

Léčba diabetika v praxi

/cyklus sympózií 2024/

Sborník abstrakt



7. října

Ostrava

Hotel Imperial, Tyršova 1250



14. října

Plzeň

Hotel Ibis, Univerzitní 65



21. října

Hradec Králové

Hotel Černigov, Riegrovo nám. 1494



30. října

Praha

Lékařský dům, Sokolská 490/31, Praha 2



4. listopadu

on-line ze studia

Lékařský dům, Sokolská 490/31, Praha 2

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.



Prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc., lékař a profesor II. interní kliniky FN u sv. Anny v Brně a LF MU, vystudoval obor všeobecné lékařství na Univerzitě J. E. Purkyně v roce 1976. Poté nastoupil jako sekundární lékař do nemocnice v Boskovicích a od roku 1977 je zaměstnán ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně, kde pracuje doposud. Od roku 1979 pracoval na I. interní kardiologické klinice jako odborný asistent, od roku 1997 jako docent a v letech 2003–2021 byl přednostou II. interní kliniky FN u sv. Anny v Brně a LF MU.

Založil hypertenzní poradnu pro pacienty s těžkou a komplikovanou hypertenzí, sleduje problematiku genetiky a sympatické aktivity u pacientů s esenciální hypertenzí, založil a podílel se na vybavení „Laboratoře pro řízení krevního oběhu“, která úzce spolupracuje na výzkumných projektech s Mayo Clinic, Rochester, USA.

Publikoval přes 350 prací, je autorem monografií: *Vnitřního lékařství*, *Vnitřní lékařství v kostce*, *Klinická patofyziologie hypertenze* a *Vnitřního lékařství pro stomatology*. Je řešitelem a spoluřešitelem celé řady grantů a lékových studií. Je členem výboru České společnosti pro hypertenzi a místopředseda výboru České internistické společnosti, předsedou redakční rady časopisu *Vnitřní lékařství*, předsedou organizačního výboru konferencí České společnosti pro hypertenzi a kongresů pořádaných Českou internistickou společností.

Nová evropská doporučení pro diagnostiku a léčbu hypertenze

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

II. interní klinika LF MU a Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

V červnu 2023 byla na kongrese Evropské společnosti pro hypertenzi (European Society of Hypertension, ISH) v Miláně představena nová doporučení léčby hypertenze. Následně byla publikována v časopise *Journal of Hypertension*.

Celý text má 199 stránek a 1743 citací, jedná se tak ve srovnání s minulými evropskými doporučeními z roku 2018 o 2x rozsáhlejší dokument. Autorský kolektiv čítá 59 jmen.

Celý text je rozčleněn do následujících 22 kapitol: *Metodologie a definice evidence*, *Principy patofyziologie*, *Definice a klasifikace hypertenze*, *Měření TK*, *Vyšetření pacienta*, *Sekundární hypertenze*, *Nefarmakologické přístupy*, *Benefit farmakologické léčby*, *Cílové hodnoty TK*, *Antihypertenzní látky a léčba*, *Rezistentní hypertenze*, *Přístrojová léčba*, *Specifické fenotypy hypertenze*, *Hypertenze ve specifických demografických situacích*, *Hypertenze v dalších specifických situacích*, *Hypertenze u KV onemocnění*, *Hypertenze a diabetes mellitus*, *Hypertenze a ledviny*, *Hypertenze u dalších komorbidit*, *Kontroly pacientů a adherence*, *Chybějící evidence*.

Jedná se spíše o přehled současných poznatků na diagnostiku a léčbu hypertenze než jako praktická a přehledná doporučení.

Výhodou je jistě komplexnost a detailnost jednotlivých kapitol, takže každý čtenář si může zde najít

spoustu zajímavých a užitečných informací, citací, tabulek. Oproti minulým evropským doporučením došlo k vývoji celé řady informací a poznatků. Většina kapitol má přehlednou tabulku se sumarizací klinických postupů.

