



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 Evropě (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 léčnu 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 komorbiditity 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 tirzepatid 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 studii fáze 2 a 3 proniknou do praxe. I kdyby to byla jen polovina z téměř 10 inkretinových analog 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.