybně ovlivňuje inzulínovou rezistenci, tak repaglinidem, který příznivě působí na očekávanou deficienci inzulínosekrece (ovlivnění vysokých hladin postprandiální glykemie – PPG). Výsledným působením uvedené kombinace PAD, dietního stravování a pohybové aktivity nastala adekvátní stabilizace glykemií již po jednom měsíci terapie a úspěšně přetrvává ke spokojenosti pacienta i lékaře.

Klíčová slova: diabetes mellitus 2. typu, postprandiální glykemie, repaglinid, inzulínosekrece, inzulínorezistence

The recently diagnosed patient with the type 2 diabetes mellitus who was early stabilized after a timely initiation of a combined treatment with metformin and repaglinide

The introduced case report describes influencing of recently diagnosed type 2 diabetes mellitus (DM) by not commonly used combination of oral antidiabetics (OAD). Nevertheless their current use has a foundation in realising of both pathophysiological mechanisms of this metabolic disease. A middle-aged patient with entry glycaemic level over 20 mmol/l who has never been treated so far is immediately after the detection of hyperglycaemia treated both by metformin which undoubtedly influence the insulin resistance and repaglinide which positively effects the anticipated deficiency of insulin secretion (influencing high levels of postprandial glycaemia – PPG). The final impact of the mentioned combination of OAD, dieting and physical activity is an adequate stabilisation of glycaemia in only a month of the therapy and successful long-lasting satisfaction both of the patient and the doctor.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, postprandial glycaemia, repaglinide, insulin secretion, insulin resistance

Löblová, M. Repaglinid a příklad jeho využití v klinické praxi. Kazuistiky v diabetologii 16, 1: 31–32, 2018.

Souhrn: Prezentuji kazuistiku pacienta s diabetes mellitus 2. typu, kde přidání repaglinidu ke stávající medikaci přineslo výrazné snížení hodnot glykovaného hemoglobinu (HbA_{1c}). Snížením postprandiální hyperglykemie (PPG) snižujeme glykemickou variabilitu, a tudíž pomáháme touto terapií předcházet mikrovaskulárním a makrovaskulárním komplikacím.

Klíčová slova: diabetes mellitus 2. typu, postprandiální glykemie, repaglinid, glykemická variabilita

Repaglinide and an example of its use in a clinical practice

A case report of a patient with the type 2 diabetes mellitus is presented. Adding repaglinide to the existing therapeutic regimen resulted in a significantly reduced glycated hemoglobin levels (HbA_{1c}). By the reduction of postprandial hyperglycemia (PPG) we reduce the glycemic variability; thus we help preventing both microvascular and macrovascular complications by this therapy.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, postprandial glycemia, repaglinide, glycemic variability

Stryja, J. Použití terapeutického krytí UrgoStart v léčbě ulcerace syndromu diabetické nohy. Kazuistiky v diabetologii 16, 1: 33–36, 2018.

Souhrn: Článek dokumentuje naše první zkušenosti s terapeutickým krytím UrgoStart, použitým k léčbě nehojící se ulcerace na zevním kotníku vlevo v terénu kritické končetinové ischemie u šedesátileté diabetičky 2. typu. Po bezodkladné revaskularizaci končetiny byla pacientka léčena v podiatrické ambulanci, kam docházela na pravidelné kontroly. Po vyčistění spodiny rány došlo i přes dobrou kompenzaci diabetu, odlehčování chodidla a použitou vlhkou terapii ke stagnaci hojení rány. K podpoře reparace tkáně jsme v závěrečné fázi hojení použili krytí UrgoStart, které je připravovanou novinkou pro český trh. V průběhu čtyř týdnů došlo k obnovení epitelizace rány a podstatnému zmenšení ulcerace.

Klíčová slova: stagnace hojení, syndrom diabetické nohy, terapeutické krytí

The use of therapeutic dressing UrgoStart in a treatment of ulceration in diabetic foot syndrome

The paper documents our first experience with the therapeutic dressing UrgoStart used in a treatment of a non-healing ulceration on a left external ankle in a 60-year-old patient with the type 2 diabetes mellitus and underlying critical ischemia of her leg. Following an immediate revascularization procedure the patient was treated and regularly monitored in podiatry out-patient clinic. Despite cleaned wound base, good control of diabetes, off-loading the foot and applied wet therapy the wound healing didn't proceed. The dressing UrgoStart that is an upcoming new product in the Czech market was used for supporting the tissue reparation in the final phase of healing. Re-epithelization of the wound and a significant reduction of ulceration occurred within 4 weeks.

Keywords: stagnation of wound healing, diabetic foot syndrome, therapeutic dressing

Pokorná, J., Korbelová, H., Kahoun, V., Krieglstein, A., Loukota, I. Ekonomická náročnost vysoké amputace. Kazuistiky v diabetologii 16, 1: 37–40, 2018.

Souhrn: Syndrom diabetické nohy je závažná pozdní komplikace diabetu a je definován jako infekce, ulcerace nebo destrukce hlubokých tkání nohy spojená s neuropatií a různým stupněm ischemické choroby dolních končetin. Léčba syndromu diabetické nohy musí být komplexní, a proto zahrnuje spolupráci řady odborníků – diabetologů, chirurgů, ortopedů, invazivních radiologů, nutričních, protetiků, fyzioterapeutů, mikrobiologů. Důležitá je edukační činnost.

Cíl

Zjistit cenu vysoké amputace pacientů s diabetickou nohou na Chirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s., v období 2015–2016.

Metodika

Sekundární analýza dat z databází Nemocnice České Budějovice, a. s., Okresní správy sociálního zabezpečení České Budějovice a Úřadu práce České Budějovice z let 2015–2016 zaměřená na ekonomické náklady pro vysokou amputaci dolních končetin. Analýza proběhla se souhlasem vedení ústavů i pacientů.

Výsledky

Na Chirurgickém oddělení v Českých Budějovicích bylo v roce 2015 provedeno celkem 32 vysokých amputací pro diabetickou nohu. Cena za zdravotnickou i sociální péči u těchto 32 pacientů činila celkem 15 672 430 Kč (CZK).

Závěr

Bylo poukázáno na zhoršení kvality života amputovaných pacientů způsobené ztrátou pracovní schopnosti, soběstačnosti a značnou sociálně-ekonomickou náročností pro stát i rodinu.

Klíčová slova: syndrom diabetické nohy, finanční náklady, vysoká amputace

The economic burden of a high amputation

Diabetic foot syndrome is a severe late complication in diabetes and is defined as infection, ulceration or destruction of deep tissues of the foot associated with neuropathy and different degrees of ischaemic disease of the lower extremity. The complex treatment of the diabetic foot syndrome is necessary and thus, it calls for the cooperation of a number of specialists, such as diabetologists, surgeons, orthopaedists, invasive radiologists, nutritionists, prosthetists, physiotherapists or microbiologists. The educational activity is of importance.

Target

To determine the price of the high amputation in patients with diabetic foot at the Department of Surgery of the Hospital České Budějovice, a. s., in 2015–2016.

Methods

A secondary analysis of data from databases of the Hospital České Budějovice, a. s., Social Security County Administration in České Budějovice and Office of Labour in České Budějovice for 2015–2016, focused on economic costs of the lower extremity high amputation. Consents of the institutional management and patients were provided.

Results

In 2015, total of 32 high amputations for the diabetic foot were implemented at the Department of Surgery in České Budějovice. In these 32 patients, the total price of the health and social care was of 15 672 430 CZK.

Conclusion

A decrease in the quality of life of the patients, resulting from the loss of the capability of working, loss of the self-sufficiency, and considerable social-economic issues on the part of the state as well as family, was demonstrated.

Keywords: diabetic foot syndrome, financial costs, high amputation

Brychta, T., Hrachovinová, S. BGR-34EU: nový ájurvédský preparát jako doplněk léčby prediabetiků a diabetiků 2. typu. Kazuistiky v diabetologii 16, 1: 52–53, 2018.

Souhrn: Tato kazuistika ukazuje možnosti využití přírodního bylinného ájurvédkého preparátu BGR-34EU (Blood Glucose Regulator) jako doplňku standardní léčby prediabetiků a diabetiků 2. typu.

Klíčová slova: prediabetes, diabetes mellitus 2. typu, ájurvéda, fytoterapie, preparát BGR-34EU

BGR-34EU: a novel ayurvedic remedy as a food supplement for patients with pre-diabetes and the type 2 diabetes mellitus

This case report demonstrates the possibilities of using the natural herbal ayurvedic remedy BGR-34EU (Blood Glucose Regulator) as a supplement to a standard treatment of patients with pre-diabetes and the type 2 diabetes mellitus.

Keywords: pre-diabetes, type 2 diabetes mellitus, ayurveda, phytotherapy, BGR-34EU remedy

Sychrová, A. Rostliny s potenciální antidiabetickou aktivitou – 3. část. Kazuistiky v diabetologii 16, 1: 54–56, 2018.

Souhrn: Fytoterapie má nezastupitelnou roli v léčbě diabetes mellitus (DM) především pro svůj adjuvantní účinek, který může vést ke snížení spotřeby klasických farmak a oddálit nástup pozdních komplikací diabetu. Na trhu je dostupné velké množství fytoterapeutik, která jsou registrována jako léčiva nebo potravní doplňky. Cílem této práce je představit přehled vybraných rostlinných drog s prokázaným podpůrným terapeutickým účinkem se zaměřením na preklinické i klinické studie.

Klíčová slova: diabetes mellitus, fytoterapie, léčivé rostliny

Plants with the potential anti-diabetic activity – part 3

Phytotherapy has an irreplaceable role in the treatment of diabetes mellitus (DM), mainly because of its adjuvant effect, which can lead to a decrease in the consumption of classic drugs and delay the onset of late complications of diabetes. A large number of phytotherapeutics are available on the market and they are registered as pharmaceuticals or food supplements. The aim of this work is to present an overview of selected herbal drugs with proven supportive therapeutic effect, focusing on preclinical and clinical studies.

Keywords: diabetes mellitus, phytotherapy, herbal drugs

Cibičková, L., Fischer, O., Karásek, D. Neobvyklá příčina hypokalemické alkalózy – paraneoplastický Cushingův syndrom. Kazuistiky v diabetologii 16, 1 – příloha Endokrinologie: 61–64, 2018.

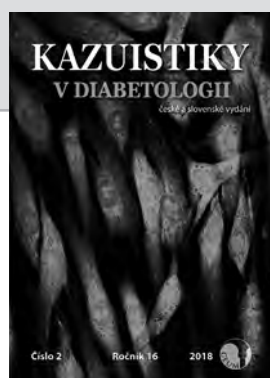
Souhrn: Hypokalemie patří mezi časté laboratorní nálezy u interních pacientů. Může mít jak renální, tak extrarenální příčiny a je spjata s poruchami acidobazické rovnováhy. Pokud je zároveň přítomna metabolická alkalóza a zvýšený krevní tlak, pak je nutno pátrat po hyperkortizolismu či nadprodukci aldosteronu. Kazuistika popisuje případ 70leté pacientky, u které hypokalemická alkalóza vedla k diagnóze ACTH-dependentního Cushingova syndromu. Příčinou byl neuroendokrinní tumor plic – karcinoid. Kurativním zákrokem pak byla dolní lobektomie s mediastinální lymfadenektomií.

Klíčová slova: hypokalemická alkalóza, Cushingův syndrom, karcinoid plic

Unusual cause of hypokalemic alkalosis – paraneoplastic Cushing’s syndrome

Hypokalemia belongs among common laboratory findings in hospitalised patients. It can be caused by both renal and extrarenal diseases and it is connected to disturbances of acidobase balance. If metabolic alkalosis is present together with higher blood pressure, hypercortisolism and hyperaldosteronism should be excluded. We present a case of 70-year-old women with hypokalemic metabolic alkalosis which was caused by ACTH-dependent Cushing’s syndrome. The underlying disease was neuroendocrine tumour – pulmonary carcinoid. Lobectomy with mediastinal lymphadenectomy was a curative intervention in this case.

Keywords: hypokalemic alkalosis, Cushing’s syndrome, pulmonary carcinoid



Kazuistiky v diabetologii

2/2018



Manethová, K., Ernest, J. Nové trendy léčby proliferativní diabetické retinopatie. Kazuistiky v diabetologii 16, 2: 6–10, 2018.

Souhrn: Diabetická retinopatie je jednou z nejčastějších příčin ztráty zraku u pacientů v produktivním věku ve vyspělých zemích. Léčebné možnosti zahrnují širokou škálu postupů od laserové koagulace sítnice, intravitreální podání léků až po chirurgické řešení (pars plana vitrektomie). Jednotlivé léčebné modalitty se v indikacích vzájemně překrývají a neúčinnější se jeví vzájemné kombinace s využitím jejich synergického účinku. Na dvou kazuistikách je prezentována terapeutická rozvaha a současné trendy léčby proliferativní diabetické retinopatie.

Klíčová slova: proliferativní diabetická retinopatie, působky proti růstovému endoteliálnímu faktoru, pars plana vitrektomie

New trends in the treatment of proliferative diabetic retinopathy

Diabetic retinopathy is one of the leading cause of vision loss in working age population in industrialized countries. Therapeutical options include a wide range of procedures from retinal laser photocoagulation, intravitreal drug application to surgical intervention (pars plana vitrectomy). These therapeutical modalities overlap each other in indications and the most effective approach seems to be their mutual combination using their synergistic effect. On the two clinical cases we present the therapeutical deliberation and the current trends in the treatment of proliferative diabetic retinopathy.

Keywords: proliferative diabetic retinopathy, anti-vascular endothelial growth factors, pars plana vitrectomy

Flekač, M. Přínos převodu na inzulín glargin 300 U/ml pro pacienta s diabetes mellitus 2. typu léčeného premixovanou směsí inzulinů. Kazuistiky v diabetologii 16, 2: 11–13, 2018.

Souhrn: Možnosti antidiabetické terapie včetně inzulinové léčby se v posledních letech významným způsobem v klinické praxi rozšiřují. Požadavky na moderní antidiabetika jsou stále větší a nejde jen o potenciál snížit glykemii, ale také o pohodlí, flexibilitu a bezpečnost. V souvislosti s inzulinovou léčbou vyvstává zejména problematika vlastního podání přípravku pohodlným aplikátorem, možnost podávání jednou denně, flexibilní načasování aplikace a v bezpečnosti pak jde zejména o riziko výskytu hypoglykemie.

Klíčová slova: diabetes mellitus 2. typu, intenzifikace léčby, hypoglykemie, glargin 300 U/ml

How the patient with the type 2 diabetes mellitus previously treated with a combination of premixed insulins profited from a switch to insulin glargine 300 U/mL

The options of antidiabetic treatment including insulin therapy have been significantly expanding in our clinical practice during the last years. The demands imposed on modern antidiabetic agents are growing bigger, not only in terms of their potential to reduce blood glucose but also in terms of comfort, flexibility and safety. As for insulin therapy, we must deal with issues such as a self-administration using an easy applicator, a possibility of once daily administration, a flexible timing of the administration, and predominately a risk of hypoglycemic episodes as far as safety is concerned.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, intensification of a treatment, hypoglycemia, glargine 300 U/mL

Peterková, M. Jak efektivně pracovat s inzulinem, pokud je pacient schopen selfmonitoringu a e-mailové komunikace? Kazuistiky v diabetologii 16, 2: 14–15, 2018.

Souhrn: Kazuistika se zabývá případem pacientky s čerstvým záchytem diabetes mellitus 2. typu, u které nasazení moderních inzulinových analog Toujeo a Apidra v kombinaci s prováděním selfmonitoringu a pravidelnou komunikací pacientky s lékařkou vedlo v krátké době ke zlepšení kompenzace bez většího nárůstu hmotnosti a bez výskytu hypoglykemií.

Klíčová slova: diabetes mellitus, inzulinoterapie, intenzifikovaný inzulinový režim, inzulin glargin 300 U/ml

The effective adjustment of insulin therapy in a patient who is capable to perform self-monitoring and communicate via email

The case report describes the patient with a recent diagnosis of the type 2 diabetes mellitus in whom the introduction of modern insulin analogues Toujeo and Apidra together with a self-monitoring and regular communication between the patient and her physician resulted in an improved compensation without a marked weight gain and without hypoglycemic episodes in a very short time.