Podrobně jsou rozvedeny různé přístupy k měření krevního tlaku včetně analýzy současného bezmagnetového monitorování. Nově se autoři věnovali řadě konkrétních poměrně častých patologických situací, jako je např. obezita, astma, revmatoidní artritida, glaukom apod. Nově je také větší pozornost věnována různým formám sekundární hypertenze a problematice renální denervace.

Potěšitelné je, že zahájení farmakologické léčby hypertenze se opírá hlavně o hodnoty krevního tlaku. Pozitivní je také, že nová doporučení obsahují i podrobnější analyzování terapeutických přístupů u častých klinických situací jako hypertenze starších osob, hypertenze a fibrilace síní či hypertenze a srdeční selhání.

Celá doporučení jsou extrémně dlouhá a nepřehledná, a tak pro klinickou každodenní péči těžko využitelná.

Přednáška se snaží o srovnání základních diagnostických a léčebných postupů z pohledu našich doporučení, která vyšla v roce 2022 a evropských z roku 2023.

doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.



Po absolvování lékařské fakulty Univerzity Karlovy začala pracovat ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové, nejprve na I. klinice a poté až dosud na III. interní gerontometabolické klinice. Od počátku se věnovala metabolickým onemocněním, nejprve nefrologii a od poloviny 80. let diabetologii. Vedla obor diabetologie a mezioborovou spolupráci v diabetologii na pracovištích FN v Hradci Králové a odborně garantovala obor diabetologie ve východočeském regionu. Od roku 2005 je vedoucí subkatedry diabetologie na LF UK Hradec Králové, od zřízení diabetologického centra až do 2017 byla jeho vedoucí. Od roku 1999 pořádá v Hradci Králové pravidelná celostátní diabetologická symposia. Vychovala desítky žáků k atestaci v diabetologii,

vytvořila dispenzár rozsáhlých souborů pacientů léčených inzulínovými pumpami, moderními formami inzulínoterapie a diabetiků s komplikacemi. Je řešitelkou řady výzkumných grantů a klinických studií, u řady z nich byla národním investigátorem. Intenzivně se zabývá zejména problematikou metabolismu cholesterolu u diabetiků. V této oblasti obhájila i titul Ph.D., a tématu se věnovala i její habilitační práce. Dlouholetá členka České diabetologické společnosti (1985–2014 členka výboru), členka zkušební komise MZ pro atestační zkoušky v diabetologii a endokrinologii, mezinárodních (Steering Committee TIMI Study Group, BWH Harvard Medical School, Boston) a českých odborných poradních skupin, oborové rady klinické farmacie Farmaceutické fakulty UK, redakční rady časopisů *Medicina pro praxi*, *Česká diabetologie*, *Svět praktické medicíny*. Publikovala monografii *Akutní komplikace diabetu* (Triton 2006), *Diabetologie pro farmaceuty* (Mladá fronta 2011), 19 kapitol v monografiích a dále dalších více než 200 odborných článků.

Praktické aspekty přístupu k pacientovi se sekundárním diabetem

doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.

III. interní gerontometabolická klinika FN Hradec Králové

Sekundární diabetes představuje specifickou formu diabetu, která vzniká jako důsledek jiných poruch a onemocnění nebo vlivem vnějších faktorů. V mezinárodní klasifikaci WHO je řazen do skupiny ostatních specifických typů diabetu.

K hlavním příčinám sekundárního diabetu patří v praxi onemocnění pankreatu, vedlejší účinky léků (zejména kortikoidy, případně antipsychotika),

cirhóza, stav po transplantaci orgánů (nejčastěji ledviny). Pacienti se sekundárním diabetem nejsou vždy korektně diagnostikováni a léčeni. Podobně to platí i pro sekundární dysglykémii a její hodnocení (při stresu, cévních příhodách, operacích či neurózách). Obsahem prezentace je klasifikace, přístup k diagnostice a strategie další trvalé/přechodné péče (včetně medikamentózní).

prof. MUDr. Petr Dulíček, Ph.D.



