

Tab. 1. Hlavné charakteristiky rôznych kategórií diabetes mellitus (1)

Hlavná charakteristika	DM 1. typu (vrátane LADA)	DM 2. typu	Špecifické typy DM*
Prevalencia	5 – 10%	90 – 95%	< 5%
Patofyziologické mechanizmy	Autoimunitná deštrukcia β-buniek pankreasu, ktorá zvyčajne vedie k absolútnemu nedostatku inzulínu	Progresívna strata adekvátnej sekrécie inzulínu β-bunkami pankreasu, často v dôsledku inzulínovej rezistencie	Genetické poruchy Farmakologicky vyvolané Infekcie Iné
Obvyklý vek nástupu	Od 6 mesiacov do mladej dospelosti; často v detstve alebo v dospievaní, ale aj u starších osôb (najmä LADA)	Zvyčajne u dospelých alebo starších osôb	Často postpubertálne (v závislosti od príčiny); < 6 mes. (novorodenecký DM); Gestačný** DM
Obvyklá rýchlosť nástupu	Akútna/rýchla	Zvyčajne postupná – od pomalého/ mierneho (často zákerého) začiatku až po závažný nástup DM	Variabilná (v závislosti od príčiny)
Klasické príznaky/ znaky pri diagnóze	Ketoacidóza (môže byť prvým príznakom); strata hmotnosti; polyúria a polydipsia	Často asymptomatické a zákeré; diagnóza je často zistená náhodne alebo po skríningu komplikácií; zriedkavo: ketoacidóza (spustená stresom/akútnym ochorením), hyperosmolárno hyperglykemický syndróm (pri dehydratácii)	Variabilné (v závislosti od príčiny)
Komplikácie	Akútne: ketoacidóza; hyperosmolárny hyperglykemický syndróm; laktátová acidóza; hypoglykémia Chronické: v priebehu času (ako pri DM 2. typu)	Makrovaskulárne (koronárne tepny, cerebrovaskulárne, periférne arteriálne ochorenie); Mikrovaskulárne (nefropatia, neuropatia, retinopatia); Ústne; dermatologické; reumatické/ muskuloskeletálne; gastrointestinálne; urogenitálne; sexuálne dysfunkcie; subfertilita	Variabilné (v závislosti od príčiny)
Nástup komplikácií	Akútne: často pri prezentácii Chronické: postupom času v dospelosti/ staršom veku	Akútne: premenlivý (menej častý, spúšťaný stresom) Chronické: často pri prezentácii alebo v priebehu času, najmä pri nekontrolovanom DM)	Variabilný (v závislosti od príčiny)
Nadváha/obezita	Menej častá	Bežná/častá	Variabilný (v závislosti od príčiny)
Inzulínová rezistencia	Nie	Bežná/častá	Variabilný (v závislosti od príčiny)
Autoimunita	Bežná/častá	Zriedkavá	Častá pri novorodeneckom DM
Inzulínová terapia	Potrebná pre prežitie	Možno/niekedy potrebná pri dlhotrvajúcom DM a/alebo pre optimálnu kontrolu glukózy	Možno/niekedy potrebná pri dlhotrvajúcom DM a/alebo pre optimálnu kontrolu glukózy

*v dôsledku iných príčin

**DM diagnostikovaný v druhom alebo treťom trimestri gravidity, ktorý nebol zjavný pred tehotenstvom

DM – diabetes mellitus

LADA – late autoimmune diabetes of the adult (neskorý autoimunitný diabetes dospelých)

klinické príznaky diabetu (polyúria, polydipsia, dehydratácia, úbytok hmotnosti, únavnosť, poruchy vedomia a pod.) sú výsledkom metabolických porúch, ale nemusia byť prítomné vždy. Nebezpečie akýchkoľvek komplikácií (akútnych až život ohrozujúcich, chronických znižujúcich kvalitu života a pod.) je vyššie najmä v prípadoch nerozpoznaného, alebo nedostatočne kontrolovaného DM. Diabetes zvyšuje rizikovosť a frekvenciu urologických ťažkostí a naopak urologické ochorenia (najmä zápaly) môžu viesť k dekompenzáci DM. Pri manažmente diabetika musí mať urológ dostatočné vedomosti o základnom ochorení a v prípade potreby by mala byť samozrejmosťou úzka spolupráca s diabetológom. Náchylnosť k infekciám väčšinou koreluje s kompenzáciou DM, pretože u správne liečených a dobre kompenzovaných diabetikov nie

je výskyt symptomatických infekcií výrazne vyšší v porovnaní s jedincami bez DM (3, 4).

Zápalové ochorenia urogenitálneho traktu u diabetikov

Častejší výskyt zápalových ochorení u diabetikov je možné zjednodušene vysvetliť zhoršeným prekrvením/hypoxiou tkanív, poruchou imunitných mechanizmov (najmä bunkovej imunity a fagocytózy), alteráciou nervového systému a pod. Väčšina defektov má priamy vzťah k nedostatku inzulínu, hyperglykémii a acidóze. Pri dekompenzáci diabetu boli preukázané poruchy fagocytózy a intracelulárnej aktivity neutrofilných granulocytov, čo predisponuje k vyššej náchylnosti k bakteriálnym a kvasinkovým infekciám. Mikroangiopatia a následná tkanivová

hypoxia podporujú šírenie infekcie v tkanive a tiež sa negatívne podieľajú na horšom prieniku antibiotík (ATB) do miesta infekcie. