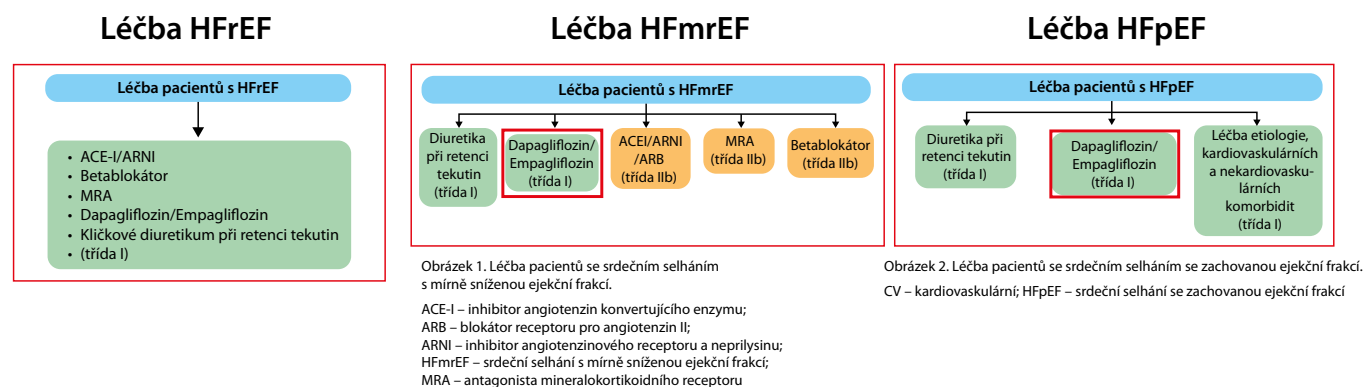


Obr. 4. Doporučení Evropské kardiologické společnosti (ESC) pro léčbu inhibitory SGLT2

Reference

1. Mc Donagh et al. *European Heart Journal* (2021) 42, 3599–3726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368
2. Mc Donagh et al. *European Heart Journal* (2023) 00, 1–13. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad195

Doporučení pro terapii inhibitory SGLT2

Podle současných doporučení European Society of Cardiology jsou inhibitory SGLT2 (empagliflozin, dapagliflozin) indikovány u pacientů se srdečním selháním se zachovanou ejekční frakcí (HFpEF) ke snížení rizika hospitalizací pro srdeční selhání a kardiovaskulární mortality, a to s třídou doporučení I a úrovní důkazů A (Obr. 4). Toto doporučení vychází z výsledků studií EMPEROR-Preserved a DELIVER a jejich následných metaanalýz.

Obdobně jsou inhibitory SGLT2 doporučeny i u pacientů se srdečním selháním s mírně sníženou ejekční frakcí (HFmrEF) a se sníženou ejekční frakcí (HFrEF), rovněž s třídou doporučení I a úrovní důkazů A, ke snížení rizika hospitalizací pro srdeční selhání a kardiovaskulární mortality. Tyto léky tak představují základní součást farmakoterapie napříč spektrem srdečního selhání bez ohledu na ejekční frakci levé komory.

Závěr

Glifloziny prokazatelně přinášejí významný kardiovaskulární i renální benefit při zachování příznivého bezpečnostního profilu, a měly by proto být vnímány jako základní součást léčby napříč celým spektrem srdečního selhání, včetně pacientů s HFpEF. Vzhledem k časté polymorbiditě těchto nemocných, zejména v kombinaci srdečního selhání, chronického one-

mocnění ledvin a diabetu, je klíčová mezioborová spolupráce kardiologů, nefrologů, diabetologů i dalších specialistů. Lékař, který má možnost léčbu inhibitory SGLT2 zahájit, by neměl její nasazení zbytečně odkládat, případně by měl pacienta včas odeslat ke specialistovi s jasným doporučením. Navzdory přesvědčivým důkazům zůstává v České republice využití této léčby nedostatečné – glifloziny jsou indikovány pouze přibližně u 15 % pacientů s kardiorenálním syndromem.

Mimo akutní péči, kde je zahájení léčby inhibitory SGLT2 již standardem, může přetrvávat určitá zdrženlivost k jejich nasazení, často z důvodu nedostatečné znalosti jejich kardiorenálních benefitů. Glifloziny byly dlouhou dobu vnímány především jako hypoglykemická léčba, což může přispívat k jejich nedostatečnému využití v jiných indikacích.

Obavy z urogenitálních infekcí by neměly být důvodem k odkládání terapie, protože tyto nežádoucí účinky jsou většinou mírné a dobře léčitelné.

Na základě zkušeností z ambulantní i intenzivní péče o pacienty se srdečním selháním představují glifloziny zásadní terapeutický pokrok. Jejich včasné nasazení může významně ovlivnit kvalitu života pacientů i jejich dlouhodobou prognózu.

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. **Registrace v databázích:** N/A. **Projednání etickou komisí:** N/A.

LITERATURA

1. Pudil R. Srdeční selhání. 2. vyd. Praha: Maxdorf 2023: 168. ISBN 978-80-7345-756-3.
2. Malik J, et al. Echokardiografie u pacientů s chronickým onemocněním ledvin a úvod do kardionefrolgie. Maxdorf: Czech Republic 2018:35. ISBN 978-80-7345-566-8.
3. Hegarová M, et al. Kardiorenální syndrom v kontextu srdečního selhání a inhibitory SGLT2. *Acta medica*. 2025;14(1–2):27.
4. Heerspink HJL, et al. Dapagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease. *The New England Journal of medicine*. 2020;383(15):1437.
5. Wiviott SD, Raz I, Bonaca MP, et al. Dapagliflozin and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *The New England Journal of medicine*. 2019;380(4):350.
6. McMurray JJV, Solomon SD, Inzucchi SE, et al. Dapagliflozin in patients with heart failure and reduced ejection fraction. *The New England Journal of medicine*. 2019;381(21):1995.
7. Solomon SD, McMurray JJV, Anand IS, et al. Dapagliflozin in heart failure with mildly reduced or preserved ejection fraction. *The New England Journal of medicine*. 2022; 387(12):1089.
8. Heerspink HJL, Stefánsson BV, Correa-Rotter R, et al. Dapagliflozin in patients with chronic kidney disease. *The New England Journal of medicine*. 2020;383(15):1440.
9. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *The New England Journal of medicine*. 2015;373(22):2120.
10. Packer M, Anker SD, Butler J, et al. Empagliflozin in patients with heart failure and reduced ejection fraction. *The New England Journal of medicine*. 2020;383(15):1413.
11. Anker SD, Butler J, Filippatos G, et al. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. *The New England Journal of medicine*. 2021;385(16):1451.
12. Herrington WG, Staplin N, Wanner C, et al. Empagliflozin in patients with chronic kidney disease. *The New England Journal of medicine*. 2023;388(2):117.
13. Bhatt DL, Szarek M, Steg PG, et al. Sotagliflozin in patients with diabetes and recent worsening heart failure. *The New England Journal of medicine*. 2021;384(2):118.
14. Bhatt DL, Szarek M, Pitt B, et al. Sotagliflozin in patients with diabetes and chronic kidney disease. *The New England Journal of medicine*. 2021;384(2):129.
15. Neal B, Perkovic V, Mahaffey KW, et al. Canagliflozin and cardiovascular and renal events in type 2 diabetes. *The New England Journal of medicine*. 2017;377(7):647.
16. Cannon CP, Pratley R, Dagogo-Jack S, et al. Cardiovascular outcomes with ertugliflozin in type 2 diabetes. *The New England Journal of medicine*. 2020;383(15):1425.