Narodil se v roce 1963 v Hradci Králové, kde absolvoval veškeré své vzdělání, které ukončil promoci v roce 1988. Po promoci nastoupil na OLDN ve FN v Hradci Králové jako sekundární lékař a od 1. 3. 1990 se stal členem Oddělení klinické hematologie při I. interní klinice FN. Ve FN na interní klinice, t. č. na IV. interní interní hematologické klinice pracuje dodnes.

V roce 1991 složil atestaci I. stupně z vnitřního lékařství, v roce 1994 II. atestaci z oboru hematologie a krevní transfúze. V roce 1999 obhájil kandidátskou disertační práci a v roce 2004 byl habilitován. V roce 2023 byl jmenován profesorem. V současné době je 1. místopředsedou ČSTH, vedoucím mezioborového centra pro poruchy hemostázy ve FN v Hradci Králové a vedoucím hemofilického centra ve FN.

V roce 1997 absolvoval stáž jako visiting clinician na Mayo Clinic v Rochesteru. Pravidelně přednáší doma i v zahraničí, je autorem více než 100 publikací a autorem monografie *Hemostáza v klinické praxi*.

Úskalí antikoagulační terapie ve stáří

prof. MUDr. Petr Dulíček, Ph.D.

IV. interní hematologická klinika, FN Hradec Králové

Abstrakt přednášky:

Naše populace stárne a lidé se dožívají stále vyššího věku. Tím logicky stoupá počet jedinců na antikoagulační terapii, zejména z důvodu fibrilace síní a také venózního tromboembolizmu. Nicméně tato terapie u seniorů je složitější z důvodu polymorbidity,

lékových interakcí, snížené funkce ledvin. Proto stoupá riziko jak recidivy trombózy, tak krvácení. V přednášce se věnujeme otázce zejména přímých antikoagulancií ve stáří, kde se jeví jako účinná a bezpečná terapie ve srovnání s léčbou warfarinem.

MUDr. Igor Karen



Absolvoval Fakultu dětského lékařství UK v Praze, promoce 1988. Nejprve byl pediatrem na lůžkové i ambulantní části dětského oddělení nemocnice Mělník. V r. 1991 atestace z Pediatrie, od r. 1991 pracuje na infekčním odd. Nemocnice Mělník, kde dlouhodobě působil jako zastupující primáře a sloužící lékař. V r. 1994 atestace z Přenosných infekčních chorob, v roce 1996 atestace ze Všeobecného lékařství. V roce 2016 úspěšně složil atestaci z Endokrinologie a Diabetologie. Od r. 1997 pracuje jako všeobecný praktický lékař v Benátkách nad Jizerou až dosud. Od r. 2016 souběžně pracuje i jako diabetolog až dosud.

Od roku 1997 člen výboru SVL ČLS JEP. Od roku 2010 zvolen výborem jako místopředseda pro profesní záležitosti. Věnuje se zejména oblastem: hypertenze, diabetes mellitus, metabolický syndrom, ATB, infektologie a vakcinologie, kde je hlavním garantem pro SVL a současně i hlavním autorem Doporučených postupů pro všeobecné praktické lékaře. Autorem mnoha sdělení v odborných lékařských časopisech, četná ústní sdělení na významných akcích SVL ČLS JEP, ale i v zahraničí. Autor mnoha projektů pro primární péči v oblasti diabetologie, KV prevence a hypertenze. Člen České infektologické společnosti, České pediatrické společnosti a České diabetologické společnosti ČLS JEP, dále je členem ČSH a ČSAT.

Kdy indikovat glifloziny (SGLT-2 inhibitory) nejen u diabetiků?

MUDr. Igor Karen

*všeobecný praktický lékař a diabetolog, Benátky nad Jizerou
místopředseda SVL ČLS JEP pro profesní záležitosti*

Historicky se nejdříve vyvinuly glifloziny pro léčbu DM2T a začali je používat nejdříve diabetologové a internisté, respektive lékaři, kteří léčí pacienty s diabetem. Postupem času, jak se objevovaly další závěry klinických studií, při nichž se potvrdilo zlepšení nefrologických (chronická renální insuficience), ale i kardiálních parametrů (srdeční selhání se zachovalou ejekční frakcí (EF) i se sníženou EF, a proto z těchto důvodů se začaly používat jak v nefrologii, tak zejména i v kardiologii jako nedílná součást komplexní terapie.

