

vání léků s tím, že oddálí potřebu dialýzy, která je zatím někde v daleké budoucnosti, vyžaduje od lékaře především trpělivost a velkou přesvědčivost ve vyjadřování.

Jako shrnutí několik důležitých pravidel pro práci s glifloziny:

1. Jejich nasazení by mělo přijít co nejdříve, mějme na paměti, že riziko KVK stoupá již v raných stádiích CKD.
2. Po časných známkách CKD a CHSS je třeba aktivně pátrat, pacient je v tomto stadiu onemocnění často asymptomatický.
3. Současná doporučení říkají, že gliflozin by měl dostávat společně s inhibitory RAAS a statinem každý pacient s CKD až na taxativně vymezené výjimky. Česká verze doporučení byla publikována v tomto časopise před 3 roky (22).
4. Léčba gliflozinem by měla trvat až do konečného stadia selhání ledvin, tj. do přechodu na dialýzu nebo do transplantace ledviny.
5. Efektivita gliflozinu se posuzuje podle dlouhodobého poklesu funkce ledvin, nikoliv podle jejich akutních a přechodných změn.

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: Prohlášení o původnosti: Publikace byla zpracována s využitím uvedené literatury a nebyla publikována ani zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Žádný. **Financování:** Ne. **Poděkování:** N/A. **Registrace v databázích:** N/A. **Projednáni etikou komisí:** N/A.

LITERATURA

1. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories. *Lancet*. 2018;392(10159):2052-2090.
2. Ehrenkranz JR, Lewis NG, Kahn CR, Roth J. Phlorizin: a review. *Diabetes Metab Res Rev*. 2005;21(1):31-38.
3. Jörgens V. The roots of SGLT inhibition: Laurent-Guillaume de Koninck, Jean Servais Stas and Freiherr Josef von Mering. *Acta Diabetol*. 2019;56(1):29-31.
4. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2015;373(22):2117-2128.
5. Heerspink HJL, Stefánsson BV, Correa-Rotter R, et al. Dapagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease. *N Engl J Med*. 2020;383(15):1436-1446.
6. Nuffield Department of Population Health Renal Studies Group; SGLT2 inhibitor Meta-Analysis Cardio-Renal Trialists' Consortium. Impact of diabetes on the effects of sodium glucose co-transporter-2 inhibitors on kidney outcomes: collaborative meta-analysis of large placebo-controlled trials. *Lancet*. 2022;400(10365):1788-1801.
7. Abdul-Ghani MA, DeFronzo RA, Norton L. Novel hypothesis to explain why SGLT2 inhibitors inhibit only 30-50 % of filtered glucose load in humans. *Diabetes*. 2013;62(10):3324-3328.
8. Hostetter TH, Olson JL, Rennke HG, Venkatachalam MA, Brenner BM. Hyperfiltration in remnant nephrons: a potentially adverse response to renal ablation. *Am J Physiol*. 1981;241(1):F85-F93.
9. Brenner BM, Meyer TW, Hostetter TH. Dietary protein intake and the progressive nature of kidney disease: the role of hemodynamically mediated glomerular injury in the pathogenesis of progressive glomerular sclerosis in aging, renal ablation, and intrinsic renal disease. *N Engl J Med*. 1982;307(11):652-659.
10. MacKay, Eaton M., MacKay, Lois Lockard and Addis, T. FACTORS WHICH DETERMINE RENAL WEIGHT. *American Journal of Physiology-Legacy Content* September 1928 86(2):459
11. Lindner, A., Charra, B., Sherrard, D. J., & Scribner, B. H. (1974). Accelerated atherosclerosis in prolonged maintenance hemodialysis. *N Engl J Med*. 1974;290(13):697-701.
12. Nohria A, Hasselblad V, Stebbins A, et al. Cardiorenal interactions: insights from the ESCAPE trial. *J Am Coll Cardiol*. 2008;51(13):1268-1274.
13. Mullens W, Abrahams Z, Francis GS, et al. Importance of venous congestion for worsening of renal function in advanced decompensated heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2009;53(7):589-596.
14. Ronco C, Haapio M, House AA, Anavekar N, Bellomo R. Cardiorenal syndrome. *J Am Coll Cardiol*. 2008;52(19):1527-1539.
15. Griffin M, Rao VS, Ivey-Miranda J, et al. Empagliflozin in Heart Failure: Diuretic and Cardiorenal Effects. *Circulation*. 2020;142(11):1028-1039.
16. Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu CY. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med*. 2004;351(13):1296-1305.
17. van der Velde M, Matsushita K, Coresh J, et al. Lower estimated glomerular filtration rate and higher albuminuria are associated with all-cause and cardiovascular mortality. A collaborative meta-analysis of high-risk population cohorts. *Kidney Int*. 2011;79(12):1341-1352.
18. Rasalam R, Sindone A, Deed G, Audehm RG, Atherton JJ. State of precision medicine for heart failure with preserved ejection fraction in a new therapeutic age. *ESC Heart Fail*. Published online January 23, 2025. doi:10.1002/ehf2.15205
19. Chandramohan D, Simhadri PK, Jena N, Palleti SK. Strategies for the Management of Cardiorenal Syndrome in the Acute Hospital Setting. *Hearts*. 2024; 5(3):329-348.
20. Katz SD. In search of euvoemia in heart failure. *JACC Heart Fail*. 2014;2(3):306-307.
21. Tada A, Burkhoff D, Naser JA, et al. Dapagliflozin Enhances Arterial and Venous Compliance During Exercise in Heart Failure With Preserved Ejection Fraction: Insights From the CAMEO-DAPA Trial. *Circulation*. 2024;150(13):997-1009.
22. Víklík O, Ryšavá R, Tesař V, Rychlík I, Prázný M, Češka R, Haluzík M. Expertní stanovisko ke spolupráci diabetologů a internistů s nefrology v péči o nemocné s chronickým onemocněním ledvin. *Vnitřní Lékař*. 2022;68(7):426-431.

Připravujeme pro diabetology

2026

29. ledna **Olomouc**

12. února **Plzeň**

12. května **Praha**