Keywords: diabetes mellitus, insulin therapy, intensified insulin regimen, insulin glargine 300 U/mL

Šrámková, P. Pioglitazon a jeho vliv na lipidový metabolismus a snížení inzulinové rezistence. Kazuistiky v diabetologii 16, 2: 16–19, 2018.

Souhrn: Tato kazuistika popisuje pacientku s diabetes mellitus 2. typu, kdy ke zlepšení kompenzace diabetu byl použit pioglitazon ke stávající medikaci. Přidání pioglitazonu přineslo nejen zlepšení kompenzace diabetu (HbA_{1c}), ale zároveň snížení inzulinové rezistence a zánětlivých markerů (CRP). Jednou z možných obav léčby pioglitazonem je zvýšení hmotnosti pacientů. Tato kazuistika ukazuje, že obavy lze do značné míry eliminovat intenzivním vedením léčby se zřetelem k úpravě životního stylu – diety a dobrou spoluprací pacienta a také, že tyto obavy nejsou spojené s nárůstem makrovaskulárních komplikací.

Klíčová slova: diabetes mellitus 2. typu, pioglitazon, inzulinová rezistence

Pioglitazone and its effect on lipid metabolism and on improving insulin resistance

This case report of a patient with type 2 diabetes mellitus describes an influence of pioglitazone on improving diabetes compensation to the existing therapeutic medication. Adding pioglitazone resulted not only in a significant diabetes compensation (HbA_{1c}) but also in a reduction of insulin resistance and inflammatory markers (CRP). One of the possible concerns of the therapy with pioglitazone is the weight gain. This case study illustrated that intensive care with respect to lifestyle adjustment and good patient cooperation can eliminate weight increase and also that this concern doesn't link with macrovascular complications by this therapy.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, pioglitazone, insulin resistance

Buková, L. Diabetes mellitus a biologické hodiny. Kazuistiky v diabetologii 16, 2: 20–24, 2018.

Súhrn: V kazuistike prezentujeme dlhodobé zlepšenie kompenzácie diabetes mellitus 2. typu po úprave biologických rytmov u pacienta, ktorý pred diagnózou ochorenia tvorivo pracoval prevažne v noci. Pacient mal doposiaľ najvyšší vstupný glykovaný hemoglobín (HbA_{1c}) vyšetrený metódou vyšetrenia podľa Medzinárodnej federácie klinickej chémie a laboratórnej medicíny (IFCC) 19,1 %, resp. Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) 19,6 % v našej diabetologickej ambulancii.

Kľúčové slová: diabetes mellitus 2. typu, biologické hodiny, edukácia, stravovanie, spánok, pohybová aktivita

Diabetes mellitus and biological clocks

In the case report, we present a long-term improvement in type 2 diabetes mellitus compensation after adjusting the biological rhythms in a patient who worked creatively predominantly at night before diagnosis of the disease. The patient had by now the highest input glycated hemoglobin (HbA_{1c}) by the investigated method of examination according to the International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (IFCC) 19,1%, respectively Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) 19,6% at our diabetology outpatient department.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, biological clock, education, eating, sleep, physical activity

Olšovský, J. Klinické zkušenosti s inzulinem faster aspart – Fiasp. Kazuistiky v diabetologii 16, 2: 25–26, 2018.

Souhrn: V předložené kazuistice vyřešil inzulin Fiasp postprandiální hyperglykemie u pacienta s diabetes mellitus (DM) 1. typu a zabránil pozdějším hypoglykemiím, které při předchozí léčbě, kdy si pacient z tohoto důvodu zvyšoval dávku prandiálního analoga, vedly k dojídaní a nežádoucím vzestupům hmotnosti.

Klíčová slova: diabetes mellitus 1. typu, faster aspart, postprandiální hyperglykemie

Clinical experience with faster insulin aspart – Fiasp

The presented case report demonstrates that insulin Fiasp solved the postprandial hyperglycemia and also prevented subsequent hypoglycemic episodes in a patient with the type 1 diabetes mellitus (DM). For these reasons the patient independently increased his doses of prandial analogue, which led to subsequent eating and to undesirable weight gain during his previous treatment.

Keywords: type 1 diabetes mellitus, faster aspart, postprandial hyperglycemia

Košková, M. Dlouhodobý efekt časného zahájení léčby bazálním inzulinem. Kazuistiky v diabetologii 16, 2: 27–28, 2018.

Souhrn: Kazuistika prezentuje dlouhodobý efekt časného zahájení terapie bazálním inzulinem detemir u pacientky s diabetem 2. typu po selhání monoterapie metforminem. Výsledkem této léčby je stabilizace diabetu po dobu osmi let bez nutnosti přechodu na intenzifikovaný inzulinový režim.

Klíčová slova: diabetes mellitus 2. typu, bazální inzulin, intenzifikace léčby

The long-lasting effect of early initiation of basal insulin therapy

The case report demonstrates the long-lasting effect of early initiation of therapy with basal insulin detemir in a patient with the type 2 diabetes mellitus after the failure of metformin monotherapy. This treatment resulted in a stabilization of diabetes without a need of switching to intensified insulin regimen that has been lasting for eight years.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, basal insulin, intensification of treatment

Urbancová, K. Fiasp – první zkušenosti. Kazuistiky v diabetologii 16, 2: 29–31, 2018.

Souhrn: Kazuistika popisuje příběh pacientky a vývoj její diabetické terapie od PAD k inzulínu, význam správného načasování aplikace inzulínu vůči následné konzumaci jídla a výhodu nového rychlého aspartu, kterým je analogový inzulín Fiasp.

Klíčová slova: diabetes mellitus 2. typu, rychle účinný aspart, doba aplikace inzulínu, HbA_{1c}, adherence k léčbě

Fiasp – the first experience

The patient's story and the course of her anti-diabetic treatment starting with oral anti-diabetic drugs and ending with insulin; the significance of the right timing of insulin administration to food intake; and the benefits of novel rapid-acting aspart, represented by insulin analogue Fiasp, are shown in our case report.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, rapid-acting aspart, time of insulin administration, HbA_{1c}, adherence to the treatment

Žák, P. Léčba koncentrovaným prandiálním inzulínem lispro 200 U/ml u pacientky s diabetes mellitus 2. typu po transplantaci jater. Kazuistiky v diabetologii 16, 2: 32–34, 2018.

Souhrn: V prezentované kazuistice představujeme úspěšné využití prandiálního koncentrovaného inzulínu lispro 200 jednotek/ml (IL 200) u pacientky s diabetem 2. typu po transplantaci jater s významnou inzulínovou rezistencí potencovanou léčbou kortikosteroidy. Významnou výhodou koncentrovaného inzulínu je možnost podání potřebného počtu jednotek v polovičním objemu tekutiny ve srovnání s běžně koncentrovaným inzulínem. Z této výhody nejvíce profitují pacienti s potřebou aplikace vyšších dávek prandiálního inzulínu. V této kazuistice prezentujeme výsledky léčby IL 200 u pacientky, kdy snadnější aplikace a menší bolestivost při aplikaci koncentrovaného inzulínového analoga eliminovala dřívější časté vynechávání dávek pro nepříjemné pocity při aplikaci.

Klíčová slova: lispro 200 U/ml, inzulínová rezistence, transplantace jater

A treatment with concentrated prandial insulin lispro 200 u/mL in a patient with the type 2 diabetes mellitus after liver transplantation

A successful use of prandial concentrated insulin lispro 200 U/mL (IL 200) in a patient with the type 2 diabetes mellitus after liver transplantation and a significant insulin resistance potentiated by corticosteroid treatment is presented in our case report. A possibility to administer required number of units in a half volume of liquid compared to standard concentrated insulin represents a significant benefit of concentrated insulin. Those patients who require the administration of higher doses of prandial insulin derive maximum benefit. The outcome of the treatment with IL 200 in our patient is presented in this case report. The easier administration of concentrated insulin analogue and lower discomfort with administration eliminated previous frequently omitted doses caused by discomfort with their administration.

Keywords: lispro 200 U/mL, insulin resistance, liver transplantation

Dohnalová, L. Abasaglar (rekombinantní inzulín glargin) – užití v klinické praxi. Kazuistiky v diabetologii 16, 2: 35–36, 2018.

Souhrn: Kazuistika popisuje 63letou pacientku s diabetes mellitus (DM) 2. typu, diagnostikovaným v roce 2000. Vedle diabetu byla pacientka léčena pro hypertenzi i dyslipidemii. Stav klientky byl v květnu 2016 komplikován akutním infarktem myokardu (IM). Strategie terapie diabetu byla dle odborných doporučení. Léčba byla zahájena metforminem, který byl postupně navyšován do dávky 3 000 mg/den. I přes tuto maximální terapii se nepodařilo pacientku přivést k cílovým hodnotám kompenzace. V roce 2015 byl přidán k metforminu sitagliptin (Januvia) 100 mg 1x denně. V květnu 2016 po IM byla snížena dávka metforminu na 1 700 mg, ponechán sitagliptin a přidán bazální analog – inzulín glargin (Abasaglar) v dávce 20 jednotek ve 21 hod. Dávka glarginu byla postupně natitrována na 40 jednotek za den. V současné době je dávka bazálního analoga (Abasaglar) 28 jednotek. Změna terapie přinesla pacientce zlepšení kompenzace i zvýšení motivace k léčbě.

Klíčová slova: diabetes mellitus 2. typu, intenzifikace léčby, glargin, Abasaglar

The use of Abasaglar (recombinant insulin glargine) in clinical practice

The case report describes a 63-year-old patient with type 2 diabetes mellitus diagnosed in 2000. Apart from diabetes, the patient also suffers from hypertension and dyslipidemia. In May 2016, she had an acute heart attack. The treatment followed the regular recommendations. It began with metformin, whose doses were continually increased up to the maximum dose of 3 000 mg/day. In spite of the high doses, the patient did not reach the target values. In 2015, she started taking sitagliptin (Januvia) a 100 mg once a day as well. In May 2016, after the heart attack, the dose of metformin was reduced to 1 700 mg, sitagliptin kept being used, and basal insulin (Abasaglar) started to be applied (20 U/day). The insulin regime was intensified to reach 40 U/day. At

the moment, the basal insulin dose is 28 U/day. The change has not only improved the patient's compensation but has also led to a better behaviour motivation.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, intensification of treatment, glargine, Abasaglar

Venerová, J. Použití moderních krycích materiálů s lipido-koloidní vrstvou (TLC) v lokální léčbě chronického neuroischemického defektu u pacienta s diabetes mellitus 2. typu. Kazuistiky v diabetologii 16, 2: 37–40, 2018.

Souhrn: V kazuistice popisujeme komplexní léčbu chronického neuroischemického defektu planty u pacienta s diabetem. K hojení rány byly použity moderní materiály vlhkého hojení obsahující kontaktní lipido-koloidní vrstvu (TLC). Během pěti měsíců došlo ke zhojení defektu. Podle vývoje rány jsme k léčbě postupně zvolili tři různá terapeutická krytí: 1) krytí s lipido-koloidní vrstvou (TLC) + s obsahem polyakrylátových vláken UrgoClean, 2) krytí s lipido-koloidní vrstvou s obsahem stříbra (TLC-Ag) + s obsahem polyakrylátových vláken UrgoClean Ag, 3) krytí s lipido-koloidní vrstvou obohacenou o sacharózu octasulfát (TLC-NOSF) UrgoStart. Tyto nové materiály jsme zvolili pro selhání předchozích léčebných postupů, pro antimikrobiální účinnost a pro jednoduchou a pohodlnou aplikaci materiálu, výhodnou při převazu prováděném samotným pacientem.

Klíčová slova: syndrom diabetické nohy, neuroischemický defekt, komplexní léčba, krycí materiál obsahující polyakrylátová absorpční vlákna s lipido-koloidní vrstvou (TLC)

The use of modern therapeutic dressings with lipido-colloid layer (TLC) in local treatment of chronic plantar neuro-ischemic ulcer in patient with diabetes mellitus

In this case study we describe a complex therapy of chronic plantar neuro-ischemic ulcer in patient with diabetes mellitus. Modern dressings of moist therapy containing lipido-colloid layer (TLC) were used for wound healing. The ulcer has healed within 5 month of treatment. According to the development of the wound healing we applied three different dressings: 1) dressing with lipido-colloid layer (TLC) + with content of polyacrylate poly-absorbent fibres UrgoClean, 2) dressing with lipido-colloid layer containing silver (TLC-Ag) + with content of polyacrylate poly-absorbent fibres UrgoClean Ag, 3) dressing with lipido-colloid layer containing sucrose octasulfate (TLC-NOCF) UrgoStart. These new dressings have been chosen because of previous treatment failure, for antimicrobial efficacy, and simple and convenient application, especially favourable when the dressing is applied by the patient himself.

Keywords: diabetic foot syndrome, neuroischemic defect, complex treatment, wound dressing containing polyacrylate absorption fibres with lipido-colloid layer (TLC)

Sychrová, A. Rostliny s potenciální antidiabetickou aktivitou – 4. část. Kazuistiky v diabetologii 16, 2: 44–46, 2018.

Souhrn: Fytoterapie má nezastupitelnou roli v léčbě diabetes mellitus (DM) především pro svůj adjuvantní účinek, který může vést ke snížení spotřeby klasických farmak a oddálit nástup pozdních komplikací diabetu. Na trhu je dostupné velké množství fytoterapeutik, která jsou registrována jako léčiva nebo potravní doplňky. Cílem této práce je představit přehled vybraných rostlinných drog s prokázáním podpurným terapeutickým účinkem se zaměřením na preklinické i klinické studie.

Klíčová slova: diabetes mellitus, fytoterapie, léčivé rostliny

Plants with the potential anti-diabetic activity – part 4

Phytotherapy has an irreplaceable role in the treatment of diabetes mellitus (DM), mainly because of its adjuvant effect, which can lead to a decrease in the consumption of classic drugs and delay the onset of late complications of diabetes. A large number of phytotherapeutics are available on the market and they are registered as pharmaceuticals or food supplements. The aim of this work is to present an overview of selected herbal drugs with proven supportive therapeutic effect, focusing on preclinical and clinical studies.

Keywords: diabetes mellitus, phytotherapy, herbal drugs

Cibičková, L., Fryšák, Z., Karásek, D. Tyreotoxikóza – opravdu snadná diagnóza? Kazuistiky v diabetologii 16, 2 – příloha Endokrinologie: 65–67, 2018.

Souhrn: Kazuistika popisuje případ pacientky, u které došlo ke zpoždění diagnostiky tyreotoxikózy, a navíc nález doprovodné hepatopatie vedl k stanovení diagnózy hepatitidy E, kterou pacientka ve skutečnosti neprodělala.

Klíčová slova: tyreotoxikóza, hepatitida E, hepatopatie

Thyreotoxicosis – is it really an easy diagnosis?

The case report deals with a patient with delayed diagnosis of thyreotoxicosis. Moreover, the accompanying liver impairment was diagnosed as hepatitis E, which in fact our patient didn't suffer from.

Keywords: thyreotoxicosis, hepatitis E, hepatopathy

Dvořáková, M. Pozdě bycha honit... Kazuistiky v diabetologii 16, 2 – příloha Endokrinologie: 69–72, 2018.

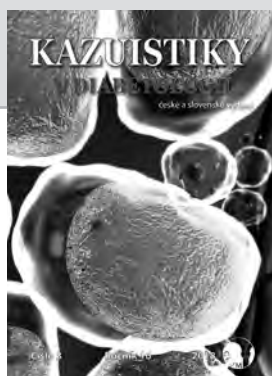
Souhrn: Příběh 15leté dívky s náhodně zjištěným uzlem ve štítné žláze, později biopticky prokázaným papilárním karcinomem a problematickým průběhem onemocnění způsobeným non-compliance ze strany rodiny před operací a po operaci ze strany pacientky. Prognózu onemocnění nově pomáhá objasnit i genetické vyšetření somatické mutace BRAF genu.