V systému veřejného zdravotního pojištění je v současné době možnost preskripce pouze specialisty, a nikoliv všeobecnými praktickými lékaři (VPL). Bohužel stále VPL nemůže preskribovat, jen doporučovat a odesílat k nasazení. Preskripce je vázána symbolem „E“ (DIA, INT, KAR, NEF, ENDO)

Nasazení gliflozinů se v současné době řídí indikačními parametry, která uvádím níže.

U pacientů s chronickou renální insuficiencí jsou drobné indikační rozdíly u dapagliflozinu a empagliflozinu.

U pacientů s DM jsou indikační kritéria u dapagliflozinu a empagliflozinu stejná. Lze je nasazovat u pacientů s DM2T, kteří jsou léčeni buď perorálními antidiabetiky, či inzulinou.

U pacientů s DM jsou indikační kritéria u dapagliflozinu a empagliflozinu velmi podobná. Lze je nasazovat u pacientů se srdečním selháním jak se zachovalou systolickou ejekční frakcí (EF), tak i se sníženou EF, bez fibrilace síní i s fibrilací síní.

Závěrem bych rád zdůraznil, že gliflozinů patří dnes mezioborově mezi stálice lékového portfolia jak pro léčbu DM, tak srdečního selhání (SS), tak i pro léčbu většiny nefropatií diabetické i nediabetické etiologie. Pozor na některá úskalí, která uvádím níže.

CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN NOVÉ PODMÍNKY ÚHRADY PLATNÉ OD 1. 12. 2023



Pacient s CKD a DM2

eGFR 0,42 - 1,25 ml/s/1,73 m²
(25 - 75 ml/min/1,73 m²)



Pacient s CKD bez DM2

eGFR 0,42 - 1,25 ml/s/1,73 m²
(25 - 75 ml/min/1,73 m²)

a
UACR 22,6 - 565 mg/mmol
(200 - 5000 mg/g)

Nové podmínky úhrady platné pro balení 30 a 90 tablet, preskripční omezení: NEF, DIA, END, INT.

Dapagliflozin je hrazen jako přidatná terapie u dospělých pacientů s chronickým onemocněním ledvin s odhadovanou glomerulární filtrací (eGFR) v rozmezí 0,42-1,25 ml/s/1,73 m² (25-75 ml/min/1,73 m²) léčených stabilní dávkou inhibitoru angiotenzin-konvertujícího enzymu (ACEI) nebo blokátoru receptoru typu 1 pro angiotenzin II (ARB), pokud není terapie těmito přípravky kontraindikována, kteří mají diabetes mellitus 2. typu a/nebo poměr albumin/kreatinin v moči v rozmezí 22,6-565 mg/mmol (200-5000 mg/g).

CKD - chronické onemocnění ledvin; DM2 - diabetes mellitus 2. typu; UACR - poměr albumin/kreatinin v moči; eGFR - odhadovaná glomerulární filtrační rychlost; CF - glomerulární filtrace; NEF - nefrolog; DIA - diabetolog; END - endokrinolog; INT - internista
Referenci: 1. Rozhodnutí o ukončení správného řízení SUKL 5143/2023, 2023 [cit. 2023-11-08]. Dostupné z: <https://www.sukl.cz/infocentrum/rozhodnuti-o-ukončení-správného-řízení-sukl-5143-2023>

Úhradové podmínky Jardiance CKD – grafické znázornění E/DIA, END, INT, KAR, NEF

		Kategorie albuminurie, označení a rozmezí		
		A1	A2	A3
		normální až mírně zvýšená	středně zvýšená	výrazně zvýšená
		<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
Kategorie eGFR	ml/min			
	ml/s			
	G1	≥90	≥1,5	
	G2	60-89	1-1,49	
	G3a	45-59	0,75-0,99	
G3b	30-44	0,5-0,74		
G4	15-29	0,25-0,49		
G5	<15	<0,25		

