

v primární prevenci kardiovaskulárních chorob je, nemá-li žádný další rizikový faktor, při jeho záchytu automaticky kategorizován do skupiny se středním rizikem s doporučenými hodnotami LDL-C < 2,6 mmol/l a snížením nejméně o 50 % hodnoty před léčbou, non-HDL-C < 3,4 mmol/l a apoB < 1 g/l. Trvá-li diabetes déle než 10 let či je-li přítomen další rizikový faktor, pak je léčen ve skupině s vysokým rizikem s doporučenými hodnotami LDL-C < 1,8 mmol/l a snížením nejméně o 50 % hodnoty před léčbou, non-HDL-C < 2,6 mmol/l a apoB < 0,8 g/l.

Pacient s DM po iCMP (stejně jako ostatní pacienti po iCMP) spadá do kategorie velmi vysokého rizika s doporučenými hodnotami LDL-C < 1,4 mmol/l a snížením nejméně o 50 % hodnoty před léčbou, non-HDL-C < 2,2 mmol/l a apoB < 0,65 g/l. Pokud u něho dojde k rekurentní iCMP do 2 let po první události při zavedení léčbě, pak pro něj (shodně s non-DM pacienty) platí extrémní riziko s ještě přísnějšími doporučenými parametry LDL-C < 1,0 mmol/l, non-HDL-C < 1,8 mmol/l a apoB < 0,55 g/l (10).

Metabolická kompenzace diabetu

Toto je kategorie zcela specifická pro DM, jejím základním parametrem je hodnota HbA1c. Přestože je hyperglykemie nezávislým rizikovým faktorem CMP, nebyl vliv snížení hodnot HbA1c na snížení rizika iCMP dosud prokázán (8). I pro tyto pacienty tedy platí obvyklá doporučení

optimální kompenzace HbA1c < 53 mmol/mol, s možným přísnějším cílem (42–48 mmol/mol pokud není zvýšena frekvence hypoglykemií) u mladých pacientů s kratší dobou trvání DM, či méně přísným (< 64 mmol/mol či < 75 mmol/mol) u pacientů starších s limitovanou dobou dožití, se stařeckou křehkostí a významnými komorbiditami včetně anamnézy těžkých hypoglykemií. Podrobnější doporučení kategorizace do těchto skupin metabolické kontroly však zatím nejsou stanovena, je tedy nutné ji určit na základě individuálního posouzení každého pacienta (11).

Nedávno publikovaný přehledný článek se zabýval i jednotlivými třídami antidiabetik s ohledem na jejich možný vliv na riziko CMP bez ohledu na primární či sekundární prevenci. Autoři uzavírají, že užití pioglitazonu a agonistů receptoru GLP-1 snižuje riziko CMP, zatímco u metforminu, glimepiridu, nateglinidu, inhibitorů alfa glukosidázy a inhibitorů DPP-4 a SGLT-2 nebylo ovlivnění tohoto rizika dosud prokázáno. Inzulín může být spojen s vyšším rizikem CMP, ale kauzalita prokázána zatím nebyla (12).

Závěrem lze tedy shrnout, že i diabetolog může významným způsobem ovlivnit prognózu svých pacientů v primární a sekundární prevenci CMP, a to komplexní intervencí rizikových faktorů přísně k cílovým hodnotám, správně individuálně nastavenou kompenzací diabetu, a pokud lze, tak i volbou vhodného či neutrálního antidiabetika.

LITERATURA

- Škorňa M. Co může internista udělat pro svého pacienta po iCMP? *Vnitř Lék* 2021; 67(1): 7–14.
- Emerging Risk Factors Collaboration: Sarwar N, Gao P, Seshasai SR et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *Lancet* 2010; 375: 2215–2222.
- Khoury JC, Kleindorfer D, Alwell K et al. Diabetes mellitus: a risk factor for ischemic stroke in a large biracial population. *Stroke*. 2013; 44(6): 1500–1504.
- Reeves MJ, Vaidya RS, Fonarow GC, Liang L, Smith EE, Matlonis R, Olson DM, Schwamm LH; Get With The Guidelines Steering Committee and Hospitals: Quality of care and outcomes in patients with diabetes hospitalized with ischemic stroke: findings from Get With the Guidelines-Stroke. *Stroke* 2010; 41: e409–e417.
- Newman GC, Bang H, Hussain SI, Toole JF. Association of diabetes, homocysteine, and HDL with cognition and disability after stroke. *Neurology* 2007; 69: 2054–2062.
- Kernan WN, Viscoli CM, Furie KL et al.; IRIS Trial Investigators: Pioglitazone after ischemic stroke or transient ischemic attack. *N Engl J Med*; 374: 1321–1331.
- Antithrombotic Trialists' Collaboration: Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002; 324: 71–86.
- Diabetes and Stroke. In: Cowie CC, Casagrande SS, Menke A, et al., *Diabetes in America*. Bethesda, 2018, 3rd edition.
- Doporučení pro diagnostiku a léčbu arteriální hypertenze České společnosti pro hypertenzi 2017. [cit. 2021–04–03]. Dostupné z WWW: <http://www.hypertension.cz/sqlcache/widimsky-1-hypertenze-kv-prevence-2018.pdf>.
- Česká společnost pro aterosklerózu. Stanovisko výboru České společnosti pro aterosklerózu k doporučením ESC/EAS pro diagnostiku a léčbu dyslipidemií z roku 2019. [cit. 2021–04–03]. Dostupné z WWW: <https://www.cskb.cz/wp-content/uploads/2019/12/Stnovisko-v%C3%BDboru-%C4%8Cesk%C3%A9-spole%C4%8Dnosti-pro-ateroskler%C3%B3zu-k-doporu%C4%8Den%C3%ADm-ESC-EAS-pro-diagnostiku-a-l%C3%A9%C4%8Dbu-dyslipidemi%C3%AD-z-roku-2019.pdf>
- Task Force Members. 2019 European Society of Cardiology guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *European Heart Journal* 2020; 41, 255323.
- David S.H. Bell, Edison Goncalves. Stroke in the patient with diabetes (Part 2) – Prevention and the effects of glucose lowering therapies. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2020; 164, 108199.