

Tab. 8. Spearmanov korelačný koeficient rho medzi HbA_{1c} (%) a sledovanými parametrami

	Celý súbor			Muži			Ženy		
	Rho	P-hodnota	N	Rho	P-hodnota	N	Rho	P-hodnota	N
LDL-cholesterol (mmol/l)	0,208	0,012*	144	0,373	<0,001*	86	-0,036	0,786	58
HDL-cholesterol (mmol/l)	-0,035	0,665	152	0,049	0,646	90	-0,063	0,626	62
TAG (mmol/l)	0,188	0,017*	160	0,176	0,090**	94	0,204	0,100	66
Glykémia nalačno (mmol/l)	0,671	<0,001*	163	0,672	<0,001*	97	0,641	<0,001*	66
ALT	0,088	0,264	162	0,096	0,350	97	0,076	0,548	65
GMT	0,153	0,052**	162	0,135	0,188	97	0,130	0,301	65
Vek (roky)	-0,160	0,040*	165	-0,171	0,093**	98	-0,119	0,337	67
Obvod pása (cm)	0,110	0,215	130	0,032	0,785	74	0,210	0,120	56
BMI (kg/m ²)	0,110	0,203	136	0,057	0,610	82	0,192	0,164	54

*statistická významnosť $p < 0,05$

**hraničná štatistická významnosť

Tab. 9. Hodnota krvného tlaku (TK) v mm Hg v čase diagnózy DM2T medzi mužmi a ženami vyjadrená mediánom (Med) a interkvartilovým rozptylom (RQ)

Veková skupina	TK _s (mm Hg)				TK _d (mm Hg)				
	ženy		muži		Veková skupina	ženy		muži	
	Med(x)	R _Q	Med(x)	R _Q		Med(x)	R _Q	Med(x)	R _Q
30–39	NA	NA	140,00	10,00	30–39	NA	NA	80,00	0,00
40–49	120,00	0,00	130,00	12,50	40–49	80,00	0,00	80,00	12,50
50–59	120,00	20,00	120,00	8,75	50–59	80,00	20,00	80,00	10,00
60–69	140,00	25,00	122,50	20,00	60–69	85,00	25,00	80,00	0,00
70–79	135,00	20,00	120,00	17,50	70–79	80,00	20,00	80,00	0,00
80–89	135,00	20,00	130,00	20,00	80–89	80,00	20,00	80,00	0,00
90–99	NA	NA	135,00	5,00	90–99	NA	NA	80,00	0,00
Všetci	130,00	20,00	120,00	15,00	všetci	80,00	10,00	80,00	1,25

NA – neboli v súbore

DM2T a o vysokom preventívnom potenciáli intervencií zameraných na liečbu hyperglykémie, hypercholesterolémie a artériovej hypertenzie (12). V publikovanej štúdií 275 pacientov realizovanej v rokoch 2012–2013 celkový cholesterol, triacylglyceroly a LDL-cholesterol boli nezávislé prediktory vyššieho HbA_{1c} a pri ich zvýšení o 1 mmol/l sa zvýšila pravdepodobnosť vyššieho HbA_{1c} o 30%, 34% a 42%. V tejto štúdií na rozdiel od našej aj nízka hladina HDL-cholesterolu bola nezávislý prediktor vyššieho HbA_{1c} a zvýšenie HDL o 1 mmol/l znížila pravdepodobnosť vyššieho HbA_{1c} o 56% (13).

Pacienti s DM2T majú zvýšenú endogénnu syntézu cholesterolu a zníženú absorpciu rastlinných sterolov a k čiastočnej úprave dochádza až pri redukcii telesnej hmotnosti, ktorá znižuje endogénnu syntézu cholesterolu a zvyšuje absorpciu rastlinných sterolov (5). U pacientov s DM2T je dôležité farmakologické ovplyvnenie malých denzných LDL častíc s cieľom znížiť ich oxidáciu nakoľko diétne obmedzenia bývajú napriek snahe pacientov málo efektívne. V anamnéze vždy pátrame po konzume alkoholu ako aj iných sekundárnych príčinách hypertriacylglycerolémie, ako napr. hypotyreóza, Addisonova choroba, Cushingov syndróm, nefrotický syndróm alebo iné chronické obličkové ochorenie, sepsa, lieky, dysgamaglobulinénia. U pacientov s inzulinovou rezistenciou sa z primárnych dyslipidémii vyskytuje familiárna kombinovaná hyperlipidémia, familiárna hypertriacylglycerolémia a chylomikronémia. O familiárnej dyslipidémii orientačne uvažujeme pri LDL ≥ 6 mmol/l a celkovom cholesterolu > 8 mmol/l (5). Pri návšteve u praktického lekára, internistu a diabetológa je dôležité, aby sa pacient aktívne zaujímal o svoje cieľové hodnoty liečby a naučil

sa rozumieť svojim výsledkom z laboratória. Pacient by mal vedieť, že vždy sú tam uvedené aj fyziologické hodnoty, ktoré však nemusia byť vždy pre pacienta cieľové, ale ktoré by mal aktívne porovnávať so svojimi výsledkami, aby bol motivovaný zmeniť svoj životný štýl. Ideálna by bola pre každého pacienta kartička individuálnych cieľových hodnôt liečby, ktoré by mohol porovnávať so svojimi výsledkami z laboratória. Ciele liečby by mali byť podľa odporúčaní Európskej spoločnosti pre aterosklerózu z roku 2016 hladina triacylglycerolov (TAG) pod 1,7 mmol/l, HDL u mužov nad 1 mmol/l a u žien nad 1,2 mmol/l a LDL menej ako 2,6 mmol/l (alebo zníženie hodnoty aspoň o 50% oproti východiskovej hodnote 2,6–5,2 mmol/l), resp. 1,8 mmol/l pri vysokom riziku KV chorôb (alebo aspoň zníženie hodnoty aspoň o 50% oproti východiskovej hodnote 1,8–3,5 mmol/l) (14). Primárnym cieľom liečby je koncentrácia LDL-cholesterolu. Koncentráciu LDL-cholesterolu ako primárny cieľ liečby možno nahradiť koncentráciou apolipoproteínu B (apoB), ktorého cieľová hodnota pre osoby s vysokým KV rizikom je menej ako 1 g/l a pre osoby s veľmi vysokým rizikom je menej ako 0,8 g/l (15). Ciele liečby boli podľa odporúčaní Európskej spoločnosti pre aterosklerózu z roku 2019 na základe výsledkov štúdií IMPROVE-IT, FOURIER a ODYSSEY OUT-COMES pre pacientov s vysokým rizikom zmenené: LDL menej ako 1,8 mmol/l (alebo zníženie hodnoty aspoň o 50% oproti východiskovej hodnote), resp. 1,4 mmol/l pri vysokom riziku KV chorôb (alebo aspoň zníženie hodnoty o 50% oproti východiskovej hodnote). Novinkou v odporúčaní je aj zavedenie kategórie super rizika. V prípade, že ak sa u pacienta po akútnom koronárnom syndróme vyskytne do 2 rokov druhá vaskulárna príhoda pri