

Diabetické srdce či srdce diabetika? – editorial

Editorial: Dúbrava J. Diabetická kardiomyopatia. Vnitř Lék 2005; 51(3): 314–319.

M. Kvapil

Interní klinika 2. lékařské fakulty UK a FN Motol, Praha, přednosta doc. MUDr. Milan Kvapil, CSc.

V souznění s obecnými trendy vývoje poznání se po poměrně velice úspěšném zvládnutí problematiky prevence, diagnostiky a léčby ischemické choroby srdeční v obecné populaci soustřeďuje nyní pozornost na speciální problematiku onemocnění kardiovaskulárního aparátu v jednotlivých, přesně definovaných podskupinách, které jsou zatíženy vysokým rizikem srdečně-cévních nemocí. Centrem speciální pozornosti je zejména problematika onemocnění srdce u osob s diabetem 1. a zejména 2. typu.

Podle WHO je prevalence ischemické choroby srdeční u diabetiků mezi 26 % až 35 %, přičemž je vyšší u žen a stoupá s věkem. Roční incidence fatální, nebo nefatální koronární příhody činí u diabetiků v epidemiologických studiích 1–3 %, což je 2krát více než u ostatní populace. Klasické studie, zejména z přelomu 80. a 90. let 20. století, udávají riziko úmrtí (mortalita obecná i mortalita kardiovaskulární) u diabetiků ve srovnání se stejně starými osobami bez diabetu významně vyšší, a to 2,5krát u mužů a dokonce až 4krát u žen.

Incidence akutního koronárního syndromu je u diabetiků 4krát vyšší a mortalita příhody je 2krát vyšší jak v akutní fázi, tak v poinfarktovém období proti ostatní populaci. Ačko-

liv zavedení nových diagnostických, intervenčních a léčebných metod bylo v rozvinutých zemích prováděno významným poklesem mortality na ischemickou chorobu srdeční v obecné populaci, u osob s diabetes mellitus k tomuto pozitivnímu trendu nedošlo.

I když se o pojmu diabetické kardiomyopatie jako projevu specifického postižení srdce diskutuje již několik desetiletí, zdá se, že nemá zatím dostatečný klinický význam, což může být dáno skutečně relativně malou významností specifického postižení metabolizmu, struktury a funkce v důsledku pouze diabetu, nebo se spíše jedná o důsledek naší doposud omezené možnosti přesně specifikovat tento význam pro kliniku. Důvodem může být naše doposud omezené poznání, či omezenost našich diagnostických metod.

Podle prací Charváta se zdá, že přítomnost diastolické dysfunkce v kombinaci s mikroalbuminurií a nálezem ateromů v periferním arteriálním řečišti je v nadpoloviční většině případů provázána hemodynamicky významným aterosklerotickým postižením věnčitých tepen. Toto zjištění nám dává odpověď na otázku, zdali a kdy vyšetřovat jinak asymptomatického pacienta s diabetem echokardiograficky. Současně naznačuje, že nelze posuzovat postižení intersti-

cia a metabolizmu kardiomyocytů (coby důsledku chronické hyperglykemie a metabolických poruch při inzulinové rezistenci) odděleně od postižení arteriálního řečiště s jeho tolik typickým klinickým korelátem.

Nemáme v současnosti důkazy o podílu diabetické kardiomyopatie jako příčiny na celkové kardiovaskulární mortalitě případně tento podíl nedovedeme přesně kvantifikovat. Z klinického pohledu je tedy spíše hovořeno o srdci diabetika než diabetickém srdci.

Podle současných výsledků intervenčních studií u pacientů s diabetes mellitus můžeme očekávat, že se u nich v blízké době sníží riziko kardiovaskulárních onemocnění blízké úrovni nediabetické populace. Přísná kompenzace, ovlivnění postprandiální hyperglykemie, životospráva (dieta a pohyb), metformin, patrně i glitazony, ASA, statiny, ACE inhibitory, resp. sartany a důsledná kontrola krevního tlaku jsou účinné strategie. Jestliže ale nenaplní očekávání a nesníží mortalitu diabetické populace natolik, aby se shodovala s nediabetickou, pak bude patrně soustředěno úsilí na studium možností ovlivnění diabetické kardiomyopatie. Možná přijde doba, kdy budeme hovořit více o diabetickém srdci jako významném problému, který musí být vyřešen.

Literatura

1. MRC/BHF. Heart Protection Study of cholesterol-lowering with simvastation in 5963 people with diabetes: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 2005–2016.
2. Haffner SM, Lehto S, Rönnemaa T et al. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without previous myocardial infarction implications treatment of hyperlipidemia in diabetic subjects without prior myocardial infarction. *N Engl J Med* 1998; 339: 229–234.
3. Charvát J et al. Diabetes mellitus a makrovaskulární komplikace. 1. ed. Praha: Triton 2001.
4. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of an angiotensin-converting enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. *N Engl J Med* 2000; 342: 145–153.
5. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998; 352: 837–853.
6. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Efficacy of atenolol and captopril in reducing risk of macrovascular complications in type 2 diabetes (UKPDS 39). *BMJ* 1998; 317: 713–720.

doc. MUDr. Milan Kvapil, CSc.
www.lf2.cuni.cz
e-mail: milan.kvapil@lfmotol.cuni.cz

Doručeno do redakce: 19. 1. 2005

www.kardiologickarevue.cz