

Tab. 1. Priemerná hodnota LDL v čase diagnózy DM2T medzi mužmi a ženami vyjadrená mediánom a interkvartilovým rozptylom

LDL (mmol/l)				
Veková skupina	Ženy		Muži	
	Med(x)	R ₀	Med(x)	R ₀
30–39	NA	NA	3,95	1,00
40–49	3,10	0,48	3,08	1,69
50–59	3,66	1,11	3,65	1,26
60–69	3,39	1,66	3,16	0,94
70–79	3,26	1,16	3,01	0,96
80–89	2,41	2,03	2,21	1,11
90–99	NA	NA	2,52	0,17
Všetci	3,22	1,48	3,11	1,29

NA – neboli v súbore

Tab. 2. Priemerná hodnota HDL v čase diagnózy DM2T medzi mužmi a ženami vyjadrená mediánom a interkvartilovým rozptylom

HDL (mmol/l)				
Veková skupina	Ženy		muži	
	Med(x)	R ₀	Med(x)	R ₀
30–39	NA	NA	0,93	0,59
40–49	1,11	0,69	0,98	0,19
50–59	1,16	0,39	0,99	0,21
60–69	1,17	0,35	0,99	0,30
70–79	1,25	0,19	1,10	0,27
80–89	1,26	0,35	0,99	0,24
90–99	NA	NA	1,29	0,01
všetci	1,20	0,36	1,00	0,28

NA – neboli v súbore

Tab. 3. Priemerná hodnota TAG v čase diagnózy DM2T medzi mužmi a ženami vyjadrená mediánom a interkvartilovým rozptylom

TAG (mmol/l)				
Veková skupina	Ženy		muži	
	Med(x)	R ₀	Med(x)	R ₀
30–39	NA	NA	1,15	1,31
40–49	1,84	0,90	3,79	1,93
50–59	1,83	0,98	2,89	1,78
60–69	2,02	1,05	2,17	1,36
70–79	1,94	0,88	1,55	0,94
80–89	2,09	1,00	1,47	0,59
90–99	NA	NA	0,98	0,08
všetci	2,01	0,97	2,17	2,06

NA – neboli v súbore

Tab. 4. Počet pacientov s liečenou DLP statínom alebo fibrátom

Počet pacientov s DLP		
Veková skupina	ženy	muži
30–39	NA	1
40–49	2	7
50–59	10	16
60–69	16	26
70–79	9	8
80–89	5	6
90–99	NA	NA

NA – neboli v súbore

cieľom sledovania. Korelácia, vyjadrená pomocou neparametrického Spearmanovho korelačného koeficientu rho, medzi hodnotami TAG, HDL a LDL-cholesterolu s hodnotami HbA_{1c} ako aj s BMI v čase diagnózy ochorenia je uvedená v tab. 7. Hodnota BMI inverzne korelovala s koncentráciou HDL-cholesterolu v podskupine žien (Tab. 7). Hodnota HbA_{1c} signifikantne pozitívne korelovala s koncentráciou LDL-cholesterolu v celom súbore a v podskupine mužov, avšak nie v skupine žien (Tab. 8).

V našej štúdií v súbore 200 pacientov priemerné hodnoty HbA_{1c} pri stanovení diagnózy DM2T boli u mužov 7,55 ± 15 %, u žien 7,37 ± 11 % metódou DCCT. Priemerné hladiny LDL-cholesterolu boli u mužov 3,22 ± 1,48 mmol/l a u žien 3,11 ± 1,29 mmol/l a priemerné hodnoty krvného tlaku boli u mužov 120 ± 15/80 ± 1,25 a u žien 130 ± 20/80 ± 10 mm Hg. V čase stanovenia diagnózy DM2T malo 37,50 % diabetikov hladinu HbA_{1c} (DCCT) > 7,5 %, 75 % diabetikov malo hladinu LDL-cholesterolu > 2,50 mmol/l a 32 % diabetikov malo hodnoty systolického tlaku krvi (STK) > 130 mm Hg. V našom súbore pacientov (Tab. 9) s novodiagnostikovaným DM2T sme zaznamenali vysokú prevalenciu artériovej hypertenzie (82 mužov z celkového počtu 117, t.j. prevalencia 72 %, 66 žien z celkového počtu 83, t.j. prevalencia 80 %), avšak prevažná väčšina pacientov bola adekvátne liečená praktickým lekárom alebo internistom s využitím inhibítora enzýmu konvertujúceho angiotenzín (ACE) alebo sartanu ako lieku prvej voľby. ACE inhibítorm alebo sartánom bolo liečených 69 mužov z celkového počtu 82, t.j. 84 %, 43 žien z celkového počtu 66, t.j. 65 %.

Diskusia

Pacienti s DM2T majú zvýšené riziko rozvoja KV chorôb už v čase stanovenia diagnózy ochorenia. V našej práci sme potvrdili, že HbA_{1c} je parametrom nielen metabolickej kompenzácie diabetes mellitus, ale aj prediktorom aterogénnej dyslipidémie ako významného rizikového faktora KV chorôb. Pri interpretácii aktuálneho lipidogramu vždy zohľadňujeme aj aktuálnu kompenzáciu DM, ktorú vyhodnocujeme pomocou HbA_{1c}, selfmonitoringu aj postprandiálnych glykémii a v indikovaných prípadoch za pomoci glukózového senzoru. HbA_{1c} sleduje cestu neenzymatickej glykácie hemoglobínu v spojitosti s hladinou plazmatickej glukózy a slúži ako marker sledovania priemernej hladiny glukózy počas posledných 6–8 týždňov (8).

V publikovanej štúdií 509 pacientov (41,9 % mužov a 57,9 % žien) s DM2T pri hraničnej hodnote HbA_{1c} 7 % metódou DCCT malo 74 % pacientov vysoké TAG. Podľa výsledkov tejto štúdie zvýšil HbA_{1c} riziko hypertriacylglycerolémie o 2,69 (OR = 1,71–4,23, p < 0,001). To naznačuje zvýšené riziko aterogénnosti v dôsledku dyslipidémie spojennej s neuspokojivou kompenzáciou DM2T. U 67,8 % jedincov bol HbA_{1c} DCCT vyšší ako 7 %. Prevalencia vysokých TAG (> 3,885 mmol/l) bola 58,2 %. Vysoké hladiny LDL (> 2,59 mmol/l) boli zistené u 66 % pacientov. 81,7 % pacientov malo sedavý životný štýl. Podľa výsledkov tejto štúdie HbA_{1c} môže byť indikátorom hladiny TAG a môže byť jedným z prediktorov KV rizikových faktorov pri DM2T (9). Hypertriacylglycerolémia bola tiež podľa iných prác spojená s vysokou hladinou glukózy a zvýšeným rizikom DM2T (10, 11). V našom súbore pacientov vysoký HbA_{1c} zvyšoval riziko zvýšenia TAG v celom súbore pacientov s hraničnou významnosťou v podskupine mužov.