

Kardio-reno-metabolické kontinuum: návrat k integrující roli vnitřního lékařství

Současná medicína je charakterizována stále hlubší specializací. Diabetolog se soustředí na diabetes, kardiolog na srdce, nefrolog na ledviny, obezitolog na nadměrnou tělesnou hmotnost a lipidolog na poruchy metabolismu lipidů. Biologie našich pacientů však hranice jednotlivých odborností nerespektuje. Obezita, inzulinová rezistence, diabetes 2. typu, dyslipidemie, chronické onemocnění ledvin, aterosklerotické kardiovaskulární onemocnění a srdeční selhání představují různé manifestace vzájemně propojených patofyziologických procesů. Právě jejich společné vnímání stojí za konceptem kardio-reno-metabolického (KRM) syndromu, který se v posledních letech dostává do centra pozornosti.

Téma tohoto čísla Vnitřního lékařství je proto mimořádně aktuální. Současně dobře připomíná jednu ze základních rolí interní medicíny – schopnost nahlížet na nemocného jako na celek a integrovat poznatky jednotlivých subspecializací.

Koncept KRM je shrnutím poznání, že dysfunkční tuková tkáň, inzulinová rezistence, chronický subklinický zánět, endoteliální dysfunkce a neurohumorální aktivace vytvářejí prostředí, ve kterém se metabolická porucha postupně promítá do postižení cév, myokardu i ledvin. Rozvoj renální dysfunkce následně dále potencuje kardiovaskulární riziko a vzniká začarovaný kruh, který nelze účinně ovlivnit léčbou zaměřenou pouze na jediný rizikový faktor.

Zásadní změnou posledních let je skutečnost, že jsme získali farmakologické nástroje schopné zasahovat současně několik částí tohoto kontinua. Snad nejvýraznějším příkladem jsou inhibitory SGLT2. Jak ukazuje ve svém příspěvku Jan Škrha, léková skupina původně uvedená do klinické praxe jako perorální antidiabetika dnes výrazně překročila hranice diabetologie. Glifloziny se staly jedním ze základních pilířů léčby srdečního selhání a chronického onemocnění ledvin, a to také u nemocných bez diabetu. Jejich příběh je současně pozoruhodným příkladem toho, jak výsledky klinických studií mohou během relativně krátké doby zcela změnit naše chápání určité farmakologické skupiny. Tyto úvahy a praktická doporučení zaměřená na časnou identifikaci kandidátů gliflozinů z kardiologické perspektivy předkládá ve svém článku také Petra Buděšinská.

Druhým mimořádně dynamickým terapeutickým směrem je inkretinová léčba. Dita Pichlerová ve svém článku dokumentuje, jak významně

se změnil náš pohled na agonisty receptoru GLP-1 z pohledu obezitologa. Výsledky studií LEADER, SUSTAIN-6, SELECT či FLOW postupně rozšířily diskusi od kontroly glykemie a tělesné hmotnosti ke kardiovaskulární a renální protekci. Současně přibývají data o ovlivnění jaterního postižení, zánětu, spánkové apnoe a dalších komplikací obezity.

Významnou součástí KRM syndromu zůstává aterogenní dyslipidemie, které se věnuje David Karásek. U nemocných s inzulinovou rezistencí a diabetem nemusí samotná koncentrace LDL-cholesterolu plně vystihovat jejich aterogenní lipoproteinovou zátěž. Hypertriglyceridemie, remnantní lipoproteiny, malé denzní LDL částice a zvýšený počet aterogenních částic představují další komponenty reziduálního rizika. I zde se proto uplatňuje princip komplexního hodnocení nemocného a individualizace léčby.

Michal Dubský pak ve svém příspěvku spojuje jednotlivé komponenty KRM syndromu do praktické terapeutické strategie. Právě zde se možná odehrává nejvýznamnější změna našeho současného uvažování. Již se neptáme pouze, který lék použít na diabetes, hypertenzi, dyslipidemii nebo renální insuficienci. Stále častěji se ptáme, jak u konkrétního nemocného vhodně kombinovat intervence, které současně snižují metabolické, aterosklerotické, renální a kardiovaskulární riziko.

S tím přichází i nový problém – jak rychle máme účinnou léčbu zavádět. Tradiční postupné přidávání jednotlivých léčiv v dlouhých časových intervalech může u vysoce rizikového pacienta znamenat zbytečnou ztrátu času. Současná evidence stále více podporuje časnou implementaci léčebných postupů s prokázaným prognostickým benefitem a u vhodných nemocných také jejich kombinaci.

Kardio-reno-metabolická medicína není vznikem další subspecializace. Je spíše návratem k integrujícímu principu interny. Pacient s obezitou, diabetem, albuminurií, dyslipidemií a počínajícím srdečním selháním nepotřebuje pět různých pohledů na pět diagnóz. Potřebuje jednu promyšlenou strategii vycházející z jeho celkového rizika a směřující k ochraně orgánů a zlepšení dlouhodobé prognózy.

S díky autorům, kteří do aktuálního čísla Vnitřního lékařství přispěli a přáním příjemného čtení

prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.

III. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu

1. LF UK a VFN, Praha