

## Editorial

# Čo nové nám prinášajú posledné odporúčania Americkej diabetologickej spoločnosti 2015?

A. Dukát

Každoročne nám štandardné postupy (tzv. Standards of Care) prinášajú zmeny od predchádzajúcich odporúčaní, pričom v nich inkorporujú najnovšie výsledky medicíny dôkazov. Tak tomu je teraz aj v oblasti liečby diabetes mellitus [1].

Tak tomu bolo aj celkom nedávno, kedy ACC/AHA (American College of Cardiology/American Heart Association) priniesli zmeny v oblasti liečby dyslipidemií. ADA (American Diabetes Association) to v súčasnosti prináša v oblasti liečby diabetes mellitus.

1. Hranicou (cut-off point) pre skrining BMI v ázijskej populácii je teraz hodnota 23 oproti minulému 25. Je to preto, že v tejto skupine populácie je riziko rozvoja diabetes mellitus pri nižšom BMI vyššie než v iných populáciách. Tento fakt je dôležitý pre skriningové epidemiologické programy.
2. V doporučeníach je zdôraznená väčšia pohybová aktivita počas dňa, zvlášte u ľudí, ktorí majú sedavú prácu viac než 90 minút a viac. Doporučuje sa toto sedenie prerušiť a pohybovať sa vo svojom okolí. Toto je dôležitý fakt pre kardiovaskulárnu prevenciu.
3. Zdôraznil sa ďalší fakt, že tzv. elektronické cigarety, ako alternatíva ku bežným cigaretám, nepreukázali svoj benefit. Najdôležitejším faktorom je úplné prestanie fajčenia, čo je kruciálnym pre kardiovaskulárnu i onkologickú prevenciu v každej spoločnosti.

4. Cieľová hodnota diastolického krvného tlaku bola daná na hodnoty medzi 80 a 90 mm Hg.

5. Cieľová hodnota glykémie nalačno bola daná na hodnoty medzi 80 – 120 mg/dl. Je to rozdiel oproti predchádzajúcim 70 – 120, čo má význam pri liečbe pacientov inzulínom, kde je rozumné vyhnúť sa hypoglykémii pod 70 mg/dl.

6. V lipidových odporúčaníach sa viac nepoužíva kalkúlia rizika (na rozdiel od kardiologických odporúčaní).

Pacienti sa najprv rozdeľujú do dvoch skupín: do 40 rokov a nad 40 rokov života. Každý pacient nad 40 rokov by mal byť liečený statínom (voľba je medzi konvenčnou dávkou a maximálnou dávkou statínu). Vo všeobecnosti konvenčné dávky statínu sú pre pacientov, ktorí nie sú nositeľmi viacerých ďalších rizikových faktorov. U ostatných pacientov, najmä už po prekonanej závažnej kardiovaskulárnej príhode, alebo s viacerými prítomnými rizikovými faktormi, je indikovaná liečba s vysokými dávkami statínu.

Pre skupinu mladšiu ako 40 rokov je potrebné zistiť prítomnosť individuálnych rizikových faktorov, menovite hypertenzie, fajčenia, LDL-cholesterolu nad 100 mg/dl a nadváhy, či obezity. Ak je daná osoba aj mladšia, ako 40 rokov, pri prítomných rizikách má byť liečená konvenčnými dávkami statínu. A samozrejme bez ohľadu na nižší

vek, ak už bola prítomná kardiovaskulárna príhoda, taktiež by mali byť liečení statínom.

V našej klinickej praxi však máme viacero obmedzení, ak máme používať hore uvedené doporučované postupy. Existuje významná skupina pacientov (okolo 10%), ktorí netolerujú ani len nízke dávky statínov pri liečbe. Nie je jasné, ako by sa malo postupovať u týchto pacientov, či v liečbe použiť exenatid, či ezetimib, či viac sprísniť diету, či používať iné kombinácie liečiv. V odporúčaníach sa všade zdôrazňuje iba potreba liečby statínom. Často sa tu v praxi znižuje dávka statínu na nízke dávky, niekedy však pacient ani tieto netoleruje.

V odporúčaníach sa veľmi nehľadí na hodnoty LDL-cholesterolu, či celkového cholesterolu, okrem klasifikovania pacientov do skupín s vysokým, alebo nízkym rizikom. Teda doporučené liečby statínom v uvedenom lipidovom paneli je v podstate základom a nasledujú periodické kontroly adhérencie na liečbu a pohľad, čo sa skutočne deje s hladinami LDL-cholesterolu.

Kľúčovým je však v prevencii štýl života pacienta. Bez zmeny v diete a pohybovej aktivite nie je možné dosiahnuť žiaducu zmenu lipidových parametrov. Toto je potrebné zdôrazniť pacientovi pri zahájení hypolipidemickej liečby a kontrole jeho zvýšených lipidových parametrov.

Málo vieme tiež o liečbe pacientov vo vekovej skupine do 40 rokov. Vtedy

je ešte veľká skupina žien vo fertilnom veku a nevieme presne o liečbe tejto skupiny pacientiek. Princípy individualizovanej medicíny sú preto prioritné.

Taktiež nemáme dostatok vedomostí o skupine pacientov s diabetes mellitus 1. typu. Vieme s istotou, že majú zvýšené riziko kardiovaskulárnych príhod,

toto riziko však nie je identické, ako je u pacientov s diabetes mellitus 2. typu. Doporučenia prezentujú v tomto ohľade rovnaký prístup ku oboj skupinám diabetes mellitus (pre 1. i 2. typ). Aj keď je u oboch doporučovaná liečba statínom, rozumným je individuálny prístup (personalizovaná medicína predovšetkým u mladších pacientov).

## Literatúra

1. Standards of medical care in diabetes – 2015. Diabetes Care 2015; Suppl 1: S1–S87.

**prof. MUDr. Andrej Dukát, CSc., FRCP**

II. interná klinika LF UK a UN Bratislava  
andrej.dukat@sm.unb.sk