

Kontrola glikemii – warunek powodzenia zabiegów rewaskularyzacyjnych

prof. zwyczaj. dr hab. med. Jacek Sieradzki

Katedra i Klinika Chorób Metabolicznych, Uniwersytet Jagielloński, Kraków



Wydawałoby się, że związek cukrzycy z chorobą niedokrwienną serca jest już ogólnie znany. W piśmiennictwie jako bardzo obrazowy podkreśla się wniosek z pracy Haffnera i wsp. [1], że ryzyko zgonu u chorego z cukrzycą, który zawału nie przeżył, jest takie jak osoby po zawale bez cukrzycy. Istnieje także wiele innych

danych klinicznych i epidemiologicznych, które wskazują nie tylko na znacznie większą częstość choroby niedokrwiennej serca w cukrzycy, ale także na znacznie mniej korzystny jej przebieg, obciążony nawet 3-krotnie wyższą śmiertelnością [2]. Z drugiej strony wiadomo, że zapobieganie cukrzycy i wczesne jej rozpoznanie mają kluczowe znaczenie w zahamowaniu postępu zmian sercowo-naczyniowych [3]. Również aktywne wieloczynnikowe leczenie cukrzycy, polegające nie tylko na wyrównaniu glikemii, ale także na kontroli lipidów, ciśnienia tętniczego czy leczeniu przeciwkrzepliwym, nie mówiąc o zmianie stylu życia (dieta, wysiłek fizyczny), ma kluczowe znaczenie w zmniejszeniu ryzyka chorób sercowo-naczyniowych [4, 5].

W tym kontekście znaczenia nabiera komentowana praca Grabarskiego i wsp., która wskazuje na rażące niedocenianie znaczenia wykrywania i leczenia zaburzeń gospodarki węglowodanowej u pacjentów kierowanych do planowanego zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego. Wykazanie u 32,5% chorych stanu przedcukrzycowego i u 10,3% nierozpoznanej wcześniej cukrzycy świadczy o istniejącym w dalszym ciągu braku zainteresowania bardzo przecież prostą diagnostyką zaburzeń gospodarki węglowodanowej u chorych z chorobą niedokrwinną serca, co wskazuje na niezrozumienie znaczenia wyrównania gospodarki węglowodanowej choćby dla powodzenia zabiegów rewaskularyzacyjnych. Do tego pesymistycznego wniosku można dodać nasze spostrzeżenia, że nawet wielokrotnie wykonywana (w całym panelu badań) ocena np. glikemii, wpisana do karty informacyjnej, nie powoduje podjęcia w stosunku do tych chorych żadnych kroków (np. postawienia rozpoznania i wydania zaleceń dietetycznych, farmakologicznych czy chociażby kontrolnych). Miejmy nadzieję, że omawiany artykuł zwróci uwagę na zaniedbania w tym zakresie.

Bardzo słusznie Autorzy omawianego artykułu posłużyli się niską granicą prawidłowej glikemii na czczo (100 mg/dl), zalecaną m.in. przez ADA [6] i Polskie Towarzystwo Diabetologiczne [7], bowiem liniowy związek choroby niedokrwiennej serca z poziomem glikemii nakazuje używanie jak najniższego punktu odcięcia prawidłowej glikemii, nawet wbrew pojedynczym, chyba oderwanym od rzeczywistości klinicznej epidemiologom, kwestionującym tę wartość [8].

Warto także zwrócić uwagę na to, że w pracy w stwierdzonych przypadkach jawnej cukrzycy występowały już zaburzenia hemodynamiczne w postaci zwiększenia objętości późnorozkurczowej lewej komory, charakterystyczne dla kardiomiopatii cukrzycowej. Trudno powiedzieć, czy był to skutek wyłącznie zaburzeń metabolicznych miocytów (kardiomiopatia metaboliczna) [9], czy także wynik zmian w naczyniach wieńcowych. W każdym razie był to skutek złego wyrównania gospodarki węglowodanowej, na co wskazywały wysokie wartości HbA_{1c}, niespełniające nie tylko kryteriów zalecanych przez PTD, ale nawet bardzo liberalnych kryteriów Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego (<7,0%) [6].

W kontekście analizy gospodarki węglowodanowej u pacjentów kierowanych do planowych zabiegów pomostowania aortalno-wieńcowego warto także wspomnieć o przygotowaniu tych chorych pod kątem wyrównania stanu przedcukrzycowego lub jawnej cukrzycy. W jawnej cukrzycy zabiegi te, podobnie jak wszystkie inne zabiegi, należy wykonywać w warunkach wyrównania cukrzycy metodą intensywnej insulinoterapii, niezależnie od dotychczasowego sposobu leczenia [7]. Wprawdzie nie ma jeszcze ukończonych prospektywnych badań oceniających znaczenie pełnego wyrównania cukrzycy dla powodzenia zabiegów rewaskularyzacyjnych, niemniej ścisły związek braku ich powodzenia ze stopniem niewyrównania cukrzycy nakazuje takie postępowanie z punktu widzenia klinicznego. Trudniejszym problemem jest postępowanie u chorych ze stanem przedcukrzycowym, bowiem żaden lek hipoglikemizujący nie jest zarejestrowany do stosowania w przypadkach nieprawidłowej glikemii na czczo czy nieprawidłowej tolerancji glukozy. Pozostaje dietetyczne przygotowanie pacjenta i, na ile czas pozwala, redukcja masy

ciała. Należy też, co jest jednym z przesłań komentowanej pracy, kontrolować gospodarkę węglowodanową tuż przed zabiegiem, a także po jego wykonaniu, aby w przypadkach rozwinięcia jawnej cukrzycy wdrożyć leczenie farmakologiczne.

Piśmiennictwo

1. Haffner SM, Lehto S, Ronnemaa T, et al. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med* 1998; 339: 229-34.
2. Gu K, Cowie CC, Harris MI. Mortality in adults with and without diabetes in a national cohort of the U.S. population, 1971-1993. *Diabetes Care* 1998, 21: 1138-45.
3. Chiasson JL, Josse RG, Gomis R, et al. Acarbose treatment and the risk of cardiovascular disease and hypertension in patients with impaired glucose tolerance: the STOP-NIDDM trial. *JAMA* 2003; 290: 486-94.
4. Gaede P, Vedel P, Larsen N, et al. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2003; 348: 383-93.
5. Steines W, Piehlmeier W, Schenkirsch G, et al. Effectiveness of a disease management programme for patients with type 2 diabetes mellitus and albuminuria in primary care – the PROSIT project (Proteinuria Screening and Intervention). *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2004; 112: 88-94.
6. American Diabetes Association. Clinical practice recommendations. *Diabetes Care* 2006; 29 (suppl. 1): S1-2.
7. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę. *Diabetol Prakt* 2006; 7 (supl. A): A1-A44.
8. Forouhi NG, Balkau B, Borch-Johnsen K, et al. The threshold for diagnosing impaired fasting glucose: a position statement by the European Diabetes Epidemiology Group. *Diabetologia* 2006; 49: 822-7.
9. Sieradzki J. Kardiomiopatia cukrzycowa. In: Cukrzyca. Sieradzki J. (ed.). *Via Medica*, Gdańsk 2006.