Klíčová slova: uzel, struma, papilární karcinom, punkce tenkou jehlou, BRAF gen

Close the stable after the horse has bolted...

The case of 15-year-old girl with accidentally diagnosed thyroid nodule that was later on bioptically verified as papillary carcinoma with a problematic course of the disease due to non-compliance of patient's family before a surgery and the patient's non-compliance after the surgery is presented. Recently, a genetic testing of somatic mutation of BRAF gene may better specify the disease prognosis.

Keywords: nodule, struma, papillary carcinoma, fine needle puncture, BRAF gene



Kazuistiky v diabetologii

3/2018



Tabery, K., Černý, M., Zaban, P., Štechová, K. Použití kontinuálního měření glukózy při léčbě novorozenecké hypoglykemie. Kazuistiky v diabetologii 16, 3: 6–8, 2018.

Souhrn: Hypoglykemie se v rizikové skupině novorozenců vyskytuje až u 50 % narozených. Screening a následné kontroly při hypoglykémii se standardně provádí intermitentně bed-side glukometrem nebo biochemicky. Použití kontinuální monitorace hladiny glukózy (CGM) v intersticiu je pro matku i dítě komfortnější a umožňuje detailní a méně invazivní sledování vývoje glukózové homeostázy. Prezентujeme kazuistiky dvou sourozenců narozených v odstupu dvou let matce s diabetem 1. typu. Kompenzace diabetu byla prekoncepčně a během těhotenství téměř identická. U obou dětí jsme po porodu zavedli CGM. První dítě mělo závažnou rekurentní hypoglykémii vyžadující hospitalizaci na JIP a velmi vysoký přísun glukózy. Druhé dítě bylo zcela bez komplikací.

Klíčová slova: novorozenecká hypoglykemie, kontinuální měření glukózy, dítě diabetické matky

The use of a continuous glucose monitoring in a treatment of newborn hypoglycaemia

Hypoglycaemia is present in up to 50 % newborns at risk. If hypoglycaemia is present, routine screening and following checkups are intermittently performed with bed-side glucometer or by biochemistry laboratory tests. The use of a continuous glucose

monitoring (CGM) in an interstitial tissue is more comfortable both for mother and child and it enables more detailed and less invasive monitoring of the process of glucose homeostasis. We present the case report of two siblings born to mother with the type 1 diabetes mellitus within two years. The compensation of diabetes was almost identical both before conception and during pregnancy. Both children had CGM inserted after delivery. The first child had severe recurrent hypoglycaemic episodes requiring hospitalization in ICU and a very high glucose supply. The second child hadn't any complications at all.

Keywords: newborn hypoglycaemia, continuous glucose monitoring, an infant of diabetic mother

Žák, P. *Využití self-titračního algoritmu při léčbě vysokou dávkou bazálního inzulínu v kombinaci s jednou týdně aplikovaným GLP-1 receptorovým agonistou. Kazuistiky v diabetologii 16, 3: 9–11, 2018.*

Souhrn: Léčba bazálním inzulínem (BI) je integrální součástí léčby pacientů s diabetes mellitus (DM) 2. typu. Přestože jsou k dispozici algoritmy titrace inzulínu, u mnoha pacientů s DM 2. typu je glykemická kontrola neuspokojivá. Opoždění v optimalizaci dávky bazálního inzulínu má více důvodů, mezi nejčastěji zmiňované důvody patří přírůstek tělesné hmotnosti a riziko rozvoje hypoglykemie. Požadavkem pro úspěšné vedení léčby je omezení přírůstku hmotnosti, kombinace bazálního inzulínu a inkretinového mimetika (GLP-1 RA) se jeví jako vhodná cesta. Předkládáme zde kazuistiku s úspěšným využitím kombinace bazálního inzulínu glargin 300 U/ml (Gla-300) ve vysoké dávce a jednou týdně aplikovaného GLP-1 RA. Ukazujeme možnost úspěšného využití self-titračního algoritmu v úpravě dávky bazálního inzulínu.

Klíčová slova: bazální inzulín, self-titrační algoritmus, hypoglykemie

The usage of self-titration algorithm for combining basal insulin in high dose with once weekly administered GLP-1 receptor agonists

Basal insulin (BI) therapy is integral to the management of people with type 2 diabetes (T2DM). Although insulin titration algorithms are available, in many patients with T2DM the glycaemic control is unsatisfactory. The delay in optimizing basal insulin dose has several reasons. The most frequently mentioned reasons include weight gain and a risk of hypoglycaemia. The requirement for the successful management of treatment is to reduce weight gain and the combination of basal insulin and incretin mimetic (GLP-1 RA) seems advantageous for the cause. We present a case report describing a successful use of the combination of basal insulin glargine 300 U/mL (Gla-300) in high dose with a once weekly administered glucagon-like peptide-1 (GLP-1) and we show our favourable experience with the use of self-titration algorithms for basal insulin dose adjustment.

Keywords: basal insulin, self-titration algorithm, hypoglycaemia

Vykoupilová, D. *Dosažení cílových hodnot kompenzace diabetu pomocí léčby fixní kombinace bazálního inzulínu a agonisty GLP-1 (degludek + liraglutid). Kazuistiky v diabetologii 16, 3: 13–14, 2018.*

Souhrn: V kazuistice představuji 76letou pacientku s diabetes mellitus (DM) 2. typu, u které bylo dosaženo cílové kompenzace diabetu po změně terapie z dlouhodobého inzulínového analogu na inzulín degludek a liraglutid (Xultophy).

Benefitem léčby bylo dosažení cílových hodnot dlouhodobé kompenzace diabetu bez hypoglykemií a s doprovodným úbytkem tělesné hmotnosti.

Klíčová slova: diabetes mellitus 2. typu, degludek, liraglutid, Xultophy

The achievement of a targeted diabetes control with a fixed combination of basal insulin and GLP-1 agonist (degludec + liraglutide)

A 76-year-old patient with the type 2 diabetes mellitus (DM) is presented in our case report. She achieved a targeted diabetes control following the switch from a long acting insulin analogue to insulin degludec and liraglutide (Xultophy).

The achievement of targeted levels for a long lasting compensation of diabetes and accompanying weight loss were the additional benefits of this therapy.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, degludec, liraglutide, Xultophy

Chlup, R., Kaňa, R., Svobodová, J., Záležáková, H., Kochtová, J. *IDegLira – nadějná perspektiva léčby diabetu 2. typu. Kazuistiky v diabetologii 16, 3: 15–18, 2018.*

Souhrn: Kazuistika ukazuje vynikající účinnost desetitýdenní léčby fixní kombinací depotního inzulínu degludek s analogem inkretinu liraglutid (preparát Xultophy). Xultophy byl nasazen u mladé ženy s diabetem 2. typu, kterou se předtím mnoho let nedařilo kompenzovat suplementární léčbou moderními analogy depotního a rychlého inzulínu a linagliptinem.

Klíčová slova: diabetes mellitus 2. typu, inzulinoterapie, Xultophy, compliance

IDegLira – new hope for type 2 diabetes treatment

This case report demonstrates the outstanding effectiveness of a 10-week treatment with fixed combination of insulin degludec together with incretin analog liraglutide (Xultophy). Xultophy was administered in a young woman with type 2 diabetes mellitus previously uncontrolled under supplementary treatment using recent analogs of long-acting and short-acting insulin preparation and linagliptin.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, insulin therapy, Xultophy, compliance

Maule, P. Xultophy – optimální řešení včasné intenzifikace léčby diabetu. Kazuistiky v diabetologii 16, 3: 19–21, 2018.

Souhrn: Jako příklad možného použití nově nabízené možnosti kombinace GLP-1 analogu a bazálního inzulínu v jednom aplikačním peru jsem vybral kazuistiku o 48letém pacientovi s diabetes mellitus (DM) 2. typu, který při selhání kombinace metformin + bazální inzulín potřeboval razantní krok ke zlepšení kompenzace. Vzhledem k náročnosti léčby při volbě intenzifikovaného inzulínového režimu jak ze strany pacienta, tak ze strany lékaře byla zvolena možnost použití přípravku Xultophy jako možné ekvivalentní náhrady této léčby. Při použití přípravku Xultophy bylo dosaženo nejen cílové úrovně kompenzace, ale současně byla zachována jednoduchost léčby (aplikace 1x denně bez vazby na jídlo) při maximální spokojenosti pacienta.

Klíčová slova: degludec, liraglutid, neuspokojivá kompenzace, kombinační léčba

Xultophy – the optimal solution for the early intensification of insulin therapy

The case report of a 48-year-old patient with the type 2 diabetes mellitus, in whom the combination of metformin + basal insulin failed and who required a powerful measure for improving diabetes control, was chosen as an example of a potential use of a newly available combination of GLP-1 analogue and basal insulin in one insulin pen. Considering the fact that a treatment with intensified insulin regimen is highly demanding both for patients and physicians, Xultophy was chosen as a potential equivalent replacement of such therapy. A treatment with Xultophy resulted not only in the achievement of targeted diabetes control, but it also maintained the benefit of simple administration (OD regardless of food) and maximal patient's satisfaction.

Keywords: degludec, liraglutide, inadequate control, combined treatment

Brychta, T. Je léčba DPP-4 inhibitory dlouhodobě účinná? Kazuistiky v diabetologii 16, 3: 22–24, 2018.

Souhrn: Tato kazuistika ukazuje dlouhodobou účinnost perorálního antidiabetika vildagliptinu v kombinaci s metforminem po dobu jednoho desetiletí.

Klíčová slova: diabetes mellitus 2. typu, perorální antidiabetika, vildagliptin, dlouhodobá účinnost

Is the treatment using DPP-4 inhibitors long-term effective?

This case report demonstrates the long-term efficacy of vildagliptin (OAD) used in combination with metformin for a decade.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, oral antidiabetic drugs, vildagliptin, long-term efficacy

Psottová, J., Schvalb, T. Významný efekt terapie za využití kombinace metforminu a pioglitazonu u pacienta s diagnózou diabetes mellitus 2. typu. Kazuistiky v diabetologii 16, 3: 26–28, 2018.

Souhrn: V současnosti je mnoho možností moderní antidiabetické terapie, kterou můžeme využít v denní klinické praxi. Nároky na antidiabetickou léčbu jsou stále větší – vyžadujeme samozřejmě hypoglykemizující efekt, nezbytností je bezpečnost, preferencí je pozitivní nebo neutrální efekt na kardiovaskulární systém, benefitem jsou účinky hypolipidemické. Představujeme mladého pacienta s krátkou historií diabetes mellitus 2. typu s velmi účinnou komplexní léčbou kombinací metforminu a pioglitazonu, jež dokladujeme markerem kompenzace diabetes mellitus 2. typu pomocí snížení glykovaného hemoglobinu o 19 mmol/mol.

Klíčová slova: pioglitazon, diabetes mellitus 2. typu, glykovaný hemoglobin – HbA_{1c}, antidiabetická terapie

A significant effect of therapy with a combination of metformin and pioglitazone in a patient with the type 2 diabetes mellitus

There are currently many possibilities of modern anti-diabetic therapy that can be used in day-to-day clinical practice. Demands for anti-diabetic treatment are increasing – a natural requirement is hypoglycaemic effect, a necessity is safety, a preference is a positive or a neutral effect on the cardiovascular system, an advantage is the hypolipidemic effect. We present a young patient with a short history of type 2 diabetes mellitus and very efficient complex combination therapy of metformin and pioglitazone. Its positive effect is demonstrated by a significant compensation with a glycosylated haemoglobin decrease of 19 mmol/mol.

Keywords: pioglitazone, type 2 diabetes mellitus, glycosylated haemoglobin – HbA_{1c}, antidiabetic therapy

Maule, P. Fiasp – nová možnost ovlivnění postprandiální glykemie. Kazuistiky v diabetologii 16, 3: 30–32, 2018.

Souhrn: Uvedená kazuistika prezentuje použití nového prandiálního inzulínového analoga Fiasp u pacienta se sekundárním diabetem při chronické pankreatitidě. Změna prandiálního inzulínového analoga vedla nejen ke zlepšení kompenzace diabetu, ale hlavně ke snížení počtu hypoglykemických příhod. Zlepšení výše uvedených parametrů bylo navíc doprovázeno výraznou spokojeností na straně pacienta, hlavně díky zmenšení počtu hypoglykemií.

Klíčová slova: inzulínoterapie, hypoglykemie, postprandiální hyperglykemie

Fiasp – a novel option of influencing postprandial glycaemia

The case report presents the use of a novel prandial insulin analogue Fiasp in a patient with the secondary diabetes caused by chronic pancreatitis. The switch of prandial analogue resulted not only in improved diabetes control but primarily in reducing a frequency of hypoglycaemic episodes. The improvement of the above mentioned parameters was associated with a significant patient's satisfaction that was a consequence of less frequent hypoglycaemic episodes.

Keywords: insulin therapy, hypoglycaemia, postprandial hyperglycaemia

Wernerová, J. Trulicity – nová motivace pro pacienty. Kazuistiky v diabetologii 16, 3: 34–35, 2018.

Souhrn: V kazuistice je prezentován případ 62leté pacientky s dlouhodobě neuspokojivou kompenzací diabetes mellitus 2. typu, která měla velké obavy z aplikace injekční formy léčivých přípravků. Díky novému preparátu Trulicity, jenž je aplikován pouze jednou týdně a je podáván velmi jednoduše použitelným aplikátorem, se její obavy podařilo překonat a došlo ke zlepšení kompenzace diabetu.

Klíčová slova: diabetes mellitus 2. typu, injekční aplikace, dulaglutid, Trulicity

Trulicity – a new motivation for patients

The case report of a 62-year-old patient with a long-lasting inadequate control of the type 2 diabetes mellitus is presented. The patient had fear of injection therapy. Thanks to a novel product Trulicity that is administered only once a week she overcame her fear and her glycaemic control improved.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, injection administration, dulaglutide, Trulicity

Psottová, J., Schvalb, T. Léčba pacienta s diagnózou diabetes mellitus 1. typu za využití inzulínu glargin 300 U/ml s nízkou glykemickou variabilitou zdokumentovanou CGMS. Kazuistiky v diabetologii 16, 3: 36–38, 2018.

Souhrn: Dnešní dynamická doba přináší v životě aktivního člověka vrcholy i pády, které jsou navíc často ovlivněné přítomnou nemocí. Kontinuální glykemická monitorace diabetika 1. typu nám často podobné situace demonstuje v grafech glykemií. Proto je vhodné nasazení inzulínu, který je schopen udržet hodnoty glykemie v pásmu normy ve dne i v noci, má nízký výskyt hypoglykemií a poskytuje pacientovi akceptovatelný komfort při aplikaci. Prezentujeme případ diabetika 1. typu s mnohočetnými komplikacemi, dominantně neurologickými, zjištěnými již v úvodu terapie, léčeného inzulínem glargin 300 U/ml – Toujeo, jehož efekt dokladujeme výbornými hodnotami HbA_{1c}, záznamy kontinuální monitorace glykemií, a hlavně spokojeností samotného pacienta.

Klíčová slova: glargin 300 U/ml – Toujeo, diabetes mellitus 1. typu, glykovaný hemoglobin – HbA_{1c}, antidiabetická terapie, kontinuální monitorace glukózy (CGMS)

The treatment with insulin glargin 300 U/mL with low glycaemic variability documented by CGMS in a patient with the type 1 diabetes mellitus

Today's dynamic age brings risings and falls into a life of an active person. These risings and falls can be often affected by present disease. Continuous glucose monitoring of type 1 diabetes patient presents situations such as that in glycaemic graphs. That is why it is suitable to deploy insulin, which can keep the levels of glycaemia in the norm all day and night, lowers the number of cases of hyperglycaemia and provides acceptable comfort to the patient during application. We present a patient with type 1 diabetes suffering from several complications, mainly neurological, which were discovered at the beginning of the treatment. The patient was treated by insulin glargine 300 U/ml – Toujeo and its positive impact is declared by good HbA_{1c} levels, continuous glucose monitoring results and especially by the welfare of the patient.

