

- **Kombinace s antihypertenzivy:** SGLT2i přispívají svým diuretickým efektem k mírnému poklesu krevního tlaku. Proto je vhodné zvážit částečnou redukci dávky antihypertenziv, popř. alespoň poučit pacienta o této možnosti v případě hypotenze.
- **Edukace pacienta:** Zásadní je edukace o genitální hygieně (prevence mykotických infekcí, které jsou nejčastějším, byť benigním nežádoucím účinkem) a varování před stavy spojenými s dehydratací. Zároveň je vhodné poučit pacienta o tzv. Sick-day rules a vhodném vysazování medikace před operací (Tab. 1).

Perioperační management a syndrom euglykemické diabetické ketoacidózy (euDKA)

Perioperační vysazování gliflozinů je vysoce aktuálním tématem, které v klinické praxi naráží na nedostatečnou informovanost. Chirurgický stres, lačnění a deplece tekutin u pacientů užívajících SGLT2i představují riziko rozvoje euglykemické diabetické ketoacidózy (euDKA) (9). SGLT2i snižují glykemii exkrecí glukózy, což vede k poklesu plazmatického inzulínu a vzestupu glukagonu. Tento posun v poměru inzulín/glukagon stimuluje lipolýzu a hepatální ketogenezi. Během chirurgického stresu se uvolňují další kontraregulační hormony (katecholaminy, kortizol). Nízká hladina plazmatické glukózy (díky glykosurii) může maskovat rozvíjející se ketoacidózu – pacienti mají těžkou metabolickou acidózu s ketonemií, ale glykemie je často < 14 mmol/l (proto „euglykemická“).

Dle stanoviska FDA, EMA a doporučení odborných společností (např. ADA, EASD) je nutné **včasně vysadit medikaci před elektivním chirurgickým výkonem spojeným s lačněním či narušením příjmu potravy** – optimálně **3 dny** před výkonem [dapagliflozin (Forxiga),

empagliflozin (Jardiance), kanagliflozin (Invokana)], resp. **4 dny** [ertugliflozin (Steglatro)].

U urgentních výkonů, kde nelze lék s předstihem vysadit, musí být pacient pečlivě monitorován – zásadní je měření acidobazické rovnováhy a **přímé měření hladiny ketolátů v krvi** (beta-hydroxybutyrát, pokud je měření k dispozici), nikoliv pouze ketonů v moči. Pokud se rozvine euDKA, lékem volby je masivní hydratace a kontinuální intravenózní infuze inzulínu (současně s glukózou, aby se zabránilo těžké hypoglykemii, jelikož glykemie není vysoká).

Léčbu SGLT2i lze po operaci znovu zahájit až v momentě, kdy je pacient plně stabilizovaný, normovolemický, schopen přijímat plnou perorální stravu a nemá žádné znaky probíhající infekce či akutního selhání ledvin.

Tab. 1. Perioperační protokol SGLT2i a „Sick-day rules“

Fáze péče	Klinický postup u pacientů na SGLT2i
Ambulantní příprava (3–4 dny před operací)	Vysazení SGLT2i (dapagliflozin/empagliflozin: 3 dny, ertugliflozin: 4 dny). Náhrada jiné antidiabetické medikace dle aktuální glykemie (zejm. u DM2 pacientů občas nutnost přechodu na inzulínový režim).
Den operace a hospitalizace	Monitoring acidobazické rovnováhy a ketonemie (při podezření na nauzeu, zvracení, tachykardii, tachypnoii). Udržování adekvátní hydratace.
Management emergentních stavů (euDKA)	Při diagnóze euDKA ihned zahájit i. v. podávání inzulínu v kombinaci s i. v. roztoky glukózy a agresivní hydrataci krystaloidy.
Pooperační obnova terapie	Re-iniciace SGLT2i až po obnovení plného p. o. příjmu a dosažení plné hemodynamické stability.
Běžná „Sick-day rules“ (pacient doma)	Dočasné přerušení medikace SGLT2i při akutních gastrointestinálních infekcích, průjmech, zvracení nebo akutních febrilitách k prevenci dehydratace a akutního renálního selhání.

Tab. 2. Úhradové podmínky SGLT2 inhibitorů, stav dle SÚKL k 1. 8. 2026

	empagliflozin (Jardiance)	dapagliflozin (Forxiga)	kanagliflozin (Invokana)	ertugliflozin (Steglatro)
DM	DM2, HbA _{1c} > 53 mmol/mol (+ metformin) n. > 60 mmol/mol (+ inzulín), za 6 měsíců: HbA _{1c} -7 %, hmotnost -2 % (specializace dle velikosti balení, viz níže) 30/90 tbl, 28/100 tbl	(DIA, END, INT, NEF, GER) 30/90 tbl	DM2, HbA _{1c} > 60 mmol/mol, metformin n. inzulín, za 6 měsíců: HbA _{1c} -7 %, hmotnost -2 % (DIA, END, INT, NEF) 30/100 tbl	(DIA, END, INT) 28/98 tbl
HF	HFrEF s EF ≤ 40 % a NYHA 2+, HF th, eGFR > 20 ml/min (> 0,33 ml/s) (specializace dle velikosti balení, viz níže) 30/90 tbl, 28/100 tbl HFpEF s EF > 40 % a NYHA 2+, NT-proBNP > 300 pg/ml (> 600 pg/ml u FiS), eGFR > 20 ml/min (> 0,33 ml/s) (DIA, END, INT, KAR, ANG, GER, NEU) 28/100 tbl	HFrEF s EF ≤ 40 % a NYHA 2+, HF th, eGFR > 25 ml/min (> 0,42 ml/s) (INT, KAR, ANG) 28/98 tbl HFpEF s EF > 40 % a NYHA 2+, NT-proBNP > 300 pg/ml (> 600 pg/ml u FiS), eGFR > 25 ml/min (> 0,42 ml/s) (INT, KAR, ANG) 28/98 tbl		
CKD	eGFR 0,33–0,75 ml/s (20–45 ml/min) DM2 a eGFR 0,75–1,25 ml/s (45–75 ml/min) eGFR 0,75–1,5 ml/s (45–90 ml/min) a UACR ≥ 22,6 mg/mmol (≥ 200 mg/g) /popř. UPCR ≥ 33,9 mg/mmol (≥ 300 mg/g)/ (DIA, END, INT, KAR, ANG, GER, NEF) 30/90 tbl	eGFR 0,33–0,75 ml/s (20–45 ml/min) DM2 a eGFR 0,33–1,25 ml/s (20–75 ml/min) eGFR 0,75–1,5 ml/s (45–90 ml/min) a UACR ≥ 22,6 mg/mmol (≥ 200 mg/g) (DIA, END, INT, NEF, GER) 30/90 tbl	DM2 a eGFR 0,5 (100 mg)/ 1 (300 mg)–1,25 ml/s (30/60–75 ml/min) DM2 a eGFR 1,25–1,5 ml/s (75–90 ml/min) a UACR ≥ 22,6 mg/mmol (≥ 200 mg/g) (DIA, END, INT, NEF) 30/100 tbl	