

nutnosti dialýzy u širokého spektra pacientů s chronickým onemocněním ledvin (opět i bez přítomnosti diabetu) (6, 7).

Kdo je „must-have“ pacient pro SGLT2 inhibitor?

Z pohledu běžné interní praxe je nezbytné aktivně vyhledávat pacienty, kteří z léčby profitují nejvíce. Lze je rozdělit do tří základních skupin:

1. Pacient s diabetem 2. typu a vysokým kardiovaskulárním rizikem: Pacient s DM2 a dokumentovaným aterosklerotickým KV onemocněním, po infarktu myokardu, s ischemickou chorobou dolních končetin nebo po CMP. Zde je vhodné nasadit SGLT2i (optimálně spolu s inkretinovou terapií) primárně pro redukcí MACE (Major Adverse Cardiovascular Events), samozřejmě i s výrazným efektem na zlepšení kompenzace diabetu.
2. Pacient se srdečním selháním (s jakoukoliv ejekční frakcí (EF), s diabetem i bez něj): Každý symptomatický pacient se srdečním selháním by měl mít v medikaci SGLT2i. V případě HFrEF tvoří jeden ze čtyř pilířů účinné farmakoterapie (spolu s ARNI/ACEi, beta-blokátory a MRA). U HFpEF jde o jedinou plně evidence-based terapii zlepšující hlavní KV endpointy.
3. Pacient s chronickým onemocněním ledvin (s diabetem i bez něj): Pacienti s eGFR (odhadovanou glomerulární filtrací) $> 0,33 \text{ ml/s/1,73 m}^2$ ($> 20 \text{ ml/min/1,73 m}^2$), případně přítomnou albuminurií, jsou optimální kandidáti k terapii SGLT2i, které dramaticky zpomalují pokles renálních funkcí. Přibývají rovněž data o nefroprotektivitě inkretinové léčby, její účinnost je však ve srovnání s SGLT2i nižší.

Praktické nasazení v ordinaci

Nasazení SGLT2i je z klinického hlediska velmi bezpečné a nevyžaduje složitou titraci dávky. Dávka je „one-size-fits-all“ (např. empagliflozin 10 mg 1x denně, dapagliflozin 10 mg 1x denně).

Pravidla a doporučení při iniciaci:

- **Diabetes v anamnéze:** SGLT2i by měl být základní součástí léčby diabetu 2. typu, obzvláště pokud spadá do jedné z výše

uvedených skupin. Ve vztahu k stávající antidiabetické medikaci konkrétního pacienta je vhodné posoudit riziko hypoglykemie. V roce 2023 vydala Česká diabetologická společnost „Doporučení pro mezioborovou spolupráci při zahájení léčby SGLT-2 inhibitory z jiných než diabetologických indikací“, které názorně ukazuje, u kterého pacienta s diabetem je vhodné nasazení SGLT2 inhibitoru předem s diabetologem konzultovat (Obr. 1) (8). Jedná se hlavně o osoby léčené hypoglykemizujícími antidiabetiky (inzuliny, deriváty sulfonylurey, glinidy) se zvýšeným rizikem rozvoje hypoglykemie ($\text{HbA}_{1c} < 53 \text{ mmol/mol}$, četné hypoglykemie dle selfmonitoringu, snížená glomerulární filtrace s $\text{eGFR} < 0,75 \text{ ml/s/1,73 m}^2$ ($< 45 \text{ ml/min/1,73 m}^2$), popř. porušené rozpoznávání hypoglykemiemi). Léčba SGLT2 inhibitory u pacientů s diabetem 1. typu by měla být vždy předem konzultována s diabetologem, nejen pro riziko hypoglykemie, ale také euglykemické ketoacidózy (viz níže). SGLT2i by neměly být nově nasazovány (popř. by měly být raději dočasně vysazeny, pokud již jsou součástí chronické medikace) u osob s aktivní ulcerací v rámci syndromu diabetické nohy (10).

- **Renální funkce:** Lze iniciovat při $\text{eGFR} > 0,33 \text{ ml/s/1,73 m}^2$ ($> 20 \text{ ml/min/1,73 m}^2$). Nelze očekávat významný hypoglykemizující efekt při $\text{eGFR} < 0,75 \text{ ml/s/1,73 m}^2$ ($< 45 \text{ ml/min/1,73 m}^2$), ale kardio-renální protekce je plně zachována. Po nasazení je běžný iniciální, reverzibilní pokles eGFR (tzv. „eGFR dip“ o cca 10–15 %), který není důvodem k vysazení léčby; naopak predikuje dlouhodobý renoprotektivní efekt.
- **Kombinace s inkretinovou léčbou:** jedná se o velmi potentní kombinaci nejen při dosahování optimální kompenzace diabetu (bez významného nárůstu rizika hypoglykemie), ale také při redukcí tělesné hmotnosti, KV rizika a progresu renální insuficience.
- **Kombinace s diuretiky:** SGLT2i mají mírný natriuretický/osmotický efekt. U euvolemických pacientů na vyšších dávkách kličkových diuretik je vhodné zvážit mírnou redukcí dávky furosemidu (cca o 25–50 %), aby se předešlo depleci volumu a hypotenzi.

Obr. 1. Nasazení SGLT2 inhibitoru pacientovi s již léčeným diabetem (8)

