

Tab. 1. Úhradové podmínky gliflozinů k 1. 5. 2024

	dapagliflozin (Forxiga)	empagliflozin (Jardiance)	kanagliflozin (Invokana)	ertugliflozin (Steglatro)
DM	HbA _{1c} > 60 mmol/mol, metformin n. inzulin, za 6 měsíců: HbA _{1c} -7 %, hmotnost -2 %			
	(DIA, END, INT, NEF) 30/90 tbl	(DIA, END, INT, KAR, ANG) 30/90 tbl, 28/100 tbl	(DIA, END, INT, NEF) 30/100 tbl	(DIA, END, INT) 28/98 tbl
HF	HFrEF s EF < 40 % a NYHA 2+, HF th, eGFR > 25 ml/min (DIA, END, INT, NEF) 30/90 tbl HFrEF s EF < 40 % a NYHA 2+, HF th, eGFR > 25 ml/min HfPef s EF > 40 % a NYHA 2+, NT-proBNP > 300 pg/ml (> 600 pg/ml u FiS), eGFR > 25 ml/min (INT, KAR)28/98 tbl	HFrEF s EF < 40 % a NYHA 2+, HF th, eGFR > 20 ml/min (DIA, END, INT, KAR, ANG) 30/90 tbl HFrEF s EF < 40 % a NYHA 2+, HF th, eGFR > 20 ml/min HfPef s EF > 40 % a NYHA 2+, NT-proBNP > 300 pg/ml (> 900 pg/ml u FiS), eGFR > 20 ml/min (INT, KAR, ANG, DIA, END) 28/100 tbl		
CKD	eGFR 0,42–1,25 ml/s (25–75 ml/min) a/nebo ACR 22–565 mg/mmol (200–5 000 mg/g) (DIA, END, INT, NEF) 30/90 tbl		eGFR 0,5 – 1,5 ml/s (30–90 ml/min) + ACR 34–565 mg/mmol (300–5 000 mg/g) (DIA, END, INT, NEF) 30/100 tbl	

DM – diabetes mellitus, HbA_{1c} – glykovaný hemoglobin, HF – srdeční selhání, HFrEF – srdeční selhání se sníženou ejekční frakcí, HfPef – srdeční selhání se zachovalou ejekční frakcí, eGFR – odhadovaná glomerulární filtrace, FiS – fibrilace síní, ACR – albumin-kreatinový poměr v moči, CKD – chronické onemocnění ledvin

ném renálním cílovém parametru o 30–40 %, v případě dapagliflozinu a empagliflozinu i u populace bez diabetu (7).

Klinické využití v roce 2024

Indikace pro léčbu glifloziny se s přibývajícím důkazy o efektivitě této lékové skupiny neustále rozšiřují a zdaleka se tak již nejedná jen o pouhý antidiabetikum. V léčbě osob s diabetem jsou doporučována obzvláště pacientům s vysokým nebo velmi vysokým kardiovaskulárním rizikem, tedy u pacientů s manifestovaným aterosklerotickým kardiovaskulárním onemocněním nebo zvýšeným rizikem jeho rozvoje. Glifloziny by měly být součástí standardní terapie u osob s diabetem a srdečním selháním nezávisle na míře snížení ejekční frakce. V neposlední řadě jsou antidiabetikum volby v terénu diabetického onemocnění ledvin (8). Poslední dvě indikace (srdeční selhání a chronické onemocnění ledvin) jsou v dnešní době platné i pro osoby bez diabetu (9, 10).

Nežádoucí účinky gliflozinů

Léčba glifloziny s sebou přináší i některá rizika vyplývající z mechanismu jejich účinku. V rizikové populaci mohou přispívat k **dehydrataci** a **hypotenzii**, obzvláště v kombinaci se silnější antihypertenzivní medikací. Arteficiální glykosurie lehce zvyšuje riziko **genitálních (nejčastěji mykotických) infekcí** a klade zvýšené nároky na osobní hygi-

enu. Naopak četnost močových infekcí není při léčbě glifloziny významně zvýšena. Relativně vzácnou komplikací hlavně při interkurentním, např. infekčním onemocnění, popř. u kriticky nemocných pacientů, často závislých na inzulinu, je rozvoj **euglykemické ketoacidózy** (11). Jedná se o akutní stav vyžadující hospitalizaci, který v mnoha ohledech připomíná klasickou diabetickou ketoacidózu, avšak bez výraznější hyperglykemie. Základem je diagnostika založená na průkazu ketoláték v moči nebo krvi. Raritně byla jako komplikace léčby glifloziny popsána **Fournierova gangréna** (fasciitida perinea).

Informace pro pacienty užívající gliflozin

Každý pacient by měl být při zahájení léčby gliflozinem informován o základním mechanismu účinku a pozitivním nálezu glukózy v moči při jeho užívání. Pacient může pociťovat větší žízeň a častější močení. V prevenci genitálních infekcí by měl dbát na důslednou osobní hygienu. V případě významnější nevolnosti, zažívacích obtíží nebo horečky by měl pacient gliflozin dočasně vysadit, aby se zabránilo případnému rozvoji euglykemické ketoacidózy. V neposlední řadě je důležité zmínit nutnost **vysazení gliflozinu 3 dny před plánovaným větším chirurgickým výkonem**, opět jako prevence zmiňované ketoacidózy (12).

Informace pro lékaře indikujícího léčbu gliflozinem

Rozšiřující se indikace gliflozinů mezi pacienty s diabetem vedou ke stále častějšímu nasazování této medikace nediatetologu. Třebaže se jedná o léčbu velmi bezpečnou, je třeba zvážit některá rizika zmiňovaná výše, ve vztahu ke stávající antidiabetické medikaci konkrétního pacienta hlavně 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 gliflozinu předem s diabetologem konzultovat (Obr. 2) (13). Jedná se hlavně o osoby léčené hypoglykemizujícími antidiabetiky (inzuliny, deriváty sulfonylurey, glinidy) se zvýšeným rizikem rozvoje hypoglykemie (HbA_{1c} < 53 mmol/mol, četné hypoglykemie dle selfmonitoringu, snížená glomerulární filtrace s eGFR < 0,75 ml/s, popř. porušené rozpoznávání hypoglykemií). Léčba glifloziny u pacientů s diabetem 1. typu by měla být vždy předem konzultována s diabetologem, nejen pro riziko hypoglykemie, ale také zmiňované euglykemické ketoacidózy.

Úhradové podmínky v roce 2024

Indikace léčby glifloziny jsou velmi široké, zatímco úhradové podmínky za nimi lehce