Keywords: glargine 300 U/ml – Toujeo, type 1 diabetes mellitus, glycated hemoglobin – HbA_{1c}, antidiabetic therapy, continuous glucose monitoring system (CGMS)

Pithová, P. Využití sekvenční léčby krytím UrgoClean Ag a UrgoStart v hojení syndromu diabetické nohy. Kazuistiky v diabetologii 16, 3: 39–42, 2018.

Souhrn: Léčba diabetických ulcerací musí být komplexní, zahrnující odlehčení nohy, revaskularizaci, léčbu infekce, débridement a lokální léčbu. V léčbě nehojících se ulcerací může významně pomoci sekvenční léčba nejprve krytím s čistícím a antibakteriálním účinkem a následně dohojení krytím s použitím technologie inhibující aktivitu matrix-metaloproteináz, což je dokumentováno kazuistikou.

Klíčová slova: syndrom diabetické nohy, nehojící se ulcerace

The usage of sequential wound management with UrgoClean Ag and UrgoStart dressing in the diabetic foot treatment

The diabetic foot treatment must be complex and contain offloading, revascularization, infection therapy, debridement and local therapy. The sequential wound management using dressing with cleansing and antibacterial effect in the first phase and inhibition of matrix-metalloproteinases and support of tissue reparation in the second phase can be very effective in the treatment of non-healing ulcerations, which is documented in the case report.

Keywords: diabetic foot syndrome, non-healing ulcerations

Lukáš, J., Hintnausová, B., Jiráček, P. Ektopická linguální štítná žláza. Kazuistiky v diabetologii 16, 3 – příloha Endokrinologie: 52–56, 2018.

Souhrn: Linguální ektopická štítná žláza reprezentuje poruchu sestupu základu štítné žlázy z oblasti *foramen caecum* kořene jazyka do místa definitivního uložení na krku. Je nejčastější tyreoidální ektopií s incidencí až 90 % případů. Kazuistika se zaměřuje na šedesátiletého muže, který byl doporučen k ORL vyšetření pro progresi dysfagie a hypotyreózu kompenzovanou levothyroxinem. Epifaryngoskopie, počítačová tomografie (CT) a scintigrafie izotopem technecia (^{99m}Tc -pertechnetát) detekovaly heterotopickou tyreoidální tkáň (31×31×27 mm) v kořeni jazyka s vyklenutím do pravé valemuly a nepřítomnost tyreoidální tkáně na přední straně krku. Pro velikost lokálního nálezu byl zvolen zevní přístup – transhyoidní faryngotomie a dočasná tracheostomie. Operace byla provedena harmonickým skalpelem. Nekomplikovaný pooperační průběh byl zajišťován čtyřicetiosmihodinovou kanylací trachey a alimentační nazogastrickou sondou zavedenou na deset dní. Stehy z klidné rány byly odstraněny sedmý pooperační den. Pooperační histologie prokázala ektopickou tkáň štítné žlázy, bez typického pouzdra, vrůstající do okolní příčně-pruhované svaloviny a tuku, byla bez maligních struktur. Pacient je nadále sledován chirurgem i endokrinologem. Linguální ektopie štítné žlázy je vzácná anomálie, na kterou je ale třeba myslet v rámci diferenciální diagnostiky dysfagie, dysfonie či pocitu cizího tělesa v krku. Velikost linguální tyreoidální heterotopie a klinická symptomatologie jsou nejdůležitějšími faktory při volbě chirurgického přístupu.

Klíčová slova: linguální tyreoidální ektopie, tracheostomie, transhyoidní faryngotomie

The ectopic lingual thyroid gland

The ectopic lingual thyroid gland represents the impaired descent of the base of thyroid gland from the area of *foramen caecum* in a tongue root to its definitive position in the neck. This is the most common thyroïdal ectopy with the incidence of up to 90% of cases. The case report deals with a 60-year-old man who was referred to the ENT specialist for a progressive dysphagia and hypothyroidism treated with levothyroxine. Epipharyngoscopy, computed tomography (CT scan) and technetium isotope scintigraphy (^{99m}Tc -pertechnetate) detected heterotopic thyroid tissue (31×31×27 mm) in a tongue root protruding to the right vallecula and the absence of thyroïdal tissue in the anterior part of the neck. Due to a large local mass the external approach – transhyoid pharyngotomy and temporary tracheostomy – was chosen. The surgery was performed with harmonic scalpel. The prevention of complications was supported by the insertion of tracheal cannula for 48 hours and the insertion of alimentary nasogastric probe for 10 days. The wound healed well and sutures were removed 7 days after the surgery. The post operative histology confirmed the ectopic thyroid tissue without its typical sheath that invaded to the surrounding transversely striated muscles and fat. There weren't any malignant structures detected. The patient is still followed up by his surgeon and endocrinologist.

Lingual thyroid ectopy is a rare anomaly that must be taken in mind in a process of differential diagnosis in dysphagia, dysphonia or when “alien body” is felt in a throat. The extent of lingual thyroid heterotopy and its clinical presentation are the most important factors when selecting the optimal surgical approach.

Keywords: lingual thyroid ectopy, tracheostomy, transhyoid pharyngotomy

Brutvan, T., Ježková, J. Paraneoplastický SIADH s hypoosmolární euvolemickou hyponatremií. Kazuistiky v diabetologii 16, 3 – příloha Endokrinologie: 58–61, 2018.

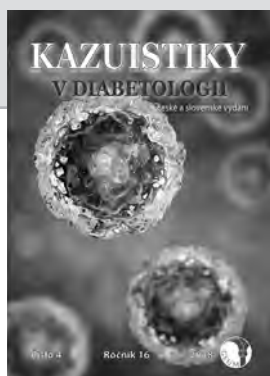
Souhrn: Kazuistika popisuje případ paraneoplastického syndromu nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu (SIADH) jako symptomu malobuněčného karcinomu plic. Ukazuje diagnostický přístup k pacientovi s hyponatremií a doporučení pro léčbu hyponatremie u SIADH.

Klíčová slova: hyponatremie, hypoosmolalita, SIADH, malobuněčný karcinom plic

Paraneoplastic SIADH with hypoosmolar euvolemic hyponatremia

The case report describes paraneoplastic syndrome of inappropriate secretion of anti-diuretic hormone as a complication of small cell lung cancer. It shows diagnostic approach to patients with hyponatremia and methods of correcting level of sodium in SIADH.

Keywords: hyponatremia, hypoosmolality, SIADH, small cell lung carcinoma



Kazuistiky v diabetologii

4/2018



Neumann, D. Ambulantní zahájení léčby diabetu 1. typu čtyřletého chlapce flexibilním inzulinovým režimem. Kazuistiky v diabetologii 16, 4: 7–12, 2018.

Souhrn: Ambulantní zahájení léčby diabetes mellitus 1. typu je alternativou k úvodní hospitalizaci. Postup musí splňovat medicínská, sociální a komunikační kritéria. Flexibilní režimy většinou využívají oddělení bazálního a prandiálních inzulinů. Namísto času, množství sacharidů a inzulinu předepisují čas a dávku inzulinu vztaženou k jednotce sacharidů (gramy nebo výměnné jednotky). Děti nebo dospělí s diabetem tak nemusí mít k jednotlivým jídlům stejná množství sacharidů. Kazuistika představuje užití obou postupů společně a rozvahu nad jejich klinickým přínosem. Je doplněna o popis využití flash senzoru glukózy a kontaktní telefonní linky při léčbě.

Klíčová slova: flexibilní léčba diabetu, ambulantní zahájení léčby, flash senzor, telemedicina

The initiation of the treatment with a flexible insulin regimen in a 4-year-old boy with the type 1 diabetes mellitus in an out-patient setting

The initiation of the treatment of the type 1 diabetes mellitus (T1D) in an out-patient setting is the alternative to the initial hospitalization. The process must comply with medical, social and communication criteria. In most cases, flexible regimens use basal and prandial insulin separately. Instead of the time points, amounts of carbohydrates and insulin doses, the time points and insulin doses related to carbohydrate units (grams or carbohydrate exchangeable units) are prescribed. Children and/or adults with diabetes mellitus thus don't have to eat the same amount of carbohydrates in every individual food. The case report presents the simultaneous use of the two approaches and it discusses their clinical benefits. A description of the use of glucose flash sensor and contact phone line during the treatment is included.

Keywords: flexible treatment of diabetes, the initiation of a treatment in an out-patient setting, flash sensor, telemedicine

Doležalová, B. Postavení IDegLira v doporučeném postupu ADA/EASD 2018 pro management diabetu 2. typu. Kazuistiky v diabetologii 16, 4: 14–16, 2018.

Souhrn: IDegLira je fixní kombinací liraglutidu s inzulínem degludek. Obě komponenty jsou v příslušných lékových třídách hodnoceny výborně z hlediska efektivity i kardiovaskulární bezpečnosti/protektivity. Použití fixní kombinace zlepšuje adherenci k léčbě, zjednodušuje titraci dávky a umožňuje využít maximální terapeutický potenciál obou složek. Tyto vlastnosti reflektuje i aktuální doporučený postup EASD/ADA pro léčbu diabetu 2. typu.

Klíčová slova: diabetes mellitus 2. typu, IDegLira, kardiovaskulární protektivita

Position of IDegLira in the Consensus Statement of EASD/ADA 2018 for the management of type 2 diabetes

IDegLira is a fixed-ratio combination of liraglutide and insulin degludec. Both of its components have top ranking within the respective drug classes for efficacy and cardiovascular safety/protectivity. The use of fixed-ratio combination increases adherence to treatment, simplifies dose titration, and facilitates the maximum use of the therapeutic potential of both its components. These features are acknowledged in the recent Consensus Statement of EASD/ADA for the management of type 2 diabetes.

Keywords: type 2 diabetes, IDegLira, cardiovascular protectivity

Kubíková, Z. Léčba kombinací s fixním poměrem bazálního inzulínu a krátce působícího GLP-1 receptorového agonisty – v jednoduchosti je krása. Kazuistiky v diabetologii 16, 4: 19–20, 2018.

Souhrn: Základní prevencí pozdních komplikací diabetu je účinná a bezpečná léčba hyperglykemie. Jednou z nových možností léčby, která se objevila na trhu v nedávné době, je fixní kombinace bazálního inzulínu glargin 100 U/ml a GLP-1 RA lixisenatidu. Uvedená kazuistika popisuje příklad pacienta s diabetes mellitus 2. typu, který byl úspěšně léčen v naší ambulanci pomocí této fixní kombinace.

Klíčová slova: GLP-1 RA, hypoglykemie, redukce hmotnosti

Treatment with fixed-ratio combination of basal insulin and short-acting GLP-1 receptor agonist – the beauty in simplicity

Effective and safe treatment of hyperglycaemia is the best prevention of late diabetes complications. One of the new marketed treatment options is fixed-ratio combination of basal insulin glargin 100 U/ml and GLP-1 receptor agonist lixisenatide. This case report describes an example of type 2 diabetes mellitus patient who has been successfully treated in our ambulance using this fixed-ratio combination.

Keywords: GLP-1 RA, hypoglycaemia, weight reduction

Veselá, A. Využití inzulínu Humalog 200 U/ml u diabetika 1. typu s vysokými dávkami inzulínů. Kazuistiky v diabetologii 16, 4: 26–28, 2018.

Souhrn: Uvedená kazuistika popisuje 54letého muže s diabetes mellitus 1. typu, který je léčen pro toto onemocnění intenzifikovaným inzulínovým režimem přes 20 let. Z chronických diabetických komplikací má přítomnou diabetickou retinopatii, diabetickou neuropatii, počínající diabetickou nefropatii, zároveň se u něho vyskytuje i syndrom porušeného vnímání hypoglykemií. Jeho kompenzace dlouhodobě nebyla uspokojivá. Postupně během let trvání onemocnění docházelo k nárůstu dávek jak prandiálního, tak bazálního inzulínu, avšak kompenzace byla dlouhodobě neuspokojivá. Situaci se podařilo změnit provedením CGM (kontinuální monitorace glykemie) a změnou a úpravou dávek prandiálního inzulínu Humalog 200 U/ml. Po dlouhých letech neuspokojivých hodnot došlo k výraznému zlepšení kompenzace diabetu i ke zlepšení compliance pacienta.

Klíčová slova: diabetes mellitus 1. typu, vysoké dávky inzulínů, neuspokojivá compliance, lispro 200 U/ml

The use of insulin Humalog 200 U/mL in a patient with the type 1 diabetes mellitus previously treated with high doses of insulin

The presented case report describes the 54-year-old man with the type 1 diabetes mellitus who had been treated with the intensified insulin regimen for more than 20 years. He suffers from chronic diabetic complications; he has diabetic retinopathy, diabetic neuropathy, incipient diabetic nephropathy and also a syndrome of impaired hypoglycaemia awareness. His diabetes had been inadequately compensated for a long time. Gradually, over years lasting disease there was a need to increase doses of both prandial and basal insulin; nevertheless his compensation had been unsatisfying for a long time. The situation changed after continuous glucose monitoring (CGM) when doses of prandial insulin Humalog 200 U/mL were changed and adjusted. After many years lasting unsatisfying glucose control there was a significant improvement of both compensation of diabetes and the patient's compliance.

Keywords: type 1 diabetes mellitus, high doses of insulin, unsatisfying compliance, lispro 200 U/mL

Štechová, K. Inzulín Fiasp (faster aspart) – příběh první. Kazuistiky v diabetologii 16, 4: 29–31, 2018.

Souhrn: Kazuistika popisuje případ pacientky léčené 37 let pro diabetes 1. typu. Nepříjemný zážitek spojený s hypoglykemií vedl u pacientky k rozvoji maladaptivního chování spočívajícího v aplikaci prandiálního inzulínu až po jídle (i při vyšší glykemii). Díky následným korekčním aplikacím inzulínu k řešení výrazných postprandiálních hyperglykemií došlo k významnému zvýšení glykemické variability a celkovému zhoršení do té doby výborné kompenzace diabetu. Situaci se podařilo vyřešit tím, že jako prandiální inzulín byl pacientce předepsán inzulín faster aspart, který si aplikuje při jídle nebo těsně po něm.

Klíčová slova: hypoglykemie, inzulín faster aspart, postprandiální hyperglykemie, glykemická variabilita

Insulin Fiasp (faster aspart) – story no. 1

The case report describes a case of a female patient treated for type 1 diabetes for 37 years. In this patient an unpleasant experience associated with hypoglycaemia led to the development of maladaptive behaviours consisting in the application of prandial insulin after meals (even with higher glycaemia). Due to the subsequent correction of significant postprandial hyperglycaemia by extra insulin doses, there was a significant increase in glycaemic variability and overall deterioration of until then excellent diabetes compensation. The situation has been solved by a prescription of faster insulin aspart, which the patient can apply with the meal or just after it.

Keywords: hypoglycaemia, faster insulin aspart, postprandial hyperglycaemia, glycaemic variability

Žák, P. Zahájení léčby kombinací bazálního inzulínu a krátce působícího GLP-1 receptorového agonisty s fixním poměrem vedlo k zásadnímu zlepšení kontroly postprandiální glykemie. Kazuistiky v diabetologii 16, 4: 35–37, 2018.

Souhrn: Prandiální problém zahrnuje postprandiální hyperglykémii, hmotnostní přírůstek a hypoglykemie vázané na naše, snad až příliš velké, spoléhání se na léčbu inzulínem. Tento endokrinologicko-neurologický puzzle je výzvou pro další základní i klinický výzkum. Krátce působící GLP-1 RA, nemodifikovaný exenatid nebo lixisenatid, při podání před jídlem efektivně zpomalují vyprazdňování žaludku, brání neadekvátnímu vzestupu hladiny glukagonu a mají vynikající efekt na kontrolu postprandiální glykemie (PPG) a také vedou k redukci hmotnosti. V nedávné době se možnosti léčby diabetes mellitus (DM) 2. typu rozšířily o novou kombinaci iGlarLixi (Suliqua) s fixním poměrem bazálního inzulínu (glarginu 100 U/ml [iGlar]) a GLP-1 RA (lixisenatidu) ve formě injekce podávané jednou denně. Námi prezentovaná kazuistika ukazuje benefity spojené s léčbou fixní kombinací iGlarLixi u pacienta s DM 2. typu a závažnou obezitou. Pomocí fixní kombinace bylo dosaženo zásadního zlepšení kontroly postprandiální glykemie, poklesu glykovaného hemoglobinu při současném poklesu hmotnosti. Léčba iGlarLixi byla pacientem dobře tolerována, bez významných nežádoucích účinků, a pacient oceňoval jednoduchost užívání kombinace jednou denně.

