proLékaře.cz | 13.11.2026

Diabetes mellitus a manažment jeho komorbidít



V poslednom období zaznamenávame podstatné zmeny v epidemiológii závažných ochorení v populácii. Diabetes mellitus sa dnes dostal od „nevýznamnej Popolušky" ku zdravotníckemu problému číslo 1 v podmienkach našej každodennej klinickej praxe.

Vzhľadom na extrémne vysoké náklady u pacientov s diabetes mellitus (viac než 10 biliónov libier v Spojenom kráľovstve) bol v uplynulých dvoch rokoch realizovaný audit tohto ochorenia. Je to totiž ochorenie s devastujúcimi vážnymi komplikáciami s následkom predčasného úmrtia. Komplikácie ako infarkt myokardu, cievna mozgová príhoda, či obličkové zlyhanie následne zvyšuje ekonomické dôsledky v krajine o ďalšie bilióny libier. Podľa údajov NHS Digital pacienti s diabetes mellitus, ktorí vynechajú pravidelnú ročnú kontrolu, majú až 2-násobne vyššie riziko predčasného úmrtia. Pripočítateľné riziko u pacientov s diabetes mellitus 1. typu bolo o 127,8 % vyššie a u pacientov s diabetes mellitus 2. typu bolo toto riziko o 28,4 % vyššie. V roku 2015 vo Veľkej Británii zomrelo 102 010 pacientov s diabetes mellitus, z nich tretina (33,4 %) na cievne ochorenia: ischemickú chorobu srdca, srdcové zlyhanie, či mozgovo-cievnu príhodu. (V tejto populácii v rovnakom roku cievne príčiny predstavovali 28,5 % úmrtí.)

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) na základe auditu tohto ochorenia v rokoch 2015–2016 odporučila pre klinickú prax v tejto skupine kontrolu deviatich ukazovateľov: glykémia (HbA_{1C}), krvný tlak, cholesterol, retinálny skríning, dolné končatiny, vyšetrenie moču, krvných parametrov, funkcie obličiek, telesnej hmotnosti a fajčiarsky status, pričom ich sledovanie sa má realizovať bez ohľadu na vek pacienta.

Pandémia diabetes mellitus a kardiovaskulárnych ochorení v súčasnosti viedla ku tvorbe takých modelov predikcie rizika, ktoré by umožnili včasnú identifikáciu pacientov s týmto nediagnostikovaným základným ochorením.

V podmienkach celej populácie stanovenie rizikového skóre následný benefit potom môže nasledovať po zahájení cielenej intervencie, vrátane získania pacientovej motivácie.

Rizikové skóre sa obvykle definuje ako to, ktoré:

- presne hodnotí dané individuálne riziko (predikcia je založená na skóre, ktoré presne určuje zistené a merané (kalibrácia)
- spoľahlivo rozlíši pacientov, ktorí majú vysokú pravdepodobnosť rizika oproti nízkemu riziku (diskriminácia)
- platí pre populácie všeobecne (generalizácia)

Do skórovacích systémov patria veľmi jednoduché zistenia parametrov životného štýlu pacienta, ako je napríklad pohybová aktivita, ale i zložitejšie, ako sú napríklad biomarkery (adiponektín, apolipoproteín B, C-reaktívny proteín, feritín), či celkom nové, ako napríklad 25-hydroxyvitamín D a B-typ natriuretických peptidov. Genomika identifikovala viacero miest (viac ako 12 lokusov) u diabetes mellitus 2. typu, ktoré sú vo vzťahu ku jeho patofyziológii a dysfunkcii B-buniek pankreasu, a 6 miest, ktoré sú vo vzťahu ku inzulinémii nalačno. Do rizikového skóre sa samozrejme zaraďujú aj zvýšené hladiny triacylglycerolov a znížené hladiny HDL-cholesterolu (zrejme vo vzťahu k inzulínovej rezistencii). Nasleduje informácia pre pacienta, (percepcia rizika), ktorá môže významne ovplyvniť jeho zahájenie na intervenciu, akceptáciu rizika a zmenu jeho doterajšieho života (vrátane liečby). Opätovne sa ukázalo zamerať kardiovaskulárnu prevenciu na osoby s prediabetom, nakoľko predstavuje podstatný a dôležitý faktor pre možnú prevenciu a liečbu budúcich komorbidít, makrovaskulárnych i mikrovaskulárnych komplikácií. Preventívne postupy je potrebné zamerať podstatne skôr, a to na detskú a adolescentnú populáciu. V súčasnosti sa totiž odhaduje, že iba 1 % populácie adolescentov možno klasifikovať tak, že majú ideálne zdravie. V populácii až alarmujúcim spôsobom narastá proporcia rizikových faktorov už od včasného detského veku. Keďže diabetes mellitus so svojimi komorbiditami významným spôsobom zaťažuje zdravotný systém, je preto imperatívom konečne realizovať inštitucionálne preventívne programy, čo je žiaľ zanedbávanou úlohou poskytovateľov zdravotného zabezpečenia v súčasnosti u nás. A aj preto sa neúnosne vysoké reziduálne kardiovaskulárne riziko u nás už dlhodobo nedarí znížiť. Pritom klameme sami seba! Úplne nezmyselne totiž vyhlasujeme, že Slovensku sa darí, keď každodenná realita nášho zdravotníctva i nášho školstva je celkom iná, veď nám to stále opakovane ukazujú štatistiky z Európskej únie, WHO, odborných spoločností, tak i Európy vôbec!

Milí čitatelia, verím, že vám nové číslo časopisu Forum diabetologicum bude prínosom vo vašej každodennej starostlivosti o pacientov s diabetom a že v ňom nájdete cenné informácie.

Váš
Andrej Dukát

✉ **prof. MUDr. Andrej Dukat, CSc., FRCP, FESC, FACP, FEFIM** | andrej.dukat@fmed.uniba.sk| www.fmed.uniba.sk

Literatúra

1. The National Diabetes Audit 2015–2016 Diabetes UK. WebMH Health News 2017. Dostupné z WWW: <https://digital.nhs.uk/catalogue/PUB30027>.
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2017. Diabetes Care 2017: 40(Suppl 1):S 1–S129.