■ nízké riziko
 ■ středně zvýšené riziko
 ■ vysoké riziko
 ■ velmi vysoké riziko

Pacienti s CKD bez DM2

eGFR ≥0,33 až <0,75 ml/s/1,73 m²
bez ohledu na UACR
nebo
eGFR ≥0,75 až <1,5 ml/s/1,73 m²
a UACR ≥200 mg/g

Pacienti s CKD s DM2

eGFR ≥0,33 až <1,25 ml/s/1,73 m²
bez ohledu na UACR
nebo
eGFR ≥1,25 až <1,5 ml/s/1,73 m²
a UACR ≥200 mg/g

Reference: 1. Ceny a úhrady dostupné na www.sukl.cz; v sítku Ústřední úřad - Jaroslava - Ceny a úhrady. 2. Soubor údajů o přípravku JARDIANCE, Ingatherm am Rhein, Německo; Boehringer Ingelheim International GmbH (dostupné na www.sukl.cz)
3. Herrington WG, Staplin N, Wanner C, et al. EMPA-KIDNEY Collaborative Group. Empagliflozin in patients with chronic kidney disease. N Engl J Med. 2023;388(2):117-127. 4. Fernandez-Fernandez et al. Clin Kidney J. 2023;16:1187.
eGFR - odhadovaná rychlost glomerulární filtrace; UACR - poměr albumin/kreatinin v moči; PCR - poměr proteinu a kreatininu v moči; DM2 - diabetes 2. typu; KV - kardiovaskulární; CKD - chronické onemocnění ledvin
KAR - kardiolog, nefrolog, nefrologie; INT - internista; END - endokrinolog; NEF - nefrolog; ZP - zdravotní péči poskytl

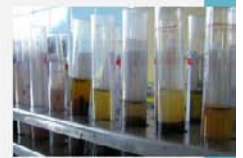
POUŽITÍ A INDIKACE GLIFLOZINŮ V PRAXI

A) SGLT-2 je hrazen u diabetika 2. typu

1) ve dvojkombinaci s metforminem u pacientů, u nichž použití maximálních tolerovaných dávek metforminu po dobu alespoň 3 měsíců společně s režimovými opatřeními nevedlo k uspokojivé kompenzaci diabetu definované hladinou **HbA1c nižší než 60 mmol/mol**.

Nedojde-li k prokazatelnému zlepšení kompenzace diabetu o 7 % či vyššímu poklesu hladiny **HbA1c** a současnému poklesu tělesné hmotnosti nejméně o 2 % při kontrole po 6 měsících léčby, přípravek není dále hrazen.

PHDk. Igor Kasper



POUŽITÍ A INDIKACE GLIFLOZINŮ V PRAXI

• A) SGLT-2 je hrazen u diabetika 2. typu

2) v kombinaci s metforminem a inzulinem nebo inzulinem samotným u pacientů, u nichž terapie metforminem a inzulinem nebo inzulinem samotným po dobu alespoň 3 měsíců společně s režimovými opatřeními nevedla k uspokojivé kompenzaci diabetu definované hladinou **HbA1c nižší než 60 mmol/mol**.

Nedojde-li k prokazatelnému zlepšení kompenzace diabetu o 7 % či vyššímu poklesu hladiny **HbA1c** a současnému poklesu tělesné hmotnosti nejméně o 2 % při kontrole po 6 měsících léčby, přípravek není dále hrazen.





HF E/DIA, END, INT, KAR

Empagliflozin je hrazen jako přídavná terapie u pacientů:

- 1) s chronickým srdečním selháním
 - a EF \leq 40% a eGFR \geq 20 ml/min/1,73 m², u kterých i přes optimální léčbu přetrvává symptomatologie třídy NYHA II až III. Optimální léčbou se rozumí léčba alespoň jedním inhibítorem ACE nebo inhibítorem AT1 receptoru nebo inhibítorem receptoru angiotenzinu a neuváží se zároveň beta-blokátorem a antagonistou mineralokortikoidního receptoru. **Optimální léčba je podána v cílové dávce dle doporučení nebo v maximální tolerované dávce.**
 - 2) se symptomatickým chronickým srdečním selháním třídy NYHA II až III s EF \leq 40% a eGFR \geq 20 ml/min/1,73 m² a hodnotou NT-proBNP $>$ 300 pg/ml nebo $>$ 900 pg/ml v případě pacientů s fibrilací síní.



