

Tab. 2. Praktická doporučení pro léčbu SGLT2 inhibitory u pacientů s chronickým srdečním selháním (1)

| |
|---|
| PROČ? |
| Ke zmírnění symptomů, ke snížení rizika hospitalizace pro srdeční selhání a KV úmrtí |
| KOMU a KDY? |
| Indikace: Dospělí pacienti se symptomatickým srdečním selháním s redukovanou ejekční frakcí |
| Kontraindikace: Prokázaná přecitlivělost na lék |
| Nedoporučuje se: 1. Těhotné a kojící pacientky 2. Pacienti s DM 1. typu 3. Pacienti s anamnézou ketoacidózy vzniklé bez zjevných precipitujících faktorů 4. Nasazovat dapagliflozin pacientům při eGFR < 25 ml/min/1,73m ² , v léčbě lze však pokračovat až do dialýzy (platí pro všechny indikace). Nasazovat ani užívat empagliflozin při eGFR < 20 ml/min/1,73m ² (platí pouze pro srdeční selhání) |
| Skupiny pacientů vyžadující speciální pozornost 1. Pacienti s hypotenzí 2. Pacienti s ketoacidózou v anamnéze 3. Pacienti léčení inzulinem či inzulinovými sekretagogy 4. Pacienti léčení diuretiky 5. Pacienti s ICHDK a zvýšeným rizikem vývoje diabetické nohy 6. Pacienti s recidivujícími močovými či genitálními infekcemi |
| JAKÉ SGLT2 INHIBITORY A V JAKÉ DÁVCE? |
| Dapagliflozin 10 mg 1x denně (počáteční dávka odpovídá dávce cílové) Empagliflozin 10 mg 1x denně (počáteční dávka odpovídá dávce cílové) |
| KDE ZAHÁJIT A DÁLE VÉST LÉČBU? |
| U většiny pacientů lze zahájit ambulantně (i s přihlédnutím k úhradovým podmínkám nejčastěji na kardiologické, interní či diabetologické ambulanci). U pacientů se sklonem k hypoglykemiím či na kombinované hypoglykemizující léčbě vhodná konzultace s lékařem, u něhož je pacient léčen pro DM (diabetologem, internistou, praktickým lékařem) U pacientů s těžším srdečním selháním, se sklonem k hypotenzii, se sníženou eGFR či léčených vyššími dávkami diuretik vhodná konzultace s lékařem se zkušenostmi v léčbě srdečního selhání U pacientů hospitalizovaných pro CHSS lze léčbu zahájit již v nemocnici |
| JAK VÉST LÉČBU |
| Před zahájením léčby Změřit TK, hmotnost, stanovit eGFR Věnovat dostatečnou pozornost poučení pacienta (viz CO KOMUNIKOVAT S PACIENTEM) Pravidelné sledování stavu hydratace a TK v průběhu léčby Zvážit úpravu hypoglykemizující léčby (zejména při častějším výskytu hypoglykemií a u pacientů léčených inzulinem či inzulinovými sekretagogy) Zvážit úpravu antihypertenzivní léčby (zejména u pacientů s hypotenzí) Zvážit úpravu diuretické léčby (zejména u pacientů bez hypervolemie či se sníženou renální funkcí) |
| V průběhu léčby Pravidelné sledování TK a stavu hydratace, pravidelné kontroly eGFR (vždy před zahájením souběžné léčby léčivými přípravky potencionálně snižujícími funkci ledvin, nejméně 1x/rok u pacientů s normální renální funkcí a nejméně 2x až 4x ročně u pacientů s eGFR < 60 ml/min/1,73 m ²) |
| ŘEŠENÍ PROBLÉMŮ |
| Hypotenze – pokles tlaku po zahájení léčby glifloziny je u většiny pacientů nevýrazný – asymptomatická hypotenze není důvodem k vysazení léčby glifloziny – u symptomatické hypotenze je vhodné zvážit redukci ostatních antihypertenzivně působících léků, v první řadě těch, které nemají příznivý vliv na prognózu a symptomy srdečního selhání |
| Hypohratace – při mírné volumové depleci redukce diuretik, zvýšení perorálního příjmu tekutin – zvýšená diuréza navozená glifloziny je akcentována u diabetiků s výraznými hyperglykemiemi, napomoci pak může i úprava antidiabetické terapie |
| Pokles eGFR – po nasazení gliflozinů dochází díky ovlivnění renální hemodynamiky k mírnému poklesu eGFR (obvykle o 3–5 ml/min/1,73 m ²), tento pokles není důvodem k vysazení gliflozinu (jen pokud neklesá pod 20 ml/min/1,73 m ² při léčbě empagliflozinem, u dapagliflozinu není dolní hranice) – při významnějším poklesu je potřeba zvážit redukci diuretik a léků ovlivňujících systém renin–angiotenzin–aldosteron |
| Hypoglykemie – úprava antidiabetické léčby, úprava příjmu potravy |
| Interkurentní infekční/horečnaté onemocnění s omezeným příjmem potravy (sick days), většinou chirurgický výkon v celkové anestezii – u diabetiků při nemožnosti pravidelného příjmu potravy gliflozin přechodně vysadit (19) |
| Genitální infekce – u nezávažných balanitid a vulvovaginitid není nutno léčbu přerušovat, ve většině případů dostačuje lokální antimykotická terapie (19) |
| Močové infekce – u závažnějších infekcí přerušit léčbu gliflozinem, standardní antibiotická léčba (19) |