

v produktívnom veku bez sprievodných kardiovaskulárnych komplikácií by mali byť cieľom intenzívnej edukácie a tiež liečby za účelom dosiahnutia cieľových hodnôt HbA_{1c} DCCT 6 - 6,5 %, resp. HbA_{1c} IFCC 4,7 - 5,3 %, ak sa tieto ciele dajú dosiahnuť bez signifikantnej hypoglykémie a iných nežiaducich účinkov liečby.

Podľa výsledkov štúdie „The Action in Diabetes and Vascular Disease: Preterax and Diamicon Modified Release Controlled Evaluation“ (ADVANCE) túto cieľovú hodnotu možno dosiahnuť u pacientov bez KV rizika, bez prítomnosti vaskulárnych komplikácií a bez rozvinutej manifestácie aterosklerózy účinným a bezpečným spôsobom. Najväčší prínos má liečba hyperglykémie v začiatočnom štádiu ochorenia s krátkou dĺžkou trvania DM2.

Menej prísne ciele (HbA_{1c} IFCC 7,5 - 8 %) a dokonca o niečo vyššie sú vhodné u pacientov s anamnézou ťažkej hypoglykémie so zníženou očakávanou dĺžkou života, s pokročilými komplikáciami, so závažnými komorbiditami, u ktorých je ťažké dosiahnuť cieľové hodnoty napriek intenzívnej edukácii v rámci selfmanažmentu, opakovaným konzultáciám a účinným dávkam hypoglykemizujúcich liekov vrátane inzulínu.

Individuálne stanovené cieľové hodnoty liečby jednotlivých komponentov MS v mediáne 18 mesiacov po vstupnej edukácii správne ovládalo na našej diabetologickej ambulancii len 5 % pacientov a vôbec nevyplnilo 70 % mužov a 65 % žien. Na základe vyplnenia dotazníka o cieľových hodnotách liečby malým počtom respondentov konštatujeme, že by bola vhodná u každého pacienta kartička individuálnych cieľových hodnôt liečby, ktorú by mal založenú v diabetologickej knižke, aby sa sám aktívne zaujímal, či dosiahol optimálne hodnoty, nakoľko pacienti si cieľové hodnoty liečby nevedia zapamätať.

Pri preskripcii jednotlivých liekov je vždy nutné dodržať Súhrn charakteristických vlastností (SPC), ktoré okrem indikácií a dávkovania stanovuje kontraindikácie a nežiaduce účinky. SPC sa považuje za medicínsko-právne záväzný materiál a jeho dodržiavanie vyžaduje aj správna klinická prax. Rovnako je potrebné dodržať indikačné obmedzenia, čo je ekonomické obmedzenie liečby hradenej zo zdravotného poistenia. Ak sa liek predpisuje mimo indikačného obmedzenia, pacient si musí hradiť liek sám.

LITERATÚRA

1. ADVANCE Collaborative Group. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008; 358: 2560 - 2572.
2. Martinka E.: Dapagliflozín, prvý inhibítor SGLT-2 na slovenskom trhu presvedčuje v skúsenostiach; *Interná med* 2015; 15: 4 - 7.
3. Martinka E., Uličiansky V., Mokáň M., Tkáč I., Galajda P., Schroner Z. v spolupráci s členmi Výboru slovenskej diabetologickej spoločnosti: Konsenzuálny terapeutický algoritmus pre diabetes mellitus 2. typu (v súlade s SPC, aktuálnym znením indikačných obmedzení a odporúčaní ADA/EASD) Stav k 31. 8. 2016. *Interná med* 2016; 16: 301 - 310.
4. Schroner Z., Uličiansky V.: Inhibítory dipetidyl-peptidázy-4 - základná charakteristika a mechanizmus účinku. In: Schroner Z., Uličiansky V.: Liečba diabetes mellitus 2. typu založená na účinku inkretínov. Vydavateľstvo SchronerMed, Košice 2011; 41 - 62.
5. Tkáč I.: Farmakogenetické aspekty liečby orálnymi antidiabetikami. *Vnitřní lékařství* 2012; 58: 97 - 100.
6. Tkáč I.: Farmakogenetika perorálnej antidiabetickej liečby. *Vnitřní lékařství* 2016; 62: 186 - 188.

7. Uličiansky V., Schroner Z., Némethyová Z., Galajda P., Mokáň M.: Personalizovaná medicína v diabetológii v kontexte odporúčaní ADA/EASD 2015. Forum diabetologicum 2015; 4: 102 - 118.
8. Uličiansky V.: Liečba diabetes mellitus 2. typu In: Mokáň M., Martinka E., Galajda P., et al.: Diabetes mellitus a vybrané metabolické ochorenia. Vydavateľstvo P+M, Martin 2008; kap. 5.2.2: 276 - 322.
9. Uličiansky V., Schroner Z.: Čo prináša najnovšie stanovisko (Position Statement) Americkej diabetologickej asociácie (ADA) a Európskej asociácie pre štúdium diabetu (EASD) pre klinickú prax? Interná med 2012; 12: 154 - 161.