DM2 E/DIA, END, INT, KAR

Empagliflozin je hrazen u diabetika 2. typu:

- 1) ve dvojlombinaci s metforminem u pacientů, u nichž použití maximálních tolerovaných dávek metforminu po dobu alespoň 3 měsíců společně s režimovými opatřeními nevedlo k uspokojivé kompenzaci diabetu definované hladinou HbA1c $<$ 60 mmol/mol. Nedojde-li k prokazatelnému zlepšení kompenzace diabetu o 7 % či vyššímu poklesu hladiny HbA1c a současněmu poklesu tělesné hmotnosti nejméně o 2 % při kontrole po 6 měsících léčby, přípravek není dále hrazen.
- 2) v kombinaci s metforminem a inzulinem nebo inzulinem samotným u pacientů, u nichž terapie metforminem a inzulinem nebo inzulinem samotným po dobu alespoň 3 měsíců společně s režimovými opatřeními nevedla k uspokojivé kompenzaci diabetu definované hladinou HbA1c $<$ 60 mmol/mol. Nedojde-li k prokazatelnému zlepšení kompenzace diabetu o 7 % či vyššímu poklesu hladiny HbA1c a současněmu poklesu tělesné hmotnosti nejméně o 2 % při kontrole po 6 měsících léčby, přípravek není dále hrazen.



CKD E/DIA, END, INT, KAR, NEF

Pacienti s chronickým onemocněním ledvin (CKD) léčeni stabilní dávkou inhibitoru angiotenzin konverujícího enzymu (ACEi) nebo blokátorem receptoru typu 1 pro angiotenzin II (ARB), pokud je tato léčba možná,

- 1) s odhadovanou glomerulární filtrací (eGFR) v rozmezí \geq 0,33 až $<$ 0,75 ml/s/1,73 m² (\geq 20 až $<$ 45 ml/min/1,73 m²) **bez ohledu na stupeň albuminurie**
- 2) s eGFR v rozmezí 0,75 až $<$ 1,5 ml/s/1,73 m² (45 až $<$ 90 ml/min/1,73 m²) a poměrem albumin/kreatinin v moči \leq 22,6 mg/mmol (\leq 200 mg/g) nebo protein/kreatinin v moči \leq 33,9 mg/mmol (\leq 300 mg/g)
- 3) s diabetem mellitem 2. typu (DMT2) a eGFR v rozmezí \geq 0,75 až $<$ 1,25 ml/s/1,73 m² (45 až $<$ 75 ml/min/1,73 m²) s poměrem albumin/kreatinin v moči $<$ 22,6 mg/mmol ($<$ 200 mg/g) nebo protein/kreatinin v moči $<$ 33,9 mg/mmol ($<$ 300 mg/g)

Indikace	HF/EF	HFmrEF / HFoEF	DM2	CKD
EF	\leq 40%	\leq 40%	X	X
Límit eGFR pro nasazení	\geq 20 ml/min/1,73 m ² (\geq 0,33 ml/sec/1,73 m ²)			
Límit eGFR pro vysazení	BEZ LIMITU			
Úhrada ze ZP	✓	✓	✓	✓
Specializace lékaře	DIA/END/INT/KAR			DIA/END/INT/KAR/NEF
Balení Jardiance 10 mg	28/100 tbl. 30/90 tbl	28/100 tbl	28/100 tbl. 30/90 tbl	30/90 tbl
Dávkování	10 mg 1x denně			

Reference: 1. Ceny a úhrady dostupné na www.suki.cz; v sekci Databáze léků - Jardiance - Ceny a úhrady. Souhrn údajů o přípravku JARDIANCE. Ingelheim am Rhein, Německo; Boehringer Ingelheim International GmbH (dostupné na www.suki.cz).

