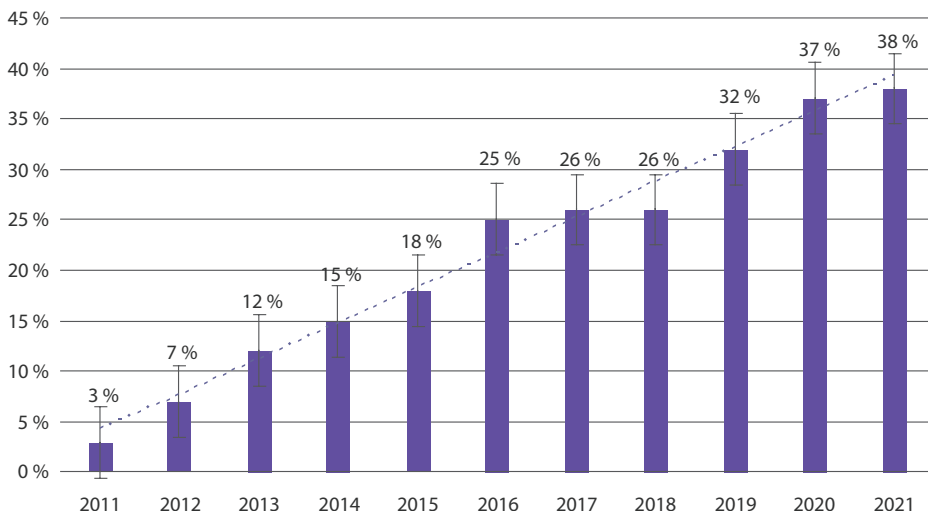
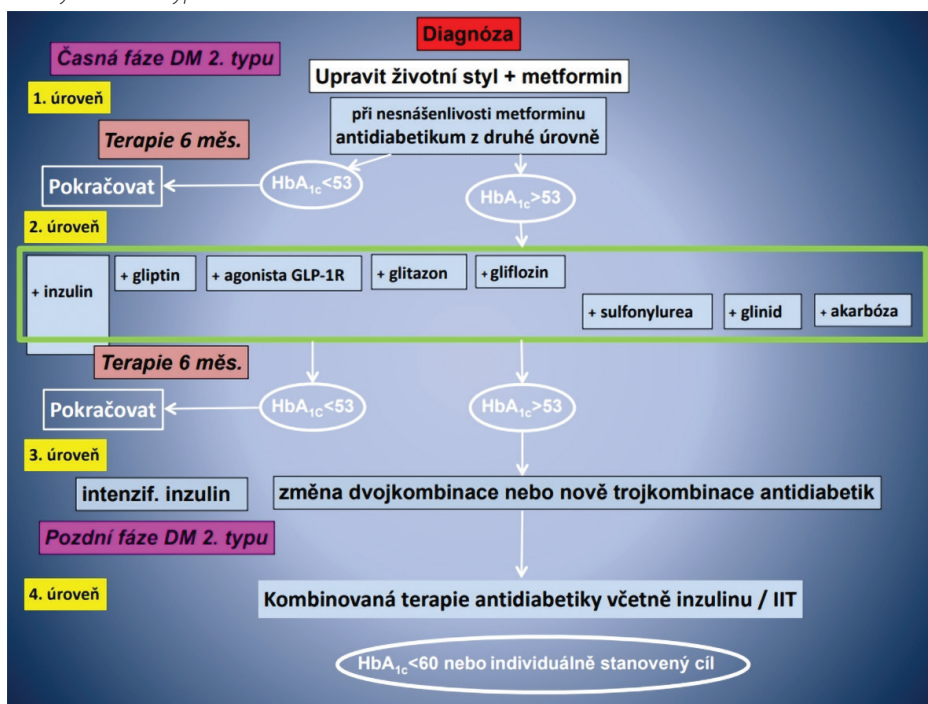


Graf 5. Vzestup užití DPP4 inhibitorů v kombinaci s MET v 2011–2021



Obr. 1. Doporučení České diabetologické společnosti 2017 pro algoritmus léčby hyperglykemie u nemocných s DM 2. typu



než u nemocných bez DM. Těsná kontrola glykemie a krevního tlaku u hypertenze zlepšuje stav tepen na několika úrovních (13).

