

# Zvýšená krátkodobá morbidita a mortalita po prekonanom AIM u pacientov s porušenou glykémiou nalačno v úrovni 110 mg/dl – 126 mg/dl, ale nie v úrovni 100 mg/dl – 110 mg/dl

J. Murín

Išlo o survey vo Francii (oblasť okolo mesta Dijon) a dôvodom boli isté informácie z medicínskej literatúry: (a) u pacientov s akútnym infarktom myokardu (AIM) je u osôb, ktoré majú súčasne hodnoty glykémie v úrovni 110 – 126 mg/dl (oproti osobám s normálnou glykémiou [ $< 110$  mg/dl]), zvýšený výskyt prejavov srdcového zlyhania (zvyšuje to významne riziko týchto pacientov); ak je glykémia nalačno normálna, je riziko vzniku srdcového zlyhania 6 %, ale ak je glykémia nalačno porušená, je riziko 12 % (teda 2-násobná prevalencia) (Eur Heart J 2004; 25: 308 – 312). (b) Nedávno Americká diabetologická asociácia (ADA) zmenila definíciu „porušenej glykémie nalačno“, a to posunom rozpätia glykémie (nie 110 – 126 mg/dl, ale už od 100 – 126 mg/dl).

Survey pacientov prebehol v období VII/2001 – VIII/2005 a zahrnul 2 353 pacientov s AIM (podmienkou na zaradenie bolo, aby osoby prežili piaty deň od infarktu). Hodnotili

30-dňovú mortalitu, výskyt srdcového zlyhania a arytmie. Glykémiu nalačno kontrolovali 2-krát (4. a 5. deň od vzniku ochorenia), vypočítali jej priemer. Pacientov potom rozdelili na 4 skupiny: (1) diabetici (glykémia nalačno  $\geq 126$  mg/dl); (2) vysoká porušená glykémia nalačno (110 – 126 mg/dl); (3) nízka porušená glykémia

nalačno (100 – 110 mg/dl) a (4) normálna glykémia nalačno ( $< 100$  mg/dl).

Výsledky: (a) Kam pacienti podľa glykémie nalačno patrili: 33 % malo zistený diabetes mellitus 2. typu ešte pred infarktom, u 8 % bol novodiagnostikovaný diabetes, 11 % osôb patrilo do oblasti „vyskej“ porušenej glykémie nalačno a 14 % osôb do oblasti „nízkej“ porušenej glykémie nalačno, len 34 % pacientov malo normálnu glykémiu nalačno (teda „len“ tretina pacientov). (b) Charakteristiky pacientov (od podskupiny osôb s normálnou glykémiou nalačno až po diabetikov 2. typu): Vek (stúpala od 61 r. po 71 r.), výskyt hypertenzie (stúpala od 42 % po 65 %), zastúpenie mužov (klesalo od 76 % po 67 %), prekonaný infarkt myokardu v minulosti (stúpala od 9 % po 19 %), výskyt STEMI a porucha kinetiky ľavej komory pri echokg vyšetrení sa nemerili v jednotlivých podskupinách pacientov, srdcová frekvencia (stúpala od 75/min. až po hodnotu 81/min.), systolický TK (138 mm Hg) bol podobný, prejavy srdcového zlyhania ( $>$  Killip 1) stúpali (od 12 % až po 33 %), použitie reperfúznej liečby klesalo (od 34 % po 27 %). (c) Kardiovaskulárna mortalita na 30 deň od vzniku ochorenia: normálna glykémia nalačno (1,8 %), „nízko“ porušená glykémia nalačno (1,0 %), „vysoko“ porušená glykémia nalačno (5,3 %) a u diabetikov (8,6 %). (d) Výskyt

srdcového zlyhania počas hospitalizácie v už uvedenom poradí poruchy glykémie nalačno bol: 20 %, 21 %, ale „vysoká“ porušená glykémia nalačno (až 41 %) a diabetici (45 %). (e) Výskyt reinfarktov v rovnakom poradí: 9 %, 11 %, 8 % a 10 % (teda nemenil sa). (f) Výskyt arytmií sa tiež nemenil: 10 %, 10 %, 11 %, 10,5 %. (g) Analýza rizika kardiovaskulárnej mortality do 30 dní od vzniku AIM podľa „glykémie nalačno“ (vyjadrené pomocou relatívneho rizika): normálna glykémia nalačno s RR 1,0, „nízko“ porušená glykémia nalačno s RR 0,84, „vysoko“ porušená glykémia nalačno s RR až 2,33 a u diabetikov bolo RR 2,64 (teda len „vysoko“ porušená glykémia nalačno [nie „nízko“ porušená glykémia nalačno] je rizikovým faktorom mortality). Táto analýza nebola zmenená zohľadnením veku, pohlavia, rizikovými faktormi. (h) Podobná analýza pre výskyt srdcového zlyhania počas hospitalizácie mala podobné trendy relatívneho rizika (RR): 1,0; 0,91; 1,71 a 1,82. (i) Hodnoty „zlomu“ v glykémii nalačno boli pre kardiovaskulárnu mortalitu 114 mg/dl a pre výskyt srdcového zlyhania 112 mg/dl. Záverom autor zdôraznil, že toto nebola klinická štúdia, ale pohľad na pacientov s AIM v reálnej praxi. Glykémia nalačno po AIM s hodnotou  $> 110$  mg/dl je rizikovým faktorom kardiovaskulárnej mortality i vývoja srdcového zlyhania.