CKD – chronické onemocnění ledvin, KAR – kardiologie, dětská kardiologie, angiolgie, INT – ušní lékařství, DIA – diabetologie, END – endokrinologie, DM2 – diabetes mellitus 2. typu, HF/EF – srdeční selhání s redukcí rychlosti srdeční frekvence, HFmrEF – srdeční selhání s mírně sníženou srdeční frekvencí, HFoEF – srdeční selhání se zachovalou srdeční frekvencí, NEF – nefrologie, eGFR – odhadovaná rychlost glomerulární filtrace, UACR – poměr albuminu a kreatininu v moči, PCR – poměr proteinu a kreatininu v moči

prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc.



Absolvoval Fakultu všeobecného lékařství Univerzity Karlovy v Praze v roce 1978. Do ledna 1981 asistentem Fyziologického ústavu FVL UK, od února 1981 až doposud pracuje na III. interní klinice VFN a 1. LF UK jako sekundární lékař (1981), odborný asistent (1989), docent (1992) a profesor (2002), od roku 1992 vedoucí oddělení, v letech 2001–2019 přednosta kliniky. V letech 1993–1999 vykonával dále funkci proděkana fakulty a od roku 1999 do roku 2005 děkana 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Zabývá se zejména problematikou diabetologie, obezitologie, intenzivní péče, klinické výživy a lékařské informatiky. Řeší a řešil mnoho grantových projektů IGA, MŠMT, mimo jiné také 2 projekty Evropské unie – CLINICIP a Health+. Publikoval přes 400 prací, z monografií například: *Hypertenze*

při obezitě a diabetu, *Obezita a diabetes*, *Prevence diabetu* (2. vydání), *Metabolický syndrom* (3. vydání), *Metabolické účinky psychofarmak*, *Internet a medicína*, *Lékařská informatika*, *Dietologický slovník*, *Klinická dietologie*, *Obezitologie a teorie metabolického syndromu*, *Léčba obézního diabetika*, *Antidiabetika – historie, současnost a budoucnost*. Podílel se na vydání velké učebnice *Diabetologie* (Škrha a kol., Galén), *Dietologie* (Current media 2017) a publikace *Parenterální a enterální výživa* (Mladá Fronta 2009, 2014). V roce 2019 vyšla v Mladé frontě jeho kniha *Jsou metabolická onemocnění příčinou všech nemocí?* Je hlavním autorem publikací *Klinická dietologie* (Grada 2008), *Poruchy metabolismu a výživy* (Galén 2012). Je jedním ze spoluautorů, resp. autorem knih úvah a fejetonů *Věřte své inteligenci – pomáhá to*, *Kolébka české medicíny*, *O duši lékaře*, *O duši medika*, *O medicíně a naší době*, *Lidé univerzity Karlovy k výročí Karla IV.* Je členem redakčních rad *Časopisu lékařů českých*, *Vnitřního lékařství* a nového časopisu *Svět praktické medicíny*. Od roku 2007 je členem předsednictva České lékařské společnosti JEP a od ledna 2015 převzal po prof. Blahošovi funkci předsedy České lékařské společnosti JEP. 12 let byl členem vědecké rady ČVUT. Je předsedou vědecké rady Ministerstva zdravotnictví ČR a členem vědeckých rad 1. LF UK v Praze a LF UK v Bratislavě.

Jak léčit dnes obézního diabetika

prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc.
III. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha

Léčba obézního diabetika neznamena jen redukci hmotnosti. Vždy je třeba dosáhnout dobré kompenzace diabetu a komplexně ovlivnit i složky metabolického syndromu. Diety a fyzická aktivita v redukci hmotnosti diabetiků dlouhodobě selhávaly. Nikdy ale nebyla redukce hmotnosti obézního diabetika tak snadná jako dnes. Na bariatrickou chirurgii je obtížné pacienta přesvědčit. Dnes navíc připadají v úvahu jen bypassové výkony, neboť nové léky jsou účinnější než výkony restriktivní. Antiobezitika jsou léky s dlouhou a problematickou historií. Mnoho léků této skupiny bylo staženo pro závažné vedlejší účinky a až novější přísné sledování léků před jejich uvedením na trh ukázalo, že antiobezitika mohou být léky bezpečnými. Dnes již několik let běžně používáme střevní lipázu blokující orlistat, centrálně působící anorektikum – kombinaci