DM2T, který se objevil ve středním věku s trváním choroby přes 30 roků, má u poloviny zachovalou nebo i zvýšenou inzulínovou sekreci, zatímco druhá polovina ji má sníženou, případně zcela vyhaslou (14). S dobou trvání diabetu se obvykle zhoršují i možnosti kompenzace a vyžaduje úpravy medikace.

Medikamentózní léčba je užitá tam, kde by dietní a režimová opatření byla nedostačující. Základním předpokladem možného použití neinzulinových preparátů je zachova-

ná inzulínová sekrece. Klíčovou roli při jejich výběru bude sehrávat (15) vedle jejich efektu, kardiovaskulární (KV) a renální bezpečnost, komorbidit, věk, riziko hypoglykemie, obezita a v neposlední řadě i cena (16). Sachinidis (7) poukazuje na skupinu léků s inkretinovým efektem (IBTs) jako na zcela nový přístup v terapii DM2T.

Lékem 1. volby, který představuje zlatý standard, zůstává stále metformin (15). Je vhodný u obézních diabetiků, neboť působí i mírně anorekticky (17). Hypoglykemií nevyvolává. Je možno jej kombinovat (18, 19, 20, 21) s novými antidiabetiky.

DPP4 inhibitory – gliptiny (sitagliptin, vildagliptin, linagliptin, alogliptin, saxagliptin) se považují dnes za léky druhé volby u diabetiků bez přítomnosti aterosklerotického onemocnění a u seniorské populace (20, 22). Zvyšují hladiny inkretinů (GIT hormony produkované postprandiálně) – GLP-1 a GIP tím, že inhibují enzym DPP4. Zvyšují tvorbu inzulínu, blokují sekreci glukagonu a snižují jaterní glukoneogenezi (20). Gliptiny na rozdíl od preparátů sulfonylmočoviny mají nízké riziko vzniku lékových interakcí a těžkých hypoglykemií (19). Z kardiovaskulárního (KV) hlediska je jejich užití bezpečné (12), jak dokladují studie SAVOR-TIMI u saxagliptinu (23, 24), TECOS se sitagliptinem (11), EXAMINE s alogliptinem (25) a CAROLINA, CARMELINA s linagliptinem (26, 27). Neovlivňují hmotnost a mají jen malé riziko rozvoje akutní pankreatitidy (28). Linagliptin lze užívat u CHRI (renální exkrece jen 1%). V našem souboru nemocných jsme v souladu s literaturou zaznamenali zcela plynulý vzestup jejich užití mezi roky 2011 až 2021 ze 3% na 26,5% (graf 2) a v kombinaci s metforminem ze 3% na 38% (graf 5).

Glifloziny – inhibitory transportérů SGLT-2 (dapagliflozin, kanagliflozin a empagliflozin) představují rovněž novou skupinu antidiabetik. Zvyšují výdej glukózy močí mechanismem selektivní a reverzibilní inhibice sodíko-glukózového kotransportéru SGLT-2 v proximálním tubulu ledvin. Kromě zlepšení kompenzace DM snižují rovněž hmotnost, krevní tlak u hypertoniků, snižují KV morbiditu ve formě srdečního selhání, infarktu, iktu (6, 29) i mortalitu (12) a mají nefroprotektivní efekt (30), jak dokladují studie EMPAREG-OUTCOME s empagliflozinem (31), CANVAS s kanagliflozinem (32) a DECLARE-TIMI 58 s dapagliflozinem (33). Bae (34) poukazuje na jejich příznivý vliv na albuminurii a těžké chronické renální selhání. Jejich nefroprotektivita je větší ve srovnání s DPP4i (35). Nevykazují riziko těžké hypoglykemie ani amputací dolních končetin a jedincům s vyššími KV riziky by měly být nasazovány přednostně (29). Mají podobně jako GLP1 agonisté vyšší nefroprotektivitu (30). V našem souboru byl jejich vzestup s ohledem na nutnost dodržení preskripčních omezení z 1% v 2014 na 4% v 2021 (graf 3).

Inkretinová mimetika – agonisté GLP1 receptorů, též analoga GLP1 (exenatid, lirag-