Klíčová slova: GLP-1 RA, hypoglykemie, redukce hmotnosti

Initiating treatment with fixed-ratio combination of basal insulin analogue and short-acting GLP-1 receptor agonist has led to a significant improvement in postprandial glycaemic control

The prandial problem involves postprandial hyperglycaemia, weight gain and hypoglycaemia linked to our overreliance on insulin therapy. This is an endocrine and neurologic puzzle that calls for further basic and clinical research. Short-acting GLP-1 RA, unmodified exenatide or lixisenatide when applied prior to a meal effectively slow gastric emptying, prevent inadequate glucagon elevations and have an excellent effect on postprandial glycaemia (PPG) control and also lead to weight reduction. Recently, our treatment options for type 2 diabetes mellitus were expanded by a new combination of iGlarLixi (Suliqua) with a fixed ratio of basal insulin (glargine 100 U/mL [iGlar]) and GLP-1RA (lixisenatide) as once-daily injections. The presented case report shows the benefits associated with fixed combination therapy of iGlarLixi in a patient with type 2 diabetes mellitus and severe obesity. A significant improvement in postprandial glycaemic control and a decrease in glycosylated haemoglobin level with weight loss at the same time were achieved by using a fixed combination. Treatment with iGlarLixi was well tolerated by the patient without adverse effects and the patient appreciated the ease of use of the combination once daily.

Keywords: GLP-1 RA, hypoglycaemia, weight reduction

Vávrová, H. Má Hanka ještě naději? Kazuistiky v diabetologii 16, 4 – příloha Endokrinologie: 51–56, 2018.

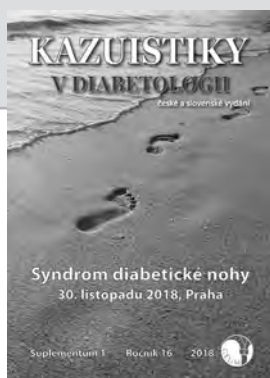
Souhrn: Vyhasnutí ovariální funkce v období mezi menarché a 40. rokem věku může být doprovázeno jak nedostatkem ovariálních folikulů, tak jejich normálním počtem. Onemocnění je charakterizované amenoreou, zvýšením hladin gonadotropinů a snížením hladiny estradiolu v séru. Je to stav hypergonadotropního hypogonadismu u žen. K příčinám poruchy patří genetické defekty, autoimunitní procesy, chemoterapie, radiace a infekce, nejčastěji je příčina idiopatická. Přinášíme kazuistiku 13leté slečny s předčasným ovariálním selháním, zamýšlíme se nad etiopatogenezí a i přístupem pediatra k této problematice.

Klíčová slova: předčasné ovariální selhání (POF), amenorea, hypergonadotropní hypogonadismus, hypoestrinismus, infertilita, folikulární deplece

Is there still hope for her?

The failure of ovarian function in a period between menarche and the age of 40 may be accompanied by either the lack of ovarian follicles or their normal counts. The disease is characterized by amenorrhea, increased levels of gonadotropins and reduced levels of serum estradiol. This condition represents hypergonadotropic hypogonadism in women. The impairment is caused by genetic defects, chemotherapy, radiation and infection, but the most common etiology is idiopathic. We present the case report of 13-year-old girl with a premature ovarian failure. We reflect the etiopathogenesis and pediatric approach to this issue.

Keywords: premature ovarian failure (POF), amenorrhea, hypergonadotropism, hypoestrogenism, infertility, follicular depletion



Kazuistiky v diabetologii

Suplementum 1 Syndrom diabetické nohy



Bém, R., Dubský, M., Fejfarová, V., Hazdrová, J., Wosková, V. Pokroky regenerativní medicíny v hojení ran. Kazuistiky v diabetologii 16, Supl. 1 – Syndrom diabetické nohy: 8–9, 2018.

Stryja, J. Infekční komplikace v místě chirurgických výkonů u diabetiků. Kazuistiky v diabetologii 16, Supl. 1 – Syndrom diabetické nohy: 10, 2018.

Jirkovská, A., Dubský, M. Můžeme efektivně předcházet recidivám ulcerací? Kazuistiky v diabetologii 16, Supl. 1 – Syndrom diabetické nohy: 11–13, 2018.

Wohl, P. Nutriční intervence u diabetiků při hojení ran. Kazuistiky v diabetologii 16, Supl. 1 – Syndrom diabetické nohy: 13–15, 2018.

Uchytílová, E. Bolestivé stavy u diabetiků a jejich léčba. Kazuistiky v diabetologii 16, Supl. 1 – Syndrom diabetické nohy: 15, 2018.

Beznoska, J., Kybal, Š. Terapie a prevence deformit přednoží při diabetu z pohledu ortopeda. Kazuistiky v diabetologii 16, Supl. 1 – Syndrom diabetické nohy: 16–17, 2018.

Teyssler, P., Sutoris, K., Thieme, F. Praktické zkušenosti se zevní fixací u syndromu diabetické nohy. Kazuistiky v diabetologii 16, Supl. 1 – Syndrom diabetické nohy: 17–19, 2018.

Krawczyk, P., Foltýnek, D. Ortotická řešení po operačních výkonech na dia noze. Kazuistiky v diabetologii 16, Supl. 1 – Syndrom diabetické nohy: 19–20, 2018.

Jetmar, V. Aktuální možnosti endovaskulární terapie ICHDK při syndromu diabetické nohy. Kazuistiky v diabetologii 16, Supl. 1 – Syndrom diabetické nohy: 21, 23, 2018.

Fejfarová, V., Bém, R., Dubský, M., Wosková, V., Němcová, A., Hazdrová, J., Jirkovská, A. Novinky v angiologii. Kazuistiky v diabetologii 16, Supl. 1 – Syndrom diabetické nohy: 23–26, 28, 2018.

Jirkovská, J. Využití edukačních materiálů a metod v podiatrii. Kazuistiky v diabetologii 16, Supl. 1 – Syndrom diabetické nohy: 28–29, 2018.

Koliba, M., Výmolová, J. Role pedikérky v péči o pacienta se syndromem diabetické nohy. Kazuistiky v diabetologii 16, Supl. 1 – Syndrom diabetické nohy: 29, 2018.

Hazdrová, J., Bém, R., Fejfarová, V., Němcová, A., Wosková, V., Jirkovská, A., Sutoris, K., Thieme, F., Dubský, M. Zhojení chronického defektu paty u transplantovaného pacienta pomocí metod moderní terapie. Kazuistiky v diabetologii 16, Supl. 1 – Syndrom diabetické nohy: 30–31, 2018.

Jirkovská, J., Hrachovinová, T., Jirkovská, A., Skibová, J., Adamíková, A., Hradec, J., Prázný, M., Štefánková, J., Čechová, K., Havlová, V., Řihánková, R. Pacienti s diabetem projevili aktivní zájem o edukaci samostatné péče o nohy. Kazuistiky v diabetologii 16, Supl. 1 – Syndrom diabetické nohy: 31–32, 2018.

Kuchaříková, K., Koliba, M. Ozonoterapie – kazuistika. Kazuistiky v diabetologii 16, Supl. 1 – Syndrom diabetické nohy: 32, 2018.

Lacigová, S., Čechurová, D., Kůsová, H. Syndrom diabetické nohy? Kazuistiky v diabetologii 16, Supl. 1 – Syndrom diabetické nohy: 32, 2018.

Niklová, J., Tibenská, H., Fejfarová, V. Infekční komplikace u transplantovaného pacienta se syndromem diabetické nohy. Kazuistiky v diabetologii 16, Supl. 1 – Syndrom diabetické nohy: 33–34, 2018.

Piňhová, P. Využití sekvenční léčby bioaktivním krytím UrgoClean Ag a UrgoStart v hojení syndromu diabetické nohy – kazuistika. Kazuistiky v diabetologii 16, Supl. 1 – Syndrom diabetické nohy: 34–35, 2018.

Vrátná, E., Bém, R., Dubský, M., Němcová, A., Wosková, V., Jirkovská, A., Hazdrová, J., Lánská, V., Fejfarová, V. Pohybová aktivita a její vztah k psychosociálním změnám u pacientů se syndromem diabetické nohy. Kazuistiky v diabetologii 16, Supl. 1 – Syndrom diabetické nohy: 35, 2018.

Výmolová, J., Koliba, M. Řešení kleštového nehtu u pacienta s diabetem na podiatrii. Kazuistiky v diabetologii 16, Supl. 1 – Syndrom diabetické nohy: 36, 2018.



Kazuistiky v diabetologii

Mimořádné suplementum 1 Suliqua se představuje



Vízner, K. Suliqua se představuje. Zpráva z odborného sympozia společnosti Sanofi. Kazuistiky v diabetologii 16, MS1: 3–8, 2018.



Sestra v diabetologii



ročník 14, Suplementum 1 Luhačovice 2018

Říhánková, R., Jirkovská, A., Čechová, K., Adamíková, A., Hradec, J., Prázný, M., Brož, J., Havlová, V., Hrachovinová, T., Skibová, J. Skupinová edukace jako prostředek ke zlepšení kompenzace diabetu – výsledky a zkušenosti z pilotního projektu. SVD 14, S1: 5, 2018.

Hásková, A., Šoupal, J., Sadílková, A., Daňková, M. Vliv edukačních pobytů na kompenzaci diabetu 1. typu. SVD 14, S1: 5, 2018.

Mocová, P. Diabetes očima psychoterapeuta, výživového poradce a pacienta. SVD 14, S1: 5, 2018.

Vokurková, L., Krčma, M. Prvozáchyt diabetu 1. typu u mladé pacientky s polyglandulárním syndromem. SVD 14, S1: 6, 2018.

Picková, K. Kontinuál nebo Flash? Novinky v kontinuální monitoraci glykemie. SVD 14, S1: 6, 2018.

Kůsová, H., Tupá, M., Krčma, M. Jak kalkulovat bolus. SVD 14, S1: 6–7, 2018.

Švejdičková, B., Folířová, V., Volková, J., Kožnarová, R. Těhotenství a mateřství po transplantační léčbě diabetes mellitus. SVD 14, S1: 7, 2018.

Daňková, M., Hásková, A., Sadílková, A., Patková, B. Low-carb krátkodobý efekt nebo dlouhodobé riziko. SVD 14, S1: 7–8, 2018.

Fatková, R. Pohled a možnosti nutriční péče o diabetiky 2. typu. SVD 14, S1: 8, 2018.

Tibenská, H., Niklová, J., Bém, R., Fejfarová, V. Matrix terapie u syndromu diabetické nohy. SVD 14, S1: 8, 2018.

Šenbauerová, M., Jandová, M. Technika odběru krve při domácím selfmonitoringu. SVD 14, S1: 8–9, 2018.

Kůsová, H., Nová, A., Krčma, M. Jak žijí pacienti s kontinuálními monitory glykemií. SVD 14, S1: 9, 2018.

Eliášová, J., Martiňáková, M., Koudelková, A., Markovičová, T. Edukace diabetické diety jako cesta k dosažení uspokojivých glykemií. SVD 14, S1: 9–10, 2018.

Buková, L., Galajda, P., Mokáň, M. Aké sú hodnoty LDL-cholesterolu v čase diagnózy diabetes mellitus 2. typu a ako edukujeme pacientov. SVD 14, S1: 10–11, 2018.

Jirkovská, J. Perorální antidiabetika a další neinzulínová léčba diabetu. SVD 14, S1: 11, 2018.

Martiňáková, M. Pedagogické aspekty v edukaci diabetika. SVD 14, S1: 11, 2018.

Kudlová, P. Změny ve vzdělávání a kompetencích sester v souvislosti s novou legislativou. SVD 14, S1: 11–12, 2018.

Koliba, M. Nové edukační materiály Podiatrické sekce ČDS. SVD 14, S1: 12, 2018.



KD – Kazuistiky v diabetologii
SVD – Sestra v diabetologii
SDN – Syndrom diabetické nohy

Autorský rejstřík – List of authors

- Adamíková, A. KD 16, 3: 51, KD 16, Supl. 1 – SDN: 31–32, SVD 14, S1: 5
- Bém, R. KD 16, Supl. 1 – SDN: 8–9, KD 16, Supl. 1 – SDN: 23–26, 28, KD 16, Supl. 1 – SDN: 30–31, KD 16, Supl. 1 – SDN: 35, SVD 14, S1: 8
- Beznoska, J. KD 16, Supl. 1 – SDN: 16–17
- Brož, J. SVD 14, S1: 5
- Brutvan, T. KD 16, 3: 58–61
- Brychta, T. KD 16, 1: 52–53, KD 16, 3: 22–24
- Buková, L. KD 16, 2: 20–24, SVD 14, S1: 10–11
- Cibičková, L. KD 16, 1: 61–64, KD 16, 2: 65–67
- Čechová, K. KD 16, Supl. 1 – SDN: 31–32, SVD 14, S1: 5
- Čechurová, D. KD 16, Supl. 1 – SDN: 32
- Černý, M. KD 16, 3: 6–8
- Daňková, M. KD 16, 1: 9–11, SVD 14, S1: 5, SVD 14, S1: 7–8
- Dohnalová, L. KD 16, 1: 23–24, KD 16, 2: 35–36
- Doležalová, B. KD 16, 4: 14–16
- Dubský, M. KD 16, Supl. 1 – SDN: 8–9, KD 16, Supl. 1 – SDN: 11–13, KD 16, Supl. 1 – SDN: 23–26, 28, KD 16, Supl. 1 – SDN: 30–31, KD 16, Supl. 1 – SDN: 35
- Dvořáková, M. KD 16, 2: 69–72
- Eliášová, J. SVD 14, S1: 9–10
- Ernest, J. KD 16, 2: 6–10
- Fatková, R. SVD 14, S1: 8
- Fejfarová, V. KD 16, Supl. 1 – SDN: 8–9, KD 16, Supl. 1 – SDN: 23–26, 28, KD 16, Supl. 1 – SDN: 30–31, KD 16, Supl. 1 – SDN: 33–34, KD 16, Supl. 1 – SDN: 35, SVD 14, S1: 8
- Fischer, O. KD 16, 1: 61–64
- Flekač, M. KD 16, 2: 11–13
- Folířová, V. SVD 14, S1: 7
- Foltýnek, D. KD 16, Supl. 1 – SDN: 19–20
- Fryšák, Z. KD 16, 2: 65–67
- Galajda, P. SVD 14, S1: 10–11
- Hasalová Zapletalová, J. KD 16, 1: 25–26
- Hásková, A. KD 16, 1: 9–11, SVD 14, S1: 5, SVD 14, S1: 7–8
- Havlová, V. KD 16, Supl. 1 – SDN: 31–32, SVD 14, S1: 5
- Hazdrová, J. KD 16, Supl. 1 – SDN: 8–9, KD 16, Supl. 1 – SDN: 23–26, 28, KD 16, Supl. 1 – SDN: 30–31, KD 16, Supl. 1 – SDN: 35
- Hintnausová, B. KD 16, 3: 52–56
- Hlavatá, K. KD 16, 1: 57–59, KD 16, 2: 48–50, KD 16, 3: 46–48, KD 16, 4: 42–44
- Hradec, J. KD 16, Supl. 1 – SDN: 31–32, SVD 14, S1: 5
- Hrachovinová, S. KD 16, 1: 52–53
- Hrachovinová, T. KD 16, Supl. 1 – SDN: 31–32, SVD 14, S1: 5
- Chlup, R. KD 16, 3: 15–18
- Jandová, M. SVD 14, S1: 8–9
- Janičková Žďárská, D. KD 16, 4: 22–23
- Jankovec, Z. KD 16, 4: 24–25
- Jetmar, V. KD 16, Supl. 1 – SDN: 21, 23
- Ježková, J. KD 16, 3: 58–61
- Jirák, P. KD 16, 3: 52–56
- Jirkovská, A. KD 16, Supl. 1 – SDN: 11–13, KD 16, Supl. 1 – SDN: 23–26, 28, KD 16, Supl. 1 – SDN: 30–31, KD 16, Supl. 1 – SDN: 31–32, KD 16, Supl. 1 – SDN: 35, SVD 14, S1: 5
- Jirkovská, J. KD 16, Supl. 1 – SDN: 28–29, KD 16, Supl. 1 – SDN: 31–32, SVD 14, S1: 11
- Kahoun, V. KD 16, 1: 37–40
- Kaňa, R. KD 16, 3: 15–18
- Karásek, D. KD 16, 1: 61–64, KD 16, 2: 65–67
- Kochtová, J. KD 16, 3: 15–18
- Koliba, M. KD 16, Supl. 1 – SDN: 29, KD 16, Supl. 1 – SDN: 32, KD 16, Supl. 1 – SDN: 36, SVD 14, S1: 12
- Korbelová, H. KD 16, 1: 37–40
- Košková, M. KD 16, 2: 27–28
- Koudelková, A. SVD 14, S1: 9–10
- Kožnarová, R. SVD 14, S1: 7
- Krawczyk, P. KD 16, Supl. 1 – SDN: 19–20
- Krčma, M. SVD 14, S1: 6, SVD 14, S1: 6–7, SVD 14, S1: 9
- Kriegelstein, A. KD 16, 1: 37–40
- Kubíková, Z. KD 16, 4: 19–20
- Kudlová, P. SVD 14, S1: 11–12
- Kuchaříková, K. KD 16, Supl. 1 – SDN: 32
- Kůsová, H. KD 16, Supl. 1 – SDN: 32, SVD 14, S1: 6–7, SVD 14, S1: 9
- Kýbal, Š. KD 16, Supl. 1 – SDN: 16–17
- Lacigová, S. KD 16, Supl. 1 – SDN: 32
- Langová, D. KD 16, 1: 13–14
- Lánská, V. KD 16, Supl. 1 – SDN: 35
- Löblová, M. KD 16, 1: 31–32
- Loukota, I. KD 16, 1: 37–40
- Lukáš, J. KD 16, 3: 52–56
- Manethová, K. KD 16, 2: 6–10
- Markovičová, T. SVD 14, S1: 9–10
- Martiňáková, M. SVD 14, S1: 11, SVD 14, S1: 9–10
- Maule, P. KD 16, 3: 19–21, KD 16, 3: 30–32
- Mocová, P. SVD 14, S1: 5
- Mokáň, M. SVD 14, S1: 10–11
- Němcová, A. KD 16, Supl. 1 – SDN: 23–26, 28, KD 16, Supl. 1 – SDN: 30–31, KD 16, Supl. 1 – SDN: 35
- Neumann, D. KD 16, 4: 7–12
- Niklová, J. KD 16, Supl. 1 – SDN: 33–34, SVD 14, S1: 8
- Nová, A. SVD 14, S1: 9
- Olšovský, J. KD 16, 2: 25–26