naltrexon(bupropion a liraglutid injekční inkretinový analog podávaný 1x denně pod názvem Saxenda (známý již více let v diabetologii pro názvem Victoza). Pokud jde o antidiabetika, je dnes optimální léčba inkretinovými analogy 1x týdně nebo glifloziny. Naše 3letá studie ukázala, že efekt 1 mg semaglutidu a 1,5 mg dulaglutidu je zcela srovnatelný. Bohužel není u nás dostupný semaglutid 2 mg a dulaglutid 3 a 4,5 mg. Lze kombinovat liraglutid ve dvou formách – Victoza a Saxenda v dávce do 3 mg.

Rok 2024 se stal zlomovým, protože na trh přišel nový duální inkretinový analog tirzepatid – peptid působící na dva receptory – glucagon like peptidu-1 a gastrického inhibičního peptidu (GLP-1 a GIP). Tirzepatid byl schválen jako antidiabetikum i antiobezitikum pod názvem Mounjaro v USA i v Evro-

pě (tedy na léčbu obezity u diabetiků i nediabetiků – obě indikace pod názvem Mounjaro. Již tedy není užíván odlišný název antidiabetika a antiobezitika jako tomu je u liraglutidu a semaglutidu. Na léčbu obezity se používá tirzepatid dle SPCu osob, které trpí obezitou (BMI 30 kg/m² nebo více) nebo u osob s nadváhou (BMI mezi 27 a 30 kg/m²), pokud mají zdravotní problémy související s hmotností – tj. za přítomnosti alespoň jedné komorbidity související s hmotností (např. hypertenze, dyslipidemie, obstrukční spánková apnoe, kardiovaskulární onemocnění, prediabetes nebo diabetes mellitus 2. typu). Prakticky do všech deníků a časopisů celého světa pronikly neuvěřitelné výsledky studie SURMOUNT-1. Pacienti redukovali o neuvěřitelných 24 kilogramů, a to překvapilo celý svět. V ČR jsou zatím dodávána pera s dávkou 2,5 a 5 mg 1x týdně (v jednom péru jsou 4 dávky, tedy léčba na měsíc). Obvykle se dále stoupá na dávku 7,5, 10, 12,5 a maximálně 15 mg /týden s.c. S těmito dávkami máme bohaté zkušenosti, neboť řada pacientů si na český recept od ledna 2024 vyzvedávala tir-

zepatid v Německu či Polsku. Tyto vyšší koncentrace budou u nás do konce roku také dostupné. Příznivé je, že cena vyšších koncentrací stoupá jen mírně, což je dáno tím, že v ceně jsou zahrnuty náklady na péro, které známe z diabetologie na aplikaci inzulínu (Kwikpen). V indikaci obezita není Mounjaro u nás zatím hrazeno pojišťovnou. O úhradě pro diabetiky se jedná. Pokud jsme lék podali v indikaci obezita obézním diabetikům, je efekt na pokles HbA1c výrazně vyšší než po jiných antidiabetikách a pacientům byl často i vysazen inzulín. To odpovídá zahraničním zkušenostem a diabetologie se tak může i u nás těšit na nové účinnější antidiabetikum.

Zdaleka není jisté, že další inkretinové léky ve studiích fáze 2 a 3 proniknou do praxe. I kdyby to byla jen polovina z téměř 10 inkretinových analogů s efektem dvou či tří inkretinů srovnatelných v redukci hmotnosti se semaglutidem a tirzepatidem, bude to vývoj zcela převratný. Léky mají přitom výrazný efekt i na hypertenzi, dyslipidemie a další komplikace diabetu.

Léčba diabetika v praxi

/cyklus sympózií 2024/

Generální partner

Lilly

Hlavní partneři

Medtronic

 **Pfizer**