

Andrzej Nowakowski

Katedra i Klinika Endokrynologii Akademii Medycznej w Lublinie

Choroba niedokrwienna serca w cukrzycy

Choroba niedokrwienna serca, której istotą jest czynnościowe lub trwałe uszkodzenie mięśnia sercowego, powstałe w wyniku dysproporcji pomiędzy przepływem wieńcowym a zapotrzebowaniem mięśnia sercowego na tlen, była i jest nadal najczęstszą przyczyną śmiertelności na świecie. Cukrzyca, szczególnie typu 2, jest uznanym czynnikiem ryzyka rozwoju miażdżycy, a towarzyszące jej zaburzenia metaboliczne prowadzą do powstawania i nasilania się zmian niedokrwiennych mięśnia sercowego.

Według współczesnej definicji cukrzycy za główną przyczynę zaburzeń metabolicznych uznaje się z jednej strony defekt wydzielania i/lub działania insuliny, którego konsekwencją jest hiperglikemia, a z drugiej odległe powikłania mikro- i makroangiopatyczne dotyczące oczu, nerek, układu nerwowego oraz sercowo-naczyniowego.

Epidemiologia cukrzycy typu 2 wskazuje na znaczne zwiększenie liczby zachorowań w skali światowej, określane obecnie mianem epidemii, a dane szacunkowe mówią o ponad 250 milionach populacji chorych na cukrzycę w 2025 roku. Uważa się, że obecnie w Polsce występuje ponad 2 miliony przypadków cukrzycy typu 1 i typu 2.

Opublikowane w 1999 roku stanowisko *American Heart Association* stwierdza, że „cukrzyca to choroba układu sercowo-naczyniowego”, ponieważ 2 z 3 chorych na cukrzycę umiera z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego. Powikłania makroangiopatyczne u chorych na cukrzycę typu 2 są bardzo częste i niejednokrotnie stwierdza się ich znaczne nasilenie już podczas pierwszej wizyty.

Chorzy na cukrzycę stanowią 10–50% wszystkich chorych, u których istnieją wskazania do amputacji kończyny dolnej, a miażdżycza tętnic kończyn dolnych występuje u nich 20-krotnie częściej niż w populacji ogólnej.

Cechy charakterystyczne choroby niedokrwiennej serca w cukrzycy dotyczą lokalizacji zmian niedokrwiennych, zaburzeń w metabolizmie kardiomiocytów oraz współistnienia neuropatii autonomicznej.

Badania statystyczne wykazały, że umieralność z powodu cukrzycy w ostatnim 30-leciu wzrosła ponad 4-krotnie. Śmiertelność z powodu zawału serca u chorych na cukrzycę sięga 34%, podczas gdy w populacji ogólnej 18%. Liczne badania wielośrodkowe potwierdzają te dane, podkreślając znaczenie hiperglikemii poposiłkowej i jej związku z ryzykiem występowania powikłań sercowo-naczyniowych i śmiertelności w cukrzycy. Wykazano również ścisłą zależność pomiędzy wyrównaniem metabolicznym cukrzycy a występowaniem epizodów wieńcowych.

Śmiertelność z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego zdecydowanie wzrasta w populacji chorych na cukrzycę, jednak wykazuje jeszcze większą tendencję wzrostową, gdy dołączają się do niej dodatkowe czynniki ryzyka, na przykład: podwyższone stężenie cholesterolu (> 200 mg/dl), nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu.

Upośledzona tolerancja glukozy (IGT, *impaired glucose tolerance*) zwiększa także ryzyko zgonu wieńcowego. W Polsce IGT występuje aż u 8–10%, a 1–5% takich przypadków przechodzi w ciągu roku w jawną cukrzycę, problem ten staje się więc jeszcze szerszy i wyraźnie zwiększa zagrożenie.

Dane szacunkowe opublikowane w 1999 roku, dotyczące przyczyn zgonów na świecie, wskazują, że choroby układu sercowo-naczyniowego powodują 17 milionów zgonów, cukrzyca — 4 miliony, podczas gdy nowotwory — 7 milionów. Natomiast wśród populacji chorych na cukrzycę 40% przyczyn zgonów stanowi choroba niedokrwienna serca, zajmując zdecydowanie pierwszą pozycję.

Adres do korespondencji: Prof. dr hab. med. Andrzej Nowakowski
Katedra i Klinika Endokrynologii
Akademii Medycznej w Lublinie
20-954 Lublin, ul. K. Jaczewskiego 8
tel.: (0 81) 742 56 36, faks: (0 81) 747 57 10

Diabetologia Praktyczna 2002, tom 3, supl. B, B7–B8
Copyright ©2002 Via Medica

Wydaje się więc, że przedstawione fakty w pełni uzasadniają utworzenie nowego pojęcia, jakim jest kardiodiabetologia, a ponadto pozwalają na dostre-

żenie pewnej wspólnej, chociaż nie nowej, płaszczyzny działania otwierającego inne perspektywy terapeutyczne.