- Patková, B. SVD 14, S1: 7–8
 Pecová, J. KD 16, 4: 38
 Peterková, M. KD 16, 2: 14–15
 Picková, K. SVD 14, S1: 6
 Pichlerová, D. KD 16, 1: 6–8
 Pithová, P. KD 16, 3: 39–42, KD 16, Supl. 1 – SDN: 34–35
 Pokorná, J. KD 16, 1: 37–40
 Prázný, M. KD 16, Supl. 1 – SDN: 31–32, SVD 14, S1: 5
 Psottová, J. KD 16, 3: 26–28, KD 16, 3: 36–38
 Řihánková, R. KD 16, Supl. 1 – SDN: 31–32, SVD 14, S1: 5
 Sadílková, A. KD 16, 1: 9–11, SVD 14, S1: 5, SVD 14, S1: 7–8
 Schvalb, T. KD 16, 3: 26–28, KD 16, 3: 36–38
 Skibová, J. KD 16, Supl. 1 – SDN: 31–32, SVD 14, S1: 5
 Stárka, L. KD 16, 3: 63–64, KD 16, 4: 49–50
 Stryja, J. KD 16, 1: 33–36, KD 16, Supl. 1 – SDN: 10
 Sutoris, K. KD 16, Supl. 1 – SDN: 17–19, KD 16, Supl. 1 – SDN: 30–31
 Svobodová, J. KD 16, 3: 15–18
 Sychrová, A. KD 16, 1: 54–56, KD 16, 2: 44–46
 Šašková, D. KD 16, 4: 40–41
 Šenbauerová, M. SVD 14, S1: 8–9
 Šoupal, J. SVD 14, S1: 5
 Šrámková, P. KD 16, 2: 16–19
 Štefánková, J. KD 16, Supl. 1 – SDN: 31–32
 Štechová, K. KD 16, 1: 18–21, KD 16, 3: 6–8, KD 16, 4: 29–31
 Švejdíková, B. SVD 14, S1: 7
 Švejnoha, J. KD 16, 3: 50, KD 16, 4: 46–47
 Tabery, K. KD 16, 3: 6–8
 Teyssler, P. KD 16, Supl. 1 – SDN: 17–19
 Thieme, F. KD 16, Supl. 1 – SDN: 17–19, KD 16, Supl. 1 – SDN: 30–31
 Tibenská, H. KD 16, Supl. 1 – SDN: 33–34, SVD 14, S1: 8
 Tománek, P. KD 16, 1: 27–29
 Tupá, M. SVD 14, S1: 6–7
 Uchytlová, E. KD 16, Supl. 1 – SDN: 15
 Urbancová, K. KD 16, 2: 29–31
 Vaník, V. KD 16, 1: 15–17
 Vávrová, H. KD 16, 4: 51–56
 Venerová, J. KD 16, 2: 37–40
 Veselá, A. KD 16, 4: 26–28
 Vízner, K. KD 16, 1: 1, KD 16, 2: 1, KD 16, 2: 42–43, KD 16, 2: 60–62, KD 16, 2: 67, KD 16, 3: 1, KD 16, 3: 12, KD 16, 3: 14, KD 16, 3: 44, KD 16, 3: 48, KD 16, 4: 1, KD 16, 4: 21, KD 16, 4: 48, KD 16, MS1: 3–8
 Vokurková, L. SVD 14, S1: 6
 Volková, J. SVD 14, S1: 7
 Vrátná, E. KD 16, Supl. 1 – SDN: 35
 Vykoupilová, D. KD 16, 3: 13–14
 Výmolová, J. KD 16, Supl. 1 – SDN: 29, KD 16, Supl. 1 – SDN: 36
 Wernerová, J. KD 16, 3: 34–35
 Wohl, P. KD 16, Supl. 1 – SDN: 13–15
 Wosková, V. KD 16, Supl. 1 – SDN: 8–9, KD 16, Supl. 1 – SDN: 23–26, 28, KD 16, Supl. 1 – SDN: 30–31, KD 16, Supl. 1 – SDN: 35
 Zálešáková, H. KD 16, 3: 15–18
 Zoban, P. KD 16, 3: 6–8
 Žák, P. KD 16, 2: 32–34, KD 16, 3: 9–11, KD 16, 4: 35–37

Rejstřík klíčových slov

- Abasaglar KD 16, 2: 35–36
 adherence k léčbě KD 16, 2: 29–31
 ájurvéda KD 16, 1: 52–53
 ambulantní zahájení léčby KD 16, 4: 7–12
 amenorea KD 16, 4: 51–56
 antidiabetická terapie KD 16, 3: 26–28, KD 16, 3: 36–38
 bariatrická chirurgie KD 16, 1: 6–8
 bariatricko-metabolická chirurgie KD 16, 1: 9–11
 biologické hodiny KD 16, 2: 20–24
 BRAF gen KD 16, 2: 69–72
 compliance KD 16, 3: 15–18
 Cushingův syndrom KD 16, 1: 61–64
 diabetes mellitus 1. typu KD 16, 1: 18–21, KD 16, 1: 23–24, KD 16, 2: 25–26, KD 16, 3: 36–38, KD 16, 4: 26–28
 diabetes mellitus 2. typu KD 16, 1: 6–8, KD 16, 1: 13–14, KD 16, 1: 15–17, KD 16, 1: 25–26, KD 16, 1: 27–29, KD 16, 1: 31–32, KD 16, 1: 52–53, KD 16, 2: 11–13, KD 16, 2: 16–19, KD 16, 2: 20–24, KD 16, 2: 27–28, KD 16, 2: 29–31, KD 16, 2: 35–36, KD 16, 3: 13–14, KD 16, 3: 15–18, KD 16, 3: 22–24, KD 16, 3: 26–28, KD 16, 3: 34–35, KD 16, 4: 14–16
 diabetes mellitus KD 16, 1: 54–56, KD 16, 2: 14–15, KD 16, 2: 44–46
 dítě diabetické matky KD 16, 3: 6–8
 dlouhodobá účinnost KD 16, 3: 22–24
 doba aplikace inzulínu KD 16, 2: 29–31
 dulaglutid KD 16, 1: 25–26, KD 16, 3: 34–35
 edukácia KD 16, 2: 20–24
 finanční náklady KD 16, 1: 37–40
 flash senzor KD 16, 4: 7–12
 flexibilní léčba diabetu KD 16, 4: 7–12
 folikulární deplece KD 16, 4: 51–56
 fytoterapie KD 16, 1: 52–53, KD 16, 1: 54–56, KD 16, 2: 44–46
 GLP-1 RA KD 16, 4: 19–20, KD 16, 4: 35–37
 glykemická variabilita KD 16, 1: 31–32, KD 16, 4: 29–31
 glykovaný hemoglobin (HbA1c) KD 16, 3: 26–28, KD 16, 3: 36–38, KD 16, 2: 29–31
 hepatitida E KD 16, 2: 65–67
 hepatopatie KD 16, 2: 65–67
 hypergonadotropní hypogonadismus KD 16, 4: 51–56
 hypoestrinismus KD 16, 4: 51–56
 hypoglykemie KD 16, 1: 18–21, KD 16, 2: 11–13, KD 16, 3: 30–32, KD 16, 3: 9–11, KD 16, 4: 19–20, KD 16, 4: 29–31, KD 16, 4: 35–37
 hypokalemická alkalóza KD 16, 1: 61–64
 hyponatremie KD 16, 3: 58–61

- hypoosmolalita KD 16, 3: 58–61
 IDegLira KD 16, 4: 14–16
 infertilita KD 16, 4: 51–56
 injekční aplikace KD 16, 3: 34–35
 intenzifikace léčby KD 16, 2: 11–13, KD 16, 2: 27–28, KD 16, 2: 35–36
 intenzifikovaný inzulínový režim KD 16, 2: 14–15
 inzulín bazální KD 16, 2: 27–28, KD 16, 3: 9–11
 inzulín degludek KD 16, 1: 13–14, KD 16, 3: 13–14, KD 16, 3: 19–21
 inzulín faster aspart KD 16, 2: 25–26, KD 16, 4: 29–31, KD 16, 2: 29–31
 inzulín glargin 300 U/ml KD 16, 1: 15–17, KD 16, 2: 11–13, KD 16, 2: 14–15, KD 16, 3: 36–38
 inzulín glargin KD 16, 1: 18–21, KD 16, 2: 35–36
 inzulín lispro 200 U/ml KD 16, 1: 23–24, KD 16, 2: 32–34, KD 16, 4: 26–28
 inzulinorezistence KD 16, 1: 27–29, KD 16, 2: 16–19, KD 16, 2: 32–34
 inzulinosekrece KD 16, 1: 27–29
 inzulinoterapie KD 16, 2: 14–15, KD 16, 3: 15–18, KD 16, 3: 30–32
 karcinoid plic KD 16, 1: 61–64
 kardiovaskulární protektivita KD 16, 4: 14–16
 kombinační léčba KD 16, 3: 19–21
 komplexní léčba KD 16, 2: 37–40
 kontinuální monitorace glukózy (CGMS) KD 16, 3: 6–8, KD 16, 3: 36–38
 krycí materiál obsahující polyakrylátová absorpční vlákna s lipido-koloidní vrstvou (TLC) KD 16, 2: 37–40
 léčivé rostliny KD 16, 1: 54–56, KD 16, 2: 44–46
 linguální tyreoidální ektopie KD 16, 3: 52–56
 liraglutid KD 16, 1: 13–14, KD 16, 3: 13–14, KD 16, 3: 19–21
 malobuněčný karcinom plic KD 16, 3: 58–61
 nehojící se ulcerace KD 16, 3: 39–42
 neuroischemický defekt KD 16, 2: 37–40
 neuspokojivá compliance KD 16, 4: 26–28
 neuspokojivá kompenzace KD 16, 3: 19–21
 novorozenecká hypoglykemie KD 16, 3: 6–8
 nutriční intervence KD 16, 1: 9–11
 obezita KD 16, 1: 13–14, KD 16, 1: 6–8
 papilární karcinom KD 16, 2: 69–72
 pars plana vitrektomie KD 16, 2: 6–10
 perorální antidiabetika KD 16, 3: 22–24
 pioglitazon KD 16, 2: 16–19, KD 16, 3: 26–28
 plikace KD 16, 1: 6–8
 pohybová aktivita KD 16, 2: 20–24
 postprandiální glykemie KD 16, 1: 27–29, KD 16, 1: 31–32
 postprandiální hyperglykemie KD 16, 2: 25–26, KD 16, 3: 30–32, KD 16, 4: 29–31
 prediabetes KD 16, 1: 52–53
 preparát BGR-34EU KD 16, 1: 52–53
 proliferativní diabetická retinopatie KD 16, 2: 6–10
 předčasné ovariální selhání (POF) KD 16, 4: 51–56
 předoperační příprava KD 16, 1: 9–11
 punkce tenkou jehlou KD 16, 2: 69–72
 působky proti růstovému endoteliálnímu faktoru KD 16, 2: 6–10
 racionální jídelníček KD 16, 1: 9–11
 redukce hmotnosti KD 16, 4: 19–20, KD 16, 4: 35–37
 redukční režim KD 16, 1: 9–11
 repaglinid KD 16, 1: 27–29, KD 16, 1: 31–32
 self-titrační algoritmus KD 16, 3: 9–11
 senior KD 16, 1: 18–21
 SIADH KD 16, 3: 58–61
 spánok KD 16, 2: 20–24
 stagnace hojení KD 16, 1: 33–36
 stravovanie KD 16, 2: 20–24
 struma KD 16, 2: 69–72
 syndrom diabetické nohy KD 16, 1: 33–36, KD 16, 1: 37–40, KD 16, 2: 37–40, KD 16, 3: 39–42
 telemedicína KD 16, 4: 7–12
 terapeutické krytí KD 16, 1: 33–36
 Toujeo KD 16, 3: 36–38
 tracheostomie KD 16, 3: 52–56
 transhyoidní faryngotomie KD 16, 3: 52–56
 transplantace jater KD 16, 2: 32–34
 Trulicity KD 16, 1: 25–26, KD 16, 3: 34–35
 tyreotoxikóza KD 16, 2: 65–67
 uzal KD 16, 2: 69–72
 vildagliptin KD 16, 3: 22–24
 vysoká amputace KD 16, 1: 37–40
 vysoká dávka inzulínu KD 16, 1: 23–24, KD 16, 4: 26–28
 Xultophy KD 16, 1: 13–14, KD 16, 3: 13–14, KD 16, 3: 15–18

