

Klinické doporučení pro léčbu diabetes mellitus 2. typu

1. Úvod

Toto klinické doporučení shrnuje aktuální poznatky a evidence-based přístupy k léčbě diabetes mellitus 2. typu v České republice. Cílem je poskytnout zdravotnickým pracovníkům praktický návod pro diagnostiku a terapii.

Diabetes mellitus 2. typu je metabolické onemocnění charakterizované chronickou hyperglykémií v důsledku poruchy sekrece inzulinu a/nebo inzulinové rezistence. Prevalence tohoto onemocnění v České republice neustále roste a dosahuje přibližně 8% populace.

2. Diagnostická kritéria

Diagnóza diabetes mellitus se stanovuje na základě následujících kritérií: glykémie nalačno $\geq 7,0$ mmol/l, náhodná glykémie $\geq 11,1$ mmol/l s příznaky, nebo HbA1c ≥ 48 mmol/mol (6,5%). Pro potvrzení diagnózy je nutné opakované měření s výjimkou jasných symptomů.

3. Léčebné cíle a doporučení

Cílová hodnota HbA1c by měla být individualizována podle věku pacienta, délky trvání diabetu, přítomnosti komplikací a rizika hypoglykémie. Pro většinu pacientů je doporučený cíl HbA1c < 53 mmol/mol (7,0%).

U pacientů s nově diagnostikovaným diabetem a bez kardiovaskulárních komplikací lze cílit na HbA1c < 48 mmol/mol (6,5%). Naopak u starších pacientů s komorbiditami může být přijatelný cíl HbA1c < 64 mmol/mol (8,0%).

4. Farmakoterapie

Metformin zůstává lékem první volby pro většinu pacientů s diabetes mellitus 2. typu. Začíná se dávkou 500 mg 1-2x denně s postupnou titrací do maximální dávky 3000 mg denně rozdělené. Kontraindikací je těžká renální insuficience (eGFR < 30 ml/min).

Při nedostatečné kompenzaci na monoterapii metforminem se přidává druhý antidiabetický lék. Volba závisí na přítomnosti kardiovaskulárního onemocnění, srdečního selhání, nebo chronického onemocnění ledvin.

SGLT2 inhibitory (empagliflozin, dapagliflozin, canagliflozin) jsou doporučeny u pacientů s prokázaným kardiovaskulárním onemocněním nebo vysokým kardiovaskulárním rizikem. Tyto léky snižují riziko kardiovaskulárních příhod a hospitalizace pro srdeční selhání.

5. Monitorování a follow-up

Kontrola HbA1c by měla být prováděna každé 3 měsíce u pacientů, kteří nedosahují cílových hodnot, a každých 6 měsíců u stabilizovaných pacientů. Pravidelně by měly být sledovány i lipidogram, jaterní testy, renální funkce a albuminurie.