

Antidiabetika	Inhibitory SGLT2	Osmotická diuréza – zhoršení hypovolemického stavu a ztráta elektrolytů, ketogeneze	Dehydratace a nerovnováha elektrolytů	
	GLP-1 analoga	Ačkoli mívají gastrointestinální nežádoucí účinky, jsou při akutním onemocnění považovány za bezpečné, protože nejsou spojeny s hypoglykemií, ani s komplikacemi, jako je laktátová acidóza či selhání ledvin	Riziko pankreatitidy (akutní bolest břicha, nevolnost, zvracení). Nevolnost a zvracení jsou běžné nežádoucí účinky, ale také příznaky diabetické ketoacidózy	Vysadit při akutní bolesti břicha, nevolnosti a zvracení, vyhledat urgentní péči
	Metformin	Snížená clearance při renální dysfunkci způsobující akumulaci a toxicitu	Nevolnost, anorexie, laktátová acidóza	Doporučeno vysadit metformin během akutně probíhajícího onemocnění. Zvracení a průjem mohou být časnými příznaky laktátové acidózy
	Inzulín	Nevhodná dávka v poměru k příjmu a hormonální kontraregulační odpovědi	Hypoglykemie nebo hyperglykemie	Obecně zvýšená potřeba inzulínu během onemocnění. Neměl by být rutinně vysazen. U diabetu mellitu 1. typu podávat doplňkové dávky každé 2–4 h při hyperglykemii
	Deriváty sulfonylmočoviny	Riziko hypoglykemie při sníženém příjmu potravy	Hypoglykemie nebo hyperglykemie	Riziko hypoglykemie při anorexii a gastroenteritidě. Pamatovat časné pozastavení léčby při nízkých glykemiích

SGLT2i – inhibitory sodíko-glukózového kotransportéru 2 (glifloziny), agonisté receptoru GLP-1 (glukagon-like peptide-1)

u vysoce rizikových pacientů s chronickým onemocněním ledvin (10). Jde však o rozvíjející se oblast s potřebou standardizovat doporučení a ověřit klinickou odezvu i překážky implementace v praxi. V multicentrické retrospektivní kohortě z pěti urgentních příjmů (178 927 návštěv) splnilo kritéria komunitně vzniklého AKI při příchodu 10,4 % pacientů; tento stav byl spojen s vyšším rizikem dialýzy, přijetí na JIP, úmrtí a se zvýšeným šestiměsíčním rizikem progresu chronického onemocnění ledvin, další hospitalizace a mortality, což podtrhuje nutnost včasné identifikace dehydratace a využití Sick Day Rules v komunitní péči (11).

Watson a kol. (2023) vytvořili komplexní konsenzuální doporučení pro SDMG na základě modifikovaného Delphi procesu. Doporučení cílí na osoby s diabetem, onemocněním ledvin nebo kardiovaskulárním onemocněním a mají předcházet závažným komplikacím, jako jsou hypotenze, akutní poškození ledvin a hypoglykemie. Vznikla multidisciplinárně za účasti nefrologů, endokrinologů, kardiologů, praktických lékařů, klinických farmaceutů a zástupců pacientů. Práce poskytuje strukturovaný rámec pro rozhodování o dočasném pozastavení či úpravě léčby s ohledem na závažnost aktuální nemoci, komorbiditu a farmakologické charakteristiky jednotlivých léků. Panel doporučuje, aby pacienti s chronickým onemocněním ledvin (stadium 3–5) při dehydrataci dočasně vysadili léky jako ACEi/sartany a diuretika, aby předešli poškození ledvin. Stejně tak by diabetici měli při zažívacích potížích přerušit užívání metforminu kvůli riziku laktátové acidózy. Naopak u diabetiků 1. typu je klíčové nikdy nevyšazovat inzulín, aby se zabránilo nebezpečné ketoacidóze. U pacientů se srdečním selháním je třeba k vysazování diuretik přistupovat s velkou opatrností, protože je nutné individuálně zvážit riziko zhoršení srdečního selhání oproti riziku poškození ledvin z dehydratace. Tento konsenzus představuje cenný podklad pro sjednocení praxe a tvorbu srozumitelných, na důkazech založených pokynů pro pacienty i zdravotníky, s důrazem na individualizaci péče, edukaci a jasnou komunikaci (5).

Lea-Henry et al. (2017) poskytli komplexní přehled léků spojených s nežádoucími účinky během akutního onemocnění, který významně rozšiřuje tradiční SADMANS koncept. Autoři zdůrazňují že Sick Day

management musí zahrnovat mnohem širší spektrum léků než pouze ty zahrnuté v akronymu SADMANS (6).

Klíčová upozornění

- Beta-blokátory: Náhlé vysazení léčby může způsobit rebound fenomén. Je riziko zvýšení koronárních příhod u hypertoniků, vyšší nemocniční mortalita u pacientů se srdečním selháním, vyvoláním ataky anginy pectoris a zvýšeným rizikem úmrtí a rehospitalizace u pacientů po akutním infarktu myokardu. Riziko je nepřímo úměrné poločasů léku (12).
- Kortikoidy: U pacientů užívajících ≥ 5 mg prednisolonu denně je potřeba zvýšit dávku během onemocnění. Při zvracení/průjmu parenterální podání.
- Metformin: Vysadit během významného onemocnění kvůli riziku laktátové acidózy. Zvracení a průjem mohou být časnými příznaky.
- Inzulín: Obecně zvýšená potřeba během onemocnění, neměl by být rutinně vysazen. U DM1 doplňkové dávky při hyperglykemii.
- Deriváty sulfonylmočoviny: Zvýšené riziko hypoglykemie při sníženém příjmu potravy. Pamatovat na časné pozastavení léčby při nízkých glykemiích (6).

Levy et al. (2025) významně rozšířili aplikaci Sick Day principů do perioperačního prostředí, což demonstruje univerzálnost a adaptabilitu těchto přístupů. Jejich doporučení pro perioperační SDMG reflektují specifické fyziologické změny spojené s chirurgickými výkony a anestezií. V perioperační péči je potřeba vedle „klasického“ managementu léčit rizikových pro chirurgický výkon či anestezii, aktivně uplatňovat i Sick Day Rules, jejichž cílem je předejít AKI, dehydrataci, laktátové acidóze a (eu)glykemické ketoacidóze při pokračování některých chronických terapií. Patří sem zejména dočasné vysazení ACEi či sartanů/diuretik/NSAIDs/metforminu a SGLT2i při zvracení či průjmu (obvykle do zlepšení stavu a 24–48 h po návratu příjmu), úprava dávek derivátů sulfonylmočoviny, titrace inzulínu s častější kontrolou glyke-