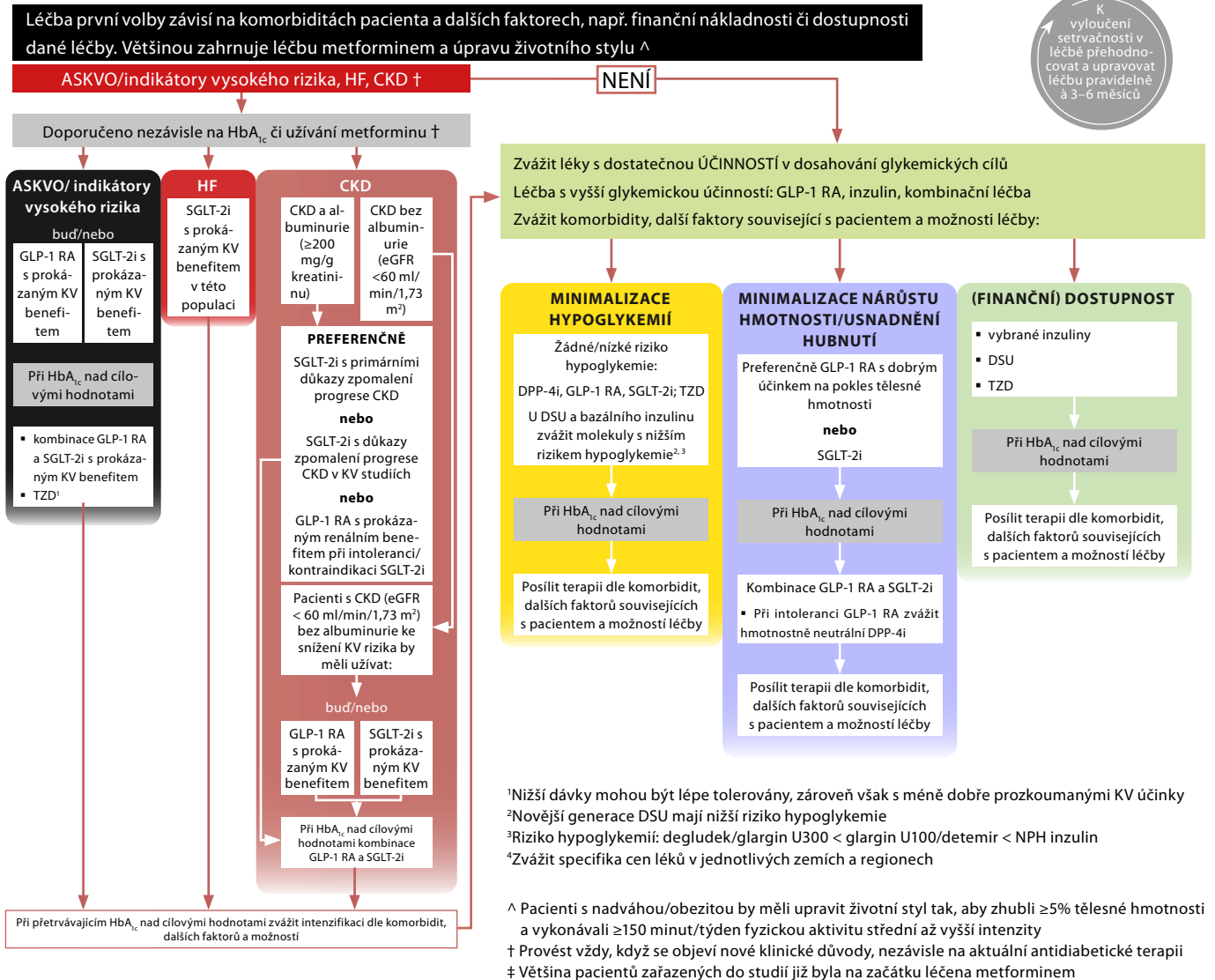


Obr. 1. Farmakologická léčba hyperglykemie u pacientů s diabetem 2. typu

Zkratky: ASKVO – aterosklerotické kardiovaskulární onemocnění; DPP-4i – inhibitory DPP4 (gliptiny); DSU – deriváty sulfonylurey; eGFR – odhadovaná rychlost glomerulární filtrace; GLP-1 RA – agonisté receptoru glukagon-like peptidu 1; HF – srdeční selhání; CKD – chronické onemocnění ledvin; KV – kardiovaskulární; TZD – thiazolidindiony

- Pacient s CKD a albuminurií by měl být léčen přednostně SGLT-2 inhibítorem. Při intoleranci nebo nepřítomnosti albuminurie jsou možné obě skupiny antidiabetik či jejich kombinace.

Pokud pacient nepatří do žádné zmíněné skupiny, můžeme vybírat antidiabetika dle dalších preferencí – s minimálním rizikem hypoglykemie (DPP-4 inhibitory, GLP-1 agonisty, SGLT-2 inhibitory, thiazolidindiony), s nejlepším vlivem na pokles tělesné hmotnosti (GLP-1 agonisty, SGLT-2 inhibitory) nebo cenově nejdostupnější (levné inzuliny, deriváty sulfonylurey, thiazolidindiony).

Rozsáhlá část „Standardů“ se zabývá diabetickým onemocněním ledvin (CKD). Značně se rozvolnila omezení při podávání SGLT-2 inhibitorů v terénu těžší renální insuficience – nově lze tyto léky podávat až do stadia CKD 4, tedy do odhadované glomerulární filtrace ≥ 0,25 ml/s. V klinické praxi je doporučeno důsledně kontrolovat albuminurii, a pokud přesáhne ≥ 300 mg/d (albumin-kreatininový

kvocient v moči ≥ 30 g/mol kreatininu), je třeba ji pro zpomalení progresy CKD intervencí snížit alespoň o 30 %. Pokud pacient s chronickým onemocněním ledvin neodpovídá dostatečně na léčbu SGLT-2 inhibítorem, je možné nově indikovat finerenon, nesteroidního antagonistu mineralokortikoidních receptorů (4). V České republice však zatím není k dispozici.

V léčbě nadváhy/obezity u pacientů s diabetem 2. typu je nově doporučen i silnější semaglutid 2,4 mg, který však zatím u nás není registrovaný. U pacientů léčených inzulinem však tato léčba má být dobře zvážena, neboť bylo při této kombinační terapii pozorováno vyšší riziko hypoglykemií.

Pacienti s diabetem 2. typu léčení inzulinem a nedostatečnou kompenzací mají místo navyšování dávky bazálního inzulinu nebo přidání prandiálního inzulinu dostat do kombinace GLP-1 agonistu. Taková kombinační terapie je ve většině případů nejen účinnější než intenzifikovaný inzulinový režim, ale rovněž podstatně bezpečnější