

SGLT2 inhibitory v kardiologii, nefrologii a diabetologii: kdo je „must-have“, jak je nasazovat a kdy vysazovat

Jan Škrha

3. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

SGLT2 inhibitory neboli glifloziny, původně vyvinuté jako perorální antidiabetika s mírným diuretickým a glykosurickým efektem, se postupně staly základním pilířem léčby srdečního selhání a chronického onemocnění ledvin, a to bez ohledu na přítomnost diabetu. Tento článek má za cíl shrnout aktuální postavení SGLT2i napříč obory vnitřního lékařství, definovat optimálního pacienta pro jejich nasazení a poskytnout praktický návod pro jejich bezpečný management, se zvláštním zřetelem na perioperační péči.

Klíčová slova: SGLT2 inhibitory, glifloziny, srdeční selhání, chronické onemocnění ledvin, euglykemická ketoacidóza.

SGLT2 inhibitors in cardiology, nephrology, and diabetes care: who should take them, how to start treatment, and when to discontinue

SGLT2 inhibitors, also known as gliflozins, were originally developed as oral antidiabetic agents with mild diuretic and glycosuric effects; they have gradually become a cornerstone of treatment for heart failure and chronic kidney disease, regardless of the presence of diabetes. This article aims to summarize the current status of SGLT2i across internal medicine specialties, define the optimal patient for their use, and provide practical guidance for their safe management, with particular emphasis on perioperative care.

Key words: SGLT2 inhibitors, gliflozins, heart failure, chronic kidney disease, euglycemic ketoacidosis.

Úvod

Poslední dekáda přinesla v diabetologii myšlenkový zlom. Léčba diabetu 2. typu (DM2) již není striktně glukocentrická a naopak ovlivňuje celou řadu významných komorbidit. SGLT2 inhibitory (SGLT2i, inhibitory sodíko-glukózového kotransportéru 2) neboli glifloziny, původně vyvinuté jako perorální antidiabetika s mírným diuretickým a glykosurickým efektem, se postupně staly základním pilířem léčby srdečního selhání (HF) a chronického onemocnění ledvin (CKD), a to bez ohledu na přítomnost diabetu. Aktuální postavení SGLT2i napříč obory vnitřního lékařství tak ukazuje význam těchto léků v moderní farmakoterapii.

Proč mění SGLT2i guidelines

Historický milník představovala studie EMPA-REG OUTCOME, která jako první prokázala, že empagliflozin u pacientů s DM2

a preexistujícím kardiovaskulárním (KV) onemocněním snižuje KV mortalitu o 38 % a riziko hospitalizace pro srdeční selhání o 35 % (1). Tento benefit byl nezávislý na poklesu glykovaného hemoglobinu (HbA_{1c}). Následovaly studie, které definitivně etablovaly SGLT2i v kardiologii. DAPA-HF a EMPEROR-Reduced prokázaly signifikantní snížení KV mortality a hospitalizací pro HF, a to i u pacientů bez diabetu, u pacientů se srdečním selháním s redukovanou ejekční frakcí (HFrEF) (2, 3). Následně studie EMPEROR-Preserved a DELIVER jako první v historii prokázaly zásadní benefit (snížení kompozitního cíle KV úmrtí a hospitalizace pro HF) i u pacientů se srdečním selháním se zachovalou ejekční frakcí (HFpEF), pro které do té doby neexistovala efektivní léčba (4, 5).

Nefrologické studie CREDENCE, DAPA-CKD, EMPA-KIDNEY navíc jasně demonstrovaly zpomalení progresu renální insuficience a oddálení