

hodobě optimální metabolickou kompenzací, což povede ke zpomalení rozvoje chronických komplikací a snížení celkové mortality, hlavně na kardiovaskulární onemocnění a nádory. Samozřejmostí je snaha minimalizovat riziko akutních komplikací léčby (hypo/hyperglykemie). Pacienta je nutno léčit komplexně – tj. současně s léčbou DM léčit i případnou hypertenzi, dyslipidemii, obezitu a další abnormality (4).

Cíle léčby

Optimální kompenzace DM je vhodné dosáhnout co nejdříve po stanovení diagnózy. Pro každého pacienta by měly být cíle léčby vždy stanoveny přísně individuálně:

- u osob s nízkým rizikem nežádoucích příhod (tj. bez závažných komorbidit u krátce trvajícího DM) HbA1c ideálně pod 45 mmol/mol, za uspokojivou kompenzací lze považovat hodnoty HbA1c pod 53 mmol/mol;
- u pacientů s přidruženými komorbiditami, u nichž je rizikový výskyt hypoglykemií, by cílová hodnota HbA1c měla být stanovena tak, aby ji bylo možno dosáhnout bez nadměrného rizika hypoglykemie (4).

Nefarmakologická léčba

Základ léčby DM 2. typu stále tvoří režimová opatření – dietní opatření (zaměřená na snížení obsahu jednoduchých sacharidů a kalorií ve stravě) a navýšení fyzické aktivity (podle věku a fyzického stavu daného pacienta) (4).

Farmakologická léčba

HbA1c v době stanovení diagnózy < 60 mmol/mol.

Současně se stanovením diagnózy DM a se zahájením režimových opatření je vhodné zahájit i léčbu farmakologickou. Lékem první volby je u pacientů s DM 2. typu metformin. Jiné antidiabetikum je možné použít buď při jeho nesnášenlivosti nebo kontraindikaci. Pokud monoterapie nevede do šesti měsíců od jejího nasazení k dosažení požadované kompenzace, je třeba zvolit kombinovanou terapii neinzulinovými antidiabetiky nebo přistoupit k léčbě inzulínem (4).

Graf 1. Algoritmus diagnostiky DM podle výsledků glykemie stanovené v laboratoři

Stanovení glykemie v laboratoři k vyhledávání pacientů s DM		
Dm vyloučen		Dm potvrzen
Náhodná glykemie		
< 7 mmol/l	≥ 7,0 mmol/l nutno další došetření ↓	> 11 mmol/l + projevy DM
Glykemie nalačno (lačnění alespoň 8 hodin)		
< 5,6 mmol/l	Prediabetes 5,6–6,9 mmol/l opakovaně (zvýšená glykemie nalačno IFG) ↓	≥ 7,0 mmol/l minimálně 2x
Glykemie ve 120. minutě standardního oGTT se 75 g glukózy		
< 7,8 mmol/l	7,8–11,0 mmol/l (porušená glukózová tolerance IGT)	> 11,0 mmol/l
Kontroly podle rizika	Roční kontroly	Kontroly dle standardů
HbA1c < 38 mmol/mol*	HbA1c v rozmezí 38–48 mmol/mol*	HbA1c > 48 mmol/mol*
* Stanovení HbA1c se v ČR zatím k diagnostice DM samostatně neužívá – při zachytu vyššího HbA1c je diagnózu DM potřeba potvrdit/vyloučit pomocí glykemie nalačno či oGTT		
Upraveno podle Karen, Svačina, 2021 (2).		

HbA1c v době stanovení diagnózy > 60 mmol/mol.

U pacientů, kteří již při stanovení diagnózy mají hodnotu HbA1c více než 60 mmol/mol, je vhodné zahájit léčbu rovnou dvojkombinací antidiabetik. Při volbě kombinace farmak je vhodné preferovat bezpečná antidiabetika s nízkým rizikem hypoglykemií (metformin, gliptiny, agonisté GLP-1 receptorů, glifloziny). Při výběru konkrétního antidiabetika je vhodné brát ohledy na přítomnost dalších komorbidit u daného pacienta, tj. pacienti s vysokým kardiovaskulárním rizikem by měli být léčeni agonisty GLP-1 receptorů nebo glifloziny; pacienti se srdečním selháním nebo onemocněním ledvin glifloziny; u pacientů s nadváhou a obezitou by měla být preferována antidiabetika s příznivým vlivem na tělesnou hmotnost (4).

HbA1c v době stanovení diagnózy > 75 mmol/mol u pacientů s výraznými obtížemi.

Pacienti s nově diagnostikovaným DM s výraznými subjektivními obtížemi, glykemiemi nad 15 mmol/l či HbA1c nad 75 mmol/mol by měli být od začátku léčeni inzulínem s postupným převodem na perorální antidiabetika podle vývoje stavu (4).

Dispenzarizace pacientů s nově diagnostikovaným DM

Léčbu a dispenzarizaci pacienta s DM 2. typu zajišťuje diabetolog, internista či všeobecný praktický lékař s požadovanou erudicí v oboru (atestace, kurzy, kontinuální postgraduální vzdělávání).

1. Nově diagnostikovaný pacient s DM by měl být dispenzarizován u diabetologa při podezření na jiný typ diabetu než DM 2. typu.
2. Nově diagnostikované pacienty s DM 2. typu bez přidružených komplikací dispenzarizuje všeobecný praktický lékař.
- V případě, že má pacient šest měsíců po zahájení léčby HbA1c > 53 mmol/mol, měl by být odeslán ke konzultaci či dispenzarizaci na diabetologii.
- V případě, že má pacient i za dvanáct měsíců HbA1c > 53 mmol/mol, měl by být odeslán ke konzultaci nebo dispenzarizaci na diabetologii.
3. Nově diagnostikovaní pacienti s DM 2. typu se současně prokázanou mikroangiopatickou nebo makroangiopatickou komplikací by měli být konzultováni s diabetologem (4).

Léčba by měla být agresivní a bezpečná, s kontrolou HbA1c každé 3 měsíce a opakovanou revizí režimových opatření, dokud není dosaženo cílového HbA1c. Po dosažení cílových hodnot HbA1c je minimální frekvence kontrol 1x za 6 měsíců (4).

Závěr

Diabetes mellitus je chronické onemocnění, jehož prevalence neustále stoupá. Nejčastěji je diagnostikován náhodně v ambulancích všeobecných praktických lékařů diabetes mellitus 2. typu. Včasné stanovení diagnózy a zahájení léčby, ideálně ještě ve stadiu prediabetu, má v prevenci rozvoje