

SRDEČNÍ SELHÁNÍ U OSOB S DIABETEM

Antagonisté mineralokortikoidních receptorů jsou indikovány u symptomatických pacientů s HFrEF a diabetem léčených ACE inhibitory a beta-blokátory ke snížení rizika hospitalizace a úmrtí.

Přístrojová terapie ICD, CRT nebo CRT-D je doporučována stejně jako v nediabetické populaci.

Sartany jsou indikovány u symptomatických pacientů s HFrEF a diabetem netolerujících ACE inhibitory ke snížení rizika hospitalizace a úmrtí.

Sacubitril/valsartan je indikován místo ACE inhibitoru ke snížení rizika hospitalizace pro srdeční selhání či úmrtí u symptomatických pacientů léčených ACE inhibitorem, beta-blokátorem a antagonistou mineralokortikoidních receptorů.

Diuretika jsou doporučena ke zmírnění symptomů u pacientů se srdečním selháním se zachovalou ejekční frakcí (HFpEF), s ejekční frakcí ve středním pásmu (HFmrEF) i sníženou ejekční frakcí (HFrEF) se známkami kongesce tekutin.

Aliskiren není doporučován pro pacienty s HFrEF a diabetem pro riziko hypotenze, zhoršení renálních funkcí, hypokalemie a cévní mozkové příhody.

SGLT2 inhibitory (empagliflozin, canagliflozin a dapagliflozin) jsou doporučeny u osob s diabetem ke snížení rizika hospitalizace pro srdeční selhání.

Thiazolidindiony nejsou doporučeny u pacientů s rizikem srdečního selhání či srdečním selháním v anamnéze.

Saxagliptin není doporučen u pacientů s diabetem a rizikem srdečního selhání či srdečním selháním v anamnéze.

LÉČBA ARYTMÍ U OSOB S DIABETEM

Léčba novými perorálními antikoagulanty (NOAC) je preferovaná před warfarinem, a je doporučena u osob s diabetem starších 65 let s fibrilací síní a CHA2DS2-VASc skóre ≥ 2 , pokud nejsou přítomny kontraindikace.

Kardioverter-defibrilátor (ICD) je doporučován u osob s diabetem, symptomatickým srdečním selháním (NYHA II a III) a ejekční frakcí levé komory $\leq 35\%$ po 3 měsících doporučené farmakoterapie, a to v případě, že lze očekávat alespoň rok funkčně kvalitního života.

Kardioverter-defibrilátor (ICD) je doporučován u osob s diabetem a dokumentovanou komorovou fibrilací nebo hemodynamicky nestabilní komorovou tachykardií při nepřítomnosti reverzibilních příčin, popř. do 48 hodin po infarktu myokardu (IM).

Beta-blokátory jsou doporučovány v prevenci srdeční smrti u osob s diabetem a srdečním selháním a po akutním IM s ejekční frakcí levé komory $< 40\%$.

ONEMOCNĚNÍ PERIFERNÍCH TEPEN U OSOB S DIABETEM

Diagnostika a terapie onemocnění karotid (konzervativní, chirurgická, endovaskulární) se neliší od nediabetické populace.

Screening ischemické choroby dolních končetin (ICHDK) má být prováděn každý rok, s klinickým zhodnocením stavu končetin a/nebo měřením indexu kotníkového tlaku (ABI).

Každý pacient s diabetem a obzvláště s ICHDK má být edukován o syndromu diabetické nohy. K záchraně končetiny je zásadní časně odeslání do zařízení s multidisciplinárním týmem.

ABI $< 0,9$ je diagnostickým pro ICHDK nezávisle na symptomech; v případě symptomů jsou indikována další vyšetření zahrnující duplexní ultrazvuk.

Při ABI $> 1,4$ jsou indikována další neinvazivní vyšetření.

Duplexní sonografie je při podezření na ICHDK indikována jako metoda první volby.

Při zvažování revaskularizace v terénu ICHDK je indikována CT angiografie či MR angiografie.

U pacientů s diabetem a symptomatickou ICHDK je indikována antiagregační léčba.

U pacientů s diabetem a ICHDK ve velmi vysokém KV riziku je doporučeno snížení koncentrace LDL-cholesterolu nejméně o 50 % a současně dosažení cílové hodnoty LDL-cholesterolu $< 1,4$ mmol/l.

U pacientů s diabetem a chronickou kritickou končetinovou ischemií je vhodné zvážit rizika amputace; vhodné je Wifl skóre (Wound, Ischemia, foot Infection).

U pacientů s diabetem a chronickou kritickou končetinovou ischemií je pro záchranu končetiny indikována revaskularizace kdykoliv, pokud je proveditelná.

CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN U OSOB S DIABETEM

Každému pacientovi s diabetem mají být každoročně vyšetřeny renální funkce (eGFR) a albumino-kreatininový koeficient (ACR).