Keywords list

- Abasaglar KD 16, 2: 35–36
 adherence to the treatment KD 16, 2: 29–31
 amenorrhea KD 16, 4: 51–56
 antidiabetic therapy KD 16, 3: 26–28, KD 16, 3: 36–38
 anti-vascular endothelial growth factors KD 16, 2: 6–10
 ayurveda KD 16, 1: 52–53
 bariatric surgery KD 16, 1: 6–8
 bariatric-metabolic surgery KD 16, 1: 9–11
 basal insulin KD 16, 2: 27–28, KD 16, 3: 9–11
 BGR-34EU remedy KD 16, 1: 52–53
 biological clock KD 16, 2: 20–24
 BRAF gene KD 16, 2: 69–72
 cardiovascular protectivity KD 16, 4: 14–16
 combined treatment KD 16, 3: 19–21
 complex treatment KD 16, 2: 37–40
 compliance KD 16, 3: 15–18
 continuous glucose monitoring system (CGMS) KD 16, 3: 36–38, KD 16, 3: 6–8
 Cushing's syndrome KD 16, 1: 61–64

- diabetes mellitus KD 16, 1: 54–56, KD 16, 2: 14–15, KD 16, 2: 44–46
- diabetes mellitus – type 1 KD 16, 1: 18–21, KD 16, 1: 23–24, KD 16, 2: 25–26, KD 16, 3: 36–38, KD 16, 4: 26–28
- diabetes mellitus – type 2 KD 16, 1: 13–14, KD 16, 1: 15–17, KD 16, 1: 25–26, KD 16, 1: 27–29, KD 16, 1: 31–32, KD 16, 1: 52–53, KD 16, 1: 6–8, KD 16, 2: 11–13, KD 16, 2: 16–19, KD 16, 2: 20–24, KD 16, 2: 27–28, KD 16, 2: 29–31, KD 16, 2: 35–36, KD 16, 3: 13–14, KD 16, 3: 15–18, KD 16, 3: 22–24, KD 16, 3: 26–28, KD 16, 3: 34–35, KD 16, 4: 14–16
- diabetic foot syndrome KD 16, 1: 33–36, KD 16, 1: 37–40, KD 16, 2: 37–40, KD 16, 3: 39–42
- dulaglutide KD 16, 1: 25–26, KD 16, 3: 34–35
- eating KD 16, 2: 20–24
- education KD 16, 2: 20–24
- elder KD 16, 1: 18–21
- financial costs KD 16, 1: 37–40
- fine needle puncture KD 16, 2: 69–72
- flash sensor KD 16, 4: 7–12
- flexible treatment of diabetes KD 16, 4: 7–12
- follicular depletion KD 16, 4: 51–56
- GLP-1 RA KD 16, 4: 19–20, KD 16, 4: 35–37
- glycaemic variability KD 16, 1: 31–32, KD 16, 4: 29–31
- glycosylated haemoglobin (HbA1c) KD 16, 3: 26–28, KD 16, 2: 29–31, KD 16, 3: 36–38
- hepatitis E KD 16, 2: 65–67
- hepatopathy KD 16, 2: 65–67
- herbal drugs KD 16, 1: 54–56, KD 16, 2: 44–46
- high amputation KD 16, 1: 37–40
- high dose of insulin KD 16, 1: 23–24, KD 16, 4: 26–28
- hypergonadotropism KD 16, 4: 51–56
- hypoestrogenism KD 16, 4: 51–56
- hypoglycaemia KD 16, 1: 18–21, KD 16, 2: 11–13, KD 16, 3: 9–11, KD 16, 3: 30–32, KD 16, 4: 19–20, KD 16, 4: 29–31, KD 16, 4: 35–37
- hypokalemic alkalosis KD 16, 1: 61–64
- hyponatremia KD 16, 3: 58–61
- hypoosmolality KD 16, 3: 58–61
- IDegLira KD 16, 4: 14–16
- inadequate control KD 16, 3: 19–21
- infant of diabetic mother KD 16, 3: 6–8
- infertility KD 16, 4: 51–56
- initiation of a treatment in an out-patient setting KD 16, 4: 7–12
- injection administration KD 16, 3: 34–35
- insulin degludec KD 16, 1: 13–14, KD 16, 3: 13–14, KD 16, 3: 19–21
- insulin faster aspart KD 16, 2: 25–26, KD 16, 4: 29–31, KD 16, 2: 29–31
- insulin glargine 300 U/mL KD 16, 1: 15–17, KD 16, 2: 11–13, KD 16, 2: 14–15, KD 16, 3: 36–38
- insulin glargine KD 16, 1: 18–21, KD 16, 2: 35–36
- insulin lispro 200 U/mL KD 16, 1: 23–24, KD 16, 2: 32–34, KD 16, 4: 26–28
- insulin resistance KD 16, 1: 27–29, KD 16, 2: 16–19, KD 16, 2: 32–34
- insulin secretion KD 16, 1: 27–29
- insulin therapy KD 16, 2: 14–15, KD 16, 3: 15–18, KD 16, 3: 30–32
- intensification of treatment KD 16, 2: 11–13, KD 16, 2: 27–28, KD 16, 2: 35–36
- intensified insulin regimen KD 16, 2: 14–15
- lingual thyroid ectopy KD 16, 3: 52–56
- liraglutide KD 16, 1: 13–14, KD 16, 3: 13–14, KD 16, 3: 19–21
- liver transplantation KD 16, 2: 32–34
- long-term efficacy KD 16, 3: 22–24
- neuroischemic defect KD 16, 2: 37–40
- newborn hypoglycaemia KD 16, 3: 6–8
- nodule KD 16, 2: 69–72
- non-healing ulcerations KD 16, 3: 39–42
- nutritional intervention KD 16, 1: 9–11
- obesity KD 16, 1: 13–14, KD 16, 1: 6–8
- oral antidiabetic drugs KD 16, 3: 22–24
- papillary carcinoma KD 16, 2: 69–72
- pars plana vitrectomy KD 16, 2: 6–10
- physical activity KD 16, 2: 20–24
- phytotherapy KD 16, 1: 52–53, KD 16, 1: 54–56, KD 16, 2: 44–46
- pioglitazone KD 16, 2: 16–19, KD 16, 3: 26–28
- plication KD 16, 1: 6–8
- postprandial glycaemia KD 16, 1: 27–29, KD 16, 1: 31–32
- postprandial hyperglycaemia KD 16, 2: 25–26, KD 16, 3: 30–32, KD 16, 4: 29–31
- pre-diabetes KD 16, 1: 52–53
- premature ovarian failure (POF) KD 16, 4: 51–56
- preoperative preparation KD 16, 1: 9–11
- proliferative diabetic retinopathy KD 16, 2: 6–10
- pulmonary carcinoid KD 16, 1: 61–64
- rational dietary regimen KD 16, 1: 9–11
- repaglinide KD 16, 1: 27–29, KD 16, 1: 31–32
- self-titration algorithm KD 16, 3: 9–11
- SIADH KD 16, 3: 58–61
- sleep KD 16, 2: 20–24
- small cell lung carcinoma KD 16, 3: 58–61
- stagnation of wound healing KD 16, 1: 33–36
- struma KD 16, 2: 69–72
- telemedicine KD 16, 4: 7–12
- therapeutic dressing KD 16, 1: 33–36
- thyreotoxicosis KD 16, 2: 65–67
- time of insulin administration KD 16, 2: 29–31
- Toujeo KD 16, 3: 36–38
- tracheostomy KD 16, 3: 52–56
- transhyoidal pharyngotomy KD 16, 3: 52–56
- Trulicity KD 16, 1: 25–26, KD 16, 3: 34–35
- unsatisfying compliance KD 16, 4: 26–28
- vildagliptin KD 16, 3: 22–24
- weight reducing regimen KD 16, 1: 9–11
- weight reduction KD 16, 4: 19–20, KD 16, 4: 35–37
- wound dressing containing polyacryle absorption fibres with lipido-colloid layer (TLC) KD 16, 2: 37–40
- Xultophy KD 16, 1: 13–14, KD 16, 3: 13–14, KD 16, 3: 15–18

Rejstřík kazuistik a odborných článků

- Abasaglar (rekombinantní inzulin glargin) – užití v klinické praxi. KD 16, 2: 35–36, 2018.
- Aké sú hodnoty LDL-cholesterolu v čase diagnózy diabetes mellitus 2. typu a ako edukujeme pacientov. SVD 14, S1: 10–11, 2018.
- Aktuální možnosti endovaskulární terapie ICHDK při syndromu diabetické nohy. KD 16, Supl. 1 – SDN: 21, 23, 2018.
- Ambulantní zahájení léčby diabetu 1. typu čtyřletého chlapce flexibilním inzulinovým režimem. KD 16, 4: 7–12, 2018.
- BGR-34EU: nový ájurvédský preparát jako doplněk léčby prediabetiků a diabetiků 2. typu. KD 16, 1: 52–53, 2018.
- Bolestivé stavy u diabetiků a jejich léčba. KD 16, Supl. 1 – SDN: 15, 2018.
- Diabetes mellitus a biologické hodiny. KD 16, 2: 20–24, 2018.
- Diabetes očima psychoterapeuta, výživového poradce a pacienta. SVD 14, S1: 5, 2018.
- Dlouhodobý efekt časného zahájení léčby bazálním inzulinem. KD 16, 2: 27–28, 2018.
- Dosažení cílových hodnot kompenzace diabetu pomocí léčby fixní kombinace bazálního inzulinu a agonisty GLP-1 (degludek + liraglutid). KD 16, 3: 13–14, 2018.
- Edukace diabetické diety jako cesta k dosažení uspokojivých glykemií. SVD 14, S1: 9–10, 2018.
- Ekonomická náročnost vysoké amputace. KD 16, 1: 37–40, 2018.
- Ektopická linguální štítná žláza. KD 16, 3: 52–56, 2018.
- Fiasp – nová možnost ovlivnění postprandiální glykemie. KD 16, 3: 30–32, 2018.
- Fiasp – první zkušenosti. KD 16, 2: 29–31, 2018.
- Humalog 200 U/ml – užití v klinické praxi. KD 16, 1: 23–24, 2018.
- IDegLira – nadějná perspektiva léčby diabetu 2. typu. KD 16, 3: 15–18, 2018.
- Individualizace léčby diabetu fixní kombinací bazálního inzulinu a agonisty GLP-1 (degludek + liraglutid). KD 16, 1: 13–14, 2018.
- Infekční komplikace u transplantovaného pacienta se syndromem diabetické nohy. KD 16, Supl. 1 – SDN: 33–34, 2018.
- Infekční komplikace v místě chirurgických výkonů u diabetiků. KD 16, Supl. 1 – SDN: 10, 2018.
- Inzulin Fiasp (faster aspart) – příběh první. KD 16, 4: 29–31, 2018.
- Inzulin glargin 300 U/ml (Toujeo) – optimální možnost léčby bazálním inzulinem u geriatrického pacienta léčeného pro diabetes mellitus 1. typu. KD 16, 1: 18–21, 2018.
- Jak efektivně pracovat s inzulinem, pokud je pacient schopen selfmonitoringu a e-mailové komunikace? KD 16, 2: 14–15, 2018.
- Jak kalkulovat bolus. SVD 14, S1: 6–7, 2018.
- Jak se léčí obezita v Léčebných lázních Lázně Kynžvart. KD 16, 4: 40–41, 2018.
- Jak žijí pacienti s kontinuálními monitory glykemií. SVD 14, S1: 9, 2018.
- Je léčba DPP-4 inhibitory dlouhodobě účinná? KD 16, 3: 22–24, 2018.
- Klinické zkušenosti s inzulinem faster aspart – Fiasp. KD 16, 2: 25–26, 2018.
- Kontinuál nebo Flash? Novinky v kontinuální monitoraci glykemie. SVD 14, S1: 6, 2018.
- Léčba kombinací s fixním poměrem bazálního inzulinu a krátce působícího GLP-1 receptorového agonisty – v jednoduchosti je krása. KD 16, 4: 19–20, 2018.
- Léčba koncentrovaným prandiálním inzulinem lispro 200 U/ml u pacientky s diabetes mellitus 2. typu po transplantaci jater. KD 16, 2: 32–34, 2018.
- Léčba pacienta s diagnózou diabetes mellitus 1. typu za využití inzulinu glargin 300 U/ml s nízkou glykemickou variabilitou zdokumentovanou CGMS. KD 16, 3: 36–38, 2018.
- Liečba inzulinom glargín 300 U/ml ako súčasť intenzifikovaného inzulinového režimu u pacienta s novodiagnostikovaným diabetes mellitus 2. typu. KD 16, 1: 15–17, 2018.
- Low-carb krátkodobý efekt nebo dlouhodobé riziko. SVD 14, S1: 7–8, 2018.
- Má Hanka ještě naději? KD 16, 4 – příloha Endokrinologie: 51–56, 2018.
- Matrix terapie u syndromu diabetické nohy. SVD 14, S1: 8, 2018.
- Mikrobiota. KD 16, 4: 42–44, 2018.
- Můžeme efektivně předcházet recidivám ulcerací? KD 16, Supl. 1 – SDN: 11–13, 2018.
- Neobvyklá příčina hypokalemičké alkalózy – paraneoplastický Cushingův syndrom. KD 16, 1: 61–64, 2018.
- Nesulfonylureová sekretagoga – glinidy, jejich místo v terapii a kazuistiky. KD 16, 4: 22–23, 2018.
- Neuropatie nebolí, ale zabíjí. Nejnovější aktivity Diabetické asociace. KD 16, 2: 42–43, 2018.
- Nové edukační materiály Podiatrické sekce ČDS. SVD 14, S1: 12, 2018.
- Nové trendy léčby proliferativní diabetické retinopatie. KD 16, 2: 6–10, 2018.
- Novinky v angiologii. KD 16, Supl. 1 – SDN: 23–26, 28, 2018.
- Nutriční intervence u diabetiků při hojení ran. KD 16, Supl. 1 – SDN: 13–15, 2018.
- Ortotická řešení po operačních výkonech na dia noze. KD 16, Supl. 1 – SDN: 19–20, 2018.
- Ozonoterapie – kazuistika. KD 16, Supl. 1 – SDN: 32, 2018.
- Pacienti s diabetem projeví aktivní zájem o edukaci samostatné péče o nohy. KD 16, Supl. 1 – SDN: 31–32, 2018.

