

Czy u chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi powinno się różnicować hiperglikemię ostrą od przewlekłą?

dr n. med. Cezary Sosnowski

II Samodzielna Pracownia Hemodynamiki, Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa



Gdy w przeglądarkę internetową wpiszę termin *stress hyperglycemia*, zostaniemy zasypani publikacjami z rezultatami badań, z których wynika, że hiperglikemia wywołana stresem w przebiegu ostrych chorób (czy można użyć terminu: „stresowa”?) wiąże się ze zwiększonym ryzykiem umieralności wewnątrzszpitalnej.

Nie jest natomiast jasne, czy to podwyższone stężenie glukozy we krwi jest niezależnym czynnikiem niekorzystnego rokowania, czy raczej wskazuje na cięższy przebieg lub zaawansowanie innej ostrej choroby i przez to większy stres chorobowy [1].

Próba odnalezienia definicji lub opisu tego stanu chorobowego w opracowanych przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD) „Zaleceniach klinicznych dotyczących postępowania u chorych na cukrzycę 2011” [2] lub ich amerykańskim odpowiedniku [3] jest jednak skazana na niepowodzenie, gdyż poświęcono jej po jednym wersie tekstu. Widocznie autorzy zaleceń nie zaliczyli hiperglikemii stresowej do zaburzeń typu przewlekłego, za które uznali: stan przedcukrzycowy (nieprawidłową glikemię na czczo i/lub nieprawidłową tolerancję glukozy) i cukrzycę [2, 3]. Może z tego wynikać, że rację mają ci, którzy jako stresową określają przemijającą spontanicznie hiperglikemię występującą w ostrej fazie innej niż cukrzyca choroby, z reguły u osób bez wcześniejszych objawów cukrzycy. Wydaje się, że zjawisko to może również dotyczyć chorych na cukrzycę. Pojawia się zatem pytanie, czy nieprawidłowa glikemia u chorego bez rozpoznanej uprzednio cukrzycy różni się, a jeżeli tak, to w jakim zakresie, od podwyższonej glikemii u pacjenta z rozpoznaną wcześniej cukrzycą?

Na to pytanie próbują odpowiedzieć Bryniarski i wsp. [4]. Badali oni wpływ ostrej hiperglikemii na rokowanie wewnątrzszpitalne i odległe (średnia obserwacji: 4 lata) u pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi (OZW) leczonych interwencyjnie i stwierdzili, że podwyższone glikemie wiążą się z gorszym rokowaniem jedynie u chorych bez uprzed-

nio rozpoznanej cukrzycy. Już na początku badania założyli, że na podstawie dostępnych zaleceń uznanych towarzystw naukowych hiperglikemię stresową można różnie zdefiniować u chorych na cukrzycę i bez cukrzycy. Czy był to zabieg uprawniony? Analiza przytoczonych wyników jasno pokazuje, że mimo takich definicji hiperglikemii przygodnej (próg rozpoznania u chorych na cukrzycę jest o 40 mg/dl niższy), różnica między średnimi wartościami w grupach hiper- i normoglikemii była większa u chorych na cukrzycę niż u osób bez cukrzycy. Podobną zależność zaobserwowano w przypadku glikemii na czczo. Mimo to, tak zdefiniowana hiperglikemia stresowa według autorów miała niekorzystny wpływ jedynie w grupie pacjentów bez cukrzycy. Czy więc u chorych na cukrzycę hiperglikemia stresowa nie jest zjawiskiem rokowniczo niekorzystnym? Należy pamiętać, że w pracy Bryniarskiego i wsp. [4] grupa chorych z rozpoznaną cukrzycą i z hiperglikemią jest niejednorodna. W jej skład wchodzi osoba z nowo rozpoznaną cukrzycą, mogą też się do niej zaliczać pacjenci z niewyrównaną metabolicznie cukrzycą oraz osoby z optymalnie wyrównaną chorobą podstawową i hiperglikemią stresową w przebiegu ostrej fazy zawału serca. Przy tak małych liczebnościach ta heterogenność grup zaleca uwzględniać ewentualną przypadkowość przytoczonych wyników. Analiza złożoności i heterogenności badanej grupy, w tak z pozoru jednorodnej z punktu widzenia kardiologa populacji chorych z OZW, zmusza do zastanowienia nad indywidualizacją diagnostyki i terapii. I nie chodzi tu o różne zdefiniowanie wartości odcięcia dla hiperglikemii u chorych na cukrzycę i bez niej, ale o próbę ustalenia algorytmu różnicowania hiperglikemii u nowo hospitalizowanych pacjentów bez wywiadu cukrzycowego, gdyż u chorych z OZW nawet glikemia $\geq 11,1$ mmol/l (200 mg/dl) nie upoważnia do rozpoznania cukrzycy. Wśród pacjentów z tak wysoką glikemią mogą być przecież osoby z nieujawnioną dotychczas cukrzycą i osoby z hiperglikemią ostrej fazy, a znaczenie rokownicze hiperglikemii może być zupełnie różne. Wreszcie, może być to objaw stanu przedcukrzycowego. Wyniki badań wskazują bowiem, że nawet u 60% pacjentów z hiperglikemią

