



lerovali. Po 18 měsících bylo vyšetření zopakováno a byla hodnocena změna objemu ateromových plátů. Zatímco ve skupině léčené pioglitazonem byla pozorována mírná redukce jejich objemu, ve skupině léčené glimepiridem naopak nárůst (14).

- Do studie Chicago bylo zahrnuto 462 pacientů s DM2 na standardní léčbě, u kterých byla pomocí ultrazvukového vyšetření měřena intimomediální tloušťka (IMT) na společné karotické tepně (1 vyšetřující, automatický detekční systém). Pacientům byl po dobu 72 týdnů přidán do medikace pioglitazon nebo glimepirid. U pacientů léčených pioglitazonem byl pozorován menší nárůst hodnoty IMT (12).
- Studie PROactive sledovala léčbu pioglitazonem proti placebo po dobu 3 let u 5 000 pacientů s DM2 v sekundární prevenci. Za tuto dobu došlo ke snížení celkové mortality, výskytu nefatálních infarktů myokardu a cévních mozkových příhod o 16 % (19), přičemž u jedinců s předchozím infarktem myokardu (IM) bylo riziko následného IM redukováno o 28 % (20) a u osob s předchozí cévní mozkovou příhodou (CMP) bylo riziko následné CMP redukováno o 47 % (21).
- Studie IRIS (Insulin Resistance Intervention after Stroke) byla iniciována právě na podkladě výsledků studie PROactive. Tato studie testovala hypotézu, zda léčba pioglitazonem dokáže u osob po recentně proběhlé tranzitorní ischemické atace (TIA) nebo CMP snížit výskyt IM a CMP u pacientů s klinicky zřejmou inzulinovou rezistencí, ale bez manifestního DM2. Přes 3 800 osob bylo sledováno 5 let a za tuto dobu došlo v léčené skupině k 24% redukci rekurence CMP, k 29% redukci výskytu akutního koronárního syndromu, a dokonce i k redukci rozvoje DM2 (HR 0,48) proti skupině kontrolní. Pacienti však byli současně léčeni i statiny a antiagregační léčbou, šlo tedy o komplexní

sekundárně-preventivní intervenci. Pioglitazon v této skupině tedy dokázal významným způsobem ovlivnit „reziduální riziko“ (22).

- Studie TOSCA-IT zahrnula 3 tisíce pacientů s DM2 s nedobrou metabolickou kompenzací na monoterapii metforminem, v primární prevenci, bez manifestní KV choroby, kteří byli randomizováni k léčbě pioglitazonem nebo sulfonylureovým preparátem. Po dobu 5 let sledování nedošlo ke statisticky významnému rozdílu ve výskytu primárního složeného cíle (celkové mortality, nefatálního IM, CMP či urgentní revaskularizace), ve skupině léčené pioglitazonem byl zaznamenán jen nižší výskyt periferních cévních příhod a nižší výskyt hypoglykemických epizod (23).
- Kromě randomizovaných studií se možnému KV benefitu při léčbě pioglitazonem věnovala i celá řada observačních „real-world“ studií – například analýza 91 500 pacientů z UK Research General Database (GPRD), sledovaných 7 let, demonstrovala pokles celkové mortality o 39 % u diabetiků léčených metforminem (24) a po přidání pioglitazonu jako druhého antidiabetického léku došlo k dalšímu 29 % poklesu celkové mortality (25). A také další retrospektivní studie z britské databáze Clinical Practice Research Datalink (CPRD) zjistila u diabetiků léčených pioglitazonem signifikantní pokles výskytu CMP (HR 0,63) v porovnání s léčbou jinými antidiabetiky (26).
- Z několika retrospektivních studií se objevují data a snížení poklesu kognitivního deficitu u pacientů s DM2 při léčbě pioglitazonem (27).

Nežádoucí účinky

- Mezi nejčastější a rovněž nejobávanější nežádoucí účinky pioglitazonu patří retence tekutin s rizikem srdečního selhání. Retence tekutin je