- Paraneoplastický SIADH s hypoosmolární euvolemickou hyponatremií. KD 16, 3: 58–61, 2018.
- Pedagogické aspekty v edukaci diabetika. SVD 14, S1: 11, 2018.
- Perorální antidiabetika a další neinzulínová léčba diabetu. SVD 14, S1: 11, 2018.
- Pioglitazon a jeho vliv na lipidový metabolismus a snížení inzulinové rezistence. KD 16, 2: 16–19, 2018.
- Pohled a možnosti nutriční péče o diabetiky 2. typu. SVD 14, S1: 8, 2018.
- Pohybová aktivita a její vztah k psychosociálním změnám u pacientů se syndromem diabetické nohy. KD 16, Supl. 1 – SDN: 35, 2018.
- Pokroky regenerativní medicíny v hojení ran. KD 16, Supl. 1 – SDN: 8–9, 2018.
- Postavení IDegLira v doporučeném postupu ADA/EASD 2018 pro management diabetu 2. typu. KD 16, 4: 14–16, 2018.
- Použití kontinuálního měření glukózy při léčbě novorozenecké hypoglykemie. KD 16, 3: 6–8, 2018.
- Použití moderních krycích materiálů s lipido-koloidní vrstvou (TLC) v lokální léčbě chronického neuroischemického defektu u pacienta s diabetes mellitus 2. typu. KD 16, 2: 37–40, 2018.
- Použití terapeutického krytí UrgoStart v léčbě ulcerace syndromu diabetické nohy. KD 16, 1: 33–36, 2018.
- Pozdě bycha honit... KD 16, 2: 69–72, 2018.
- Praktické zkušenosti se zevní fixací u syndromu diabetické nohy. KD 16, Supl. 1 – SDN: 17–19, 2018.
- První zkušenosti s použitím nového GLP-1 agonisty Trulicity. KD 16, 1: 25–26, 2018.
- Prvovýskyt diabetu 1. typu u mladé pacientky s polyglandulárním syndromem. SVD 14, S1: 6, 2018.
- Přínos převodu na inzulin glargin 300 U/ml pro pacienta s diabetes mellitus 2. typu léčeného premixovanou směsí inzulinů. KD 16, 2: 11–13, 2018.
- Recentní diabetik 2. typu velmi brzy stabilizovaný po včasném nasazení kombinace metforminu a repaglinidu. KD 16, 1: 27–29, 2018.
- Redukční režim v rámci příprav na bariatrickou operaci aneb čím to začíná. KD 16, 1: 9–11, 2018.
- Repaglinid a příklad jeho využití v klinické praxi. KD 16, 1: 31–32, 2018.
- Role pedikérky v péči o pacienta se syndromem diabetické nohy. KD 16, Supl. 1 – SDN: 29, 2018.
- Rostliny s potenciální antidiabetickou aktivitou – 3. část. KD 16, 1: 54–56, 2018.
- Rostliny s potenciální antidiabetickou aktivitou – 4. část. KD 16, 2: 44–46, 2018.
- Řešení klešťového nehtu u pacienta s diabetem na podiatrii. KD 16, Supl. 1 – SDN: 36, 2018.
- Sedmileté sledování diabetika po plikaci na OB klinice. KD 16, 1: 6–8, 2018.
- Skupinová edukace jako prostředek ke zlepšení kompenzace diabetu – výsledky a zkušenosti z pilotního projektu. SVD 14, S1: 5, 2018.
- Suliqua se představuje. Zpráva z odborného sympozia společnosti Sanofi. KD 16, MS1: 3–8, 2018.
- Syndrom diabetické nohy – léčba defektu v plosce pravé nohy. KD 16, 4: 38, 2018.
- Syndrom diabetické nohy? KD 16, Supl. 1 – SDN: 32, 2018.
- T1D Challenge. Cukrovka mě neomezuje. KD 16, 1: 60, 2018.
- Těhotenství a mateřství po transplantační léčbě diabetes mellitus. SVD 14, S1: 7, 2018.
- Technika odběru krve při domácím selfmonitoringu. SVD 14, S1: 8–9, 2018.
- Terapie a prevence deformit přednoží při diabetu z pohledu ortopeda. KD 16, Supl. 1 – SDN: 16–17, 2018.
- Trulicity – nová motivace pro pacienty. KD 16, 3: 34–35, 2018.
- Tyreotoxikóza – opravdu snadná diagnóza? KD 16, 2: 65–67, 2018.
- Úskalí režimových opatření u diabetu. KD 16, 2: 48–50, 2018.
- Vliv edukačních pobytů na kompenzaci diabetu 1. typu. SVD 14, S1: 5, 2018.
- Využití edukačních materiálů a metod v podiatrii. KD 16, Supl. 1 – SDN: 28–29, 2018.
- Využití inzulinu Humalog 200 U/ml u diabetika 1. typu s vysokými dávkami inzulinů. KD 16, 4: 26–28, 2018.
- Využití sekvenční léčby bioaktivním krytím UrgoClean Ag a UrgoStart v hojení syndromu diabetické nohy – kazuistika. KD 16, Supl. 1 – SDN: 34–35, 2018.
- Využití sekvenční léčby krytím UrgoClean Ag a UrgoStart v hojení syndromu diabetické nohy. KD 16, 3: 39–42, 2018.
- Využití self-titračního algoritmu při léčbě vysokou dávkou bazálního inzulinu v kombinaci s jednou týdně aplikovaným GLP-1 receptorovým agonistou. KD 16, 3: 9–11, 2018.
- Významný efekt terapie za využití kombinace metforminu a pioglitazonu u pacienta s diagnózou diabetes mellitus 2. typu. KD 16, 3: 26–28, 2018.
- Výživa při onemocnění ledvin – 2. díl: Výživová doporučení pro dialyzované pacienty. KD 16, 1: 57–59, 2018.
- Výživová doporučení pro onemocnění štítné žlázy. KD 16, 3: 46–48, 2018.
- Xultophy – optimální řešení včasné intenzifikace léčby diabetu. KD 16, 3: 19–21, 2018.
- Zahájení léčby kombinací bazálního inzulinu a krátce působícího GLP-1 receptorového agonisty s fixním poměrem vedlo k zásadnímu zlepšení kontroly postprandiální glykemie. KD 16, 4: 35–37, 2018.
- Zhojení chronického defektu paty u transplantovaného pacienta pomocí metod moderní terapie. KD 16, Supl. 1 – SDN: 30–31, 2018.
- Změny ve vzdělávání a kompetencích sester v souvislosti s novou legislativou. SVD 14, S1: 11–12, 2018.

Aktuality z klinických studií, aktuality z farmakoterapie

AWARD-7: Dulaglutid versus inzulin glargin u pacientů s diabetem 2. typu a středně závažným až závažným chronickým onemocněním ledvin (multicentrická, otevřená, randomizovaná studie). KD 16, 4: 24–25, 2018.

Duální inhibitory GLP-1 a GIP receptorů osvědčují vysokou potenci. KD 16, 4: 13, 2018.

Důkazy o kardiovaskulární bezpečnosti vildagliptinu v reálné klinické praxi. KD 16, 4: 21, 2018.

Efektivita empagliflozinu u diabetiků 1. typu léčených inzulinem. Výsledky studií EASE-2 a EASE-3. KD 16, 4: 17–18, 2018.

IMPROVE-IT stále aktuální? KD 16, 4: 33–34, 2018.

Inhibitory PCSK9 hrazeny už i v ČR. Jaké jsou podmínky předepisování? KD 16, 3: 44, 2018.

Klinické testy analogu růstového hormonu pro podání jednou týdně. KD 16, 4: 56, 2018.

Liraglutid v roli antiobezitika. KD 16, 3: 14, 2018.

Nové analýzy studie ELIXA. KD 16, 4: 16, 2018.

První přímé srovnání dlouhodobě působících inzulinových analog 2. generace. KD 16, 3: 12, 2018.

Semaglutid podávaný perorálně – klinické studie přináší pozitivní výsledky. KS 16, 4: 34, 2018.

Semaglutid u diabetiků i nediabetiků – aktuálně z klinických studií. KD 16, 3: 48, 2018.

Sotagliflozin ve schvalovacím procesu EMA. KD 16, 2: 31, 2018.

Studie LIGHTNING – glargin 300 U/ml v reálné praxi prokazuje nízké riziko hypoglykemií. KD 16, 1: 22, 2018.

Studie STAMPEDE a doporučení 2nd Diabetes Surgery Summit. KD 16, 1: 12, 2018.

Účinnost a bezpečnost kanagliflozinu v závislosti na funkci ledvin. Nové analýzy studie CANVAS. KD 16, 4: 44, 2018.

Vrátí se albiglutid na trh díky dobrým výsledkům ze studií kardiovaskulární bezpečnosti? KD 16, 4: 48, 2018.

Redakční recenze a anotace

Buková, L., Galajda, P., Mokán, M. Ako dlhšie žiť a pomalšie starnúť. KD 16, 2: 36, 2018.

Fried, M., Svačina, Š. et al. Moderní trendy v léčbě obezity a diabetu. KD 16, 4: 23, 2018.

Havlová, V. Vaříme s cukrovkou (a s chutí). KD 16, 2: 10, 2018.

Hloch, O. Užitečné tabulky pro praxi nejen v interních oborech. KD 16, 1: 29, 2018.

Marek, J., Hána, V. et al. Endokrinologie. KD 16, 1: 51, 2018.

Pichlerová, D. Jak zhubnout a už nikdy nepřibrat. KD 16, 1: 8, 2018.

Rušavý, Z., Vařeková, J., Urbanec, T. Jak na to? aneb pohyb pro diabetiky (nejen) se zdravotními komplikacemi. KD 16, 2: 26, 2018.

Štechová, K. Příručka pro chlapce diabetiky aneb o sexu, otcovství a dalších důležitých věcech. KD 16, 2: 34, 2018.

Švihovec, J., Bultas, J., Anzenbacher, P. et al. Farmakologie. KD 16, 4: 47, 2018.

Zprávy z odborných akcí, tiskové zprávy, nekrology a rozhovory

19. dny dětské endokrinologie, Písek, 23.–24. 2. 2018. KD 16, 2: 67, 2018.

Aktuálně z firemních presymposií 54. Diabetologických dnů v Luhačovicích. KD 16, 2: 60–62, 2018.

Cena doc. Aloise Kopeckého za celoživotní přínos dětské endokrinologi pro MUDr. Helenu Vávrovou (rozhovor s MUDr. Helenou Vávrovou). KD 16, 2: 58–59, 2018.

Diabetes mellitus – oční komplikace 18. symposium, Olomouc, 14. 10. 2017. KD 16, 1: 42–51, 2018.

Odešel profesor MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc., FCLS (1930–2018). KD 16, 4: 49–50, 2018.

Odešel profesor MUDr. Jaroslav Rybka, DrSc. (21. 11. 1931 – 3. 7. 2018). KD 16, 3: 51, 2018.

Odešla další osobnost české endokrinologie – prof. MUDr. Václav Zamrazil, DrSc. (28. 9. 1936 – 27. 6. 2018). KD 16, 3: 63–64, 2018.

Kapitoly z historie

Bernhard Naunyn. KD 16, 3: 50, 2018.

Rosalyn Sussman Yalowová. KD 16, 4: 46–47, 2018.

Editorialy

Heslo dne – GDPR. KD 16, 2: 1
 Jak voláme do lesa? aneb o jedné hořké kávě. KD 16, 3: 1
 Kus duše máme ve střevěch. KD 16, 4: 1
 Šéfredaktor je nahý. KD 16, 1: 1

Articles – name list

4th Congress of the European Society for vascular Medicine, 43rd Czech Angiology Days 2018, Prague, 18.–20. 3. 2018. KD 16, 2: 53–57, 2018.
 A significant effect of therapy with a combination of metformin and pioglitazone in a patient with the type 2 diabetes mellitus. KD 16, 3: 26–28, 2018.
 A treatment with concentrated prandial insulin lispro 200 u/mL in a patient with the type 2 diabetes mellitus after liver transplantation. KD 16, 2: 32–34, 2018.
 A treatment with insulin glargine 300 U/mL as a part of an intensified insulin regimen in a patient with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus. KD 16, 1: 15–17, 2018.
 BGR-34EU: a novel ayurvedic remedy as a food supplement for patients with pre-diabetes and the type 2 diabetes mellitus. KD 16, 1: 52–53, 2018.
 Clinical experience with faster insulin aspart – Fiasp. KD 16, 2: 25–26, 2018.
 Close the stable after the horse has bolted... KD 16, 2: 69–72, 2018.
 Diabetes mellitus and biological clocks. KD 16, 2: 20–24, 2018.
 Fiasp – a novel option of influencing postprandial glycaemia. KD 16, 3: 30–32, 2018.
 Fiasp – the first experience. KD 16, 2: 29–31, 2018.
 How the patient with the type 2 diabetes mellitus previously treated with a combination of premixed insulins profited from a switch to insulin glargine 300 U/mL. KD 16, 2: 11–13, 2018.
 IDegLira – new hope for type 2 diabetes treatment. KD 16, 3: 15–18, 2018.
 Initiating treatment with fixed-ratio combination of basal insulin analogue and short-acting GLP-1 receptor agonist has led to a significant improvement in postprandial glycaemic control. KD 16, 4: 35–37, 2018.
 Insulin Fiasp (faster aspart) – story no. I. KD 16, 4: 29–31, 2018.
 Insulin glargine 300 U/ml (Toujeo) – an optimal basal insulin for a geriatric patient treated for type 1 diabetes mellitus. KD 16, 1: 18–21, 2018.
 Is the treatment using DPP-4 inhibitors long-term effective? KD 16, 3: 22–24, 2018.
 Is there still hope for her? KD 16, 4: 51–56, 2018.
 New trends in the treatment of proliferative diabetic retinopathy. KD 16, 2: 6–10, 2018.
 Paraneoplastic SIADH with hypoosmolar euvolemic hyponatremia. KD 16, 3: 58–61, 2018.
 Pioglitazone and its effect on lipid metabolism and on improving insulin resistance. KD 16, 2: 16–19, 2018.
 Plants with the potential anti-diabetic activity – part 3. KD 16, 1: 54–56, 2018.
 Plants with the potential anti-diabetic activity – part 4. KD 16, 2: 44–46, 2018.
 Position of IDegLira in the Consensus Statement of EASD/ADA 2018 for the management of type 2 diabetes. KD 16, 4: 14–16, 2018.
 Repaglinide and an example of its use in a clinical practice. KD 16, 1: 31–32, 2018.
 Seven years lasting monitoring of a patient with diabetes mellitus who underwent plication procedure in Obesity Clinic. KD 16, 1: 6–8, 2018.
 The achievement of a targeted diabetes control with a fixed combination of basal insulin and GLP-1 agonist (degludec + liraglutide). KD 16, 3: 13–14, 2018.
 The economic burden of a high amputation. KD 16, 1: 37–40, 2018.
 The ectopic lingual thyroid gland. KD 16, 3: 52–56, 2018.
 The effective adjustment of insulin therapy in a patient who is capable to perform self-monitoring and communicate via email. KD 16, 2: 14–15, 2018.
 The first experience with a use of a novel GLP-1 agonist Trulicity. KD 16, 1: 25–26, 2018.
 The individualized treatment of diabetes mellitus with a fixed combination of basal insulin and GLP-1 agonist (degludec plus liraglutide). KD 16, 1: 13–14, 2018.
 The initiation of the treatment with a flexible insulin regimen in a 4-year-old boy with the type 1 diabetes mellitus in an out-patient setting. KD 16, 4: 7–12, 2018.

- The long-lasting effect of early initiation of basal insulin therapy. KD 16, 2: 27–28, 2018.
- The recently diagnosed patient with the type 2 diabetes mellitus who was early stabilized after a timely initiation of a combined treatment with metformin and repaglinide. KD 16, 1: 27–29, 2018.
- The treatment with insulin glargin 300 U/mL with low glycaemic variability documented by CGMS in a patient with the type 1 diabetes mellitus. KD 16, 3: 36–38, 2018.
- The usage of self-titration algorithm for combining basal insulin in high dose with once weekly administered GLP-1 receptor agonists. KD 16, 3: 9–11, 2018.
- The usage of sequential wound management with UrgoClean Ag and UrgoStart dressing in the diabetic foot treatment. KD 16, 3: 39–42, 2018.
- The use of a continuous glucose monitoring in a treatment of newborn hypoglycaemia. KD 16, 3: 6–8, 2018.
- The use of Abasaglar (recombinant insulin glargine) in clinical practice. KD 16, 2: 35–36, 2018.
- The use of Humalog 200 U/mL in clinical practice. KD 16, 1: 23–24, 2018.
- The use of insulin Humalog 200 U/mL in a patient with the type 1 diabetes mellitus previously treated with high doses of insulin. KD 16, 4: 26–28, 2018.
- The use of modern therapeutic dressings with lipido-colloid layer (TLC) in local treatment of chronic plantar neuro-ischemic ulcer in patient with diabetes mellitus. KD 16, 2: 37–40, 2018.
- The use of therapeutic dressing UrgoStart in a treatment of ulceration in diabetic foot syndrome. KD 16, 1: 33–36, 2018.
- Thyreotoxicosis – is it really an easy diagnosis? KD 16, 2: 65–67, 2018.
- Treatment with fixed-ratio combination of basal insulin and short-acting GLP-1 receptor agonist – the beauty in simplicity. KD 16, 4: 19–20, 2018.
- Trulicity – a new motivation for patients. KD 16, 3: 34–35, 2018.
- Unusual cause of hypokalemic alkalosis – paraneoplastic Cushing's syndrome. KD 16, 1: 61–64, 2018.
- Weight reducing regimen as a part of preparing for bariatric surgery, in other words: Where does it start? KD 16, 1: 9–11, 2018.
- Xultophy – the optimal solution for the early intensification of insulin therapy. KD 16, 3: 19–21, 2018.