

STRESZCZENIE

Cukrzyca typu 2 (DM2) jest niezależnym czynnikiem ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego (CVD), a wzrost częstości jej występowania zwiększa zapadalność i umieralność z powodu tych chorób. Ważnym problemem zdrowia publicznego pozostaje opóźnione rozpoznanie zaburzeń węglowodanowych u pacjentów z CVD, wynikające głównie z braku prostego, czulego i swoistego markera biochemicznego. W związku z propozycją Międzynarodowego Komitetu Ekspertów (IEC) włączenia HbA_{1c} do diagnostyki zaburzeń węglowodanowych i rekomendowaniem tego wskaźnika, obok pomiaru glikemii, przez Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne, a także przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne we współpracy z Europejskim Towarzystwem Badań Nad Cukrzycą, jest porównywana trafność diagnostyczna obu tych metod laboratoryjnych, bazujących na odmiennych zjawiskach patofizjologicznych.

Istnieją pojedyncze prace, porównujące przydatność pomiaru HbA_{1c} i glikemii w rozpoznaniu DM2 i stanów jej ryzyka u chorych obciążonych kardiologicznie, nie ma jednak takich obserwacji w polskiej populacji. Nie ma także prac, porównujących wskaźniki metaboliczne chorych z zaburzeniami węglowodanowymi klasyfikowanymi według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego i IEC.

Fakt ten był przesłanką do podjęcia badania, którego celem było porównanie profilu klinicznego i biochemicznego pacjentów obciążonych CVD, u których zaburzenia węglowodanowe klasyfikowano na podstawie odsetka HbA_{1c} i glikemii.

Do badania zakwalifikowano 140 pacjentów (91 kobiet i 49 mężczyzn) hospitalizowanych z powodu CVD. Dokonano u nich pomiarów antropometrycznych oraz oceniono zaburzenia gospodarki węglowodanowej poprzez pomiar glikemii i odsetka HbA_{1c}, badano insulinemię, wykładniki insulinooporności/insulinowrażliwości, wskaźniki lipidowe i miażdżycorodne, markery stanu zapalnego oraz wskaźniki zaburzeń metabolicznych.

Przeprowadzone badanie ujawniło nierozpoznane wcześniej zaburzenia gospodarki węglowodanowej u około 50% pacjentów włączonych do badania. Wykazano małą zgodność diagnostyczną pomiaru glikemii i HbA_{1c}. Rekomendowana przez IEC wartość HbA_{1c} \geq 6,5% dawała 29% czułość i 93% specyficzność w wykrywaniu DM2. Obniżenie punktu odcięcia HbA_{1c} do \geq 6,1% optymalizowało kombinację czułości i swoistości (odpowiednio 60 i 72%). Podgrupy klasyfikowane na podstawie glikemii (G) różniły się charakterystyką kliniczną i biochemiczną od podgrup wyłonionych na podstawie odsetka HbA_{1c} (Hb). W podgrupach G otyłość trzewna, hiperinsulinizm, insulinooporność, zaburzenia węglowodanowe, aterogenna dyslipidemia i subkliniczny stan zapalny tworzyły ciąg przyczynowo – skutkowy powiązany z progresją miażdżycy. Odmienne niż hiperinsulinemia mechanizm, być może glikacja, stres oksydacyjny oraz wzrost TCH i LDL, odpowiadały za ten stan w podgrupach Hb.

Najważniejszym przesłaniem niniejszej pracy jest konieczność prowadzenia powszechnej diagnostyki zaburzeń węglowodanowych u pacjentów z CVD. Monitorowanie glikemii, w tym wykonywanie testu obciążenia glukozą, pozostaje u tych pacjentów nadal złotym standardem diagnostycznym.