w czasie przyjęcia w ciągu następnego roku obserwacji ustalono rozpoznanie cukrzycy [1].

Pomocna tu może być klasyfikacja zaproponowana przez *Diabetes in Hospitals Writing Committee of the American Diabetes Association* (ADA). Wyróżniono w niej m.in. nowo rozpoznaną cukrzycę [glikemia na czczo > 6,9 mmol/l (125 mg/dl) lub przygodna > 11,1 mmol (200 mg/dl) w czasie pobytu w szpitalu, rozpoznanie musi być potwierdzone po wypisie] i hiperglikemię związaną z hospitalizacją [glikemia na czczo > 6,9 mmol/l (125 mg/dl) lub przygodna > 11,1 mmol (200 mg/dl) w czasie pobytu w szpitalu, powrót do wartości prawidłowych po wypisie] [5]. U chorych bez wywiadu cukrzycowego i z nieprawidłowymi glikemiami ADA zaleca również oznaczenie stężenia hemoglobiny glikowanej (HbA_{1c}), gdyż wartości > 6,5% sugerują nowo ujawnioną cukrzycę [3]. Wydaje się, że u chorych z hiperglikemią stresową w przebiegu OZW gospodarka węglowodanowa wraca do normy w ciągu 4–5 dob [1] i po tym czasie PTD zaleca u wszystkich osób bez rozpoznanej cukrzycy wykonanie doustnego testu tolerancji glukozy [2].

Bryniarski i wsp. [4] deklaruja, że opublikowane badanie jest pilotażowe. Z tym większym zainteresowaniem oczekujemy wyników pełnego badania.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Dungann KM, Braithwaite SS, Preiser J-Ch. Stress hyperglycaemia. *Lancet*, 2009; 373: 1798–1807.
2. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2011. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (http://www.google.pl/search?sourceid=navclient&aq=0&oq=zalecenia+PTD&hl=pl&ie=UTF-8&rlz=1T4SUNC_plPL357PL357&q=zalecenia+ptd+2011).
3. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes — 2010. *Diabetes Care*, 2010; 33 (suppl. 1): S11–S61.
4. Bryniarski L, Terlecki M, Bednarek A, Kocowska M, Szynal S, Kawecka-Jaszcz K. The effects of acute hyperglycaemia on the in-hospital and long-term prognosis in patients with an acute coronary syndrome — a pilot study. *Kardiologia Polska*, 2011; 69: 774–781.
5. Clement S, Braithwaite SS, Magee MF et al. Management of diabetes and hyperglycemia in hospitals. *Diabetes Care*, 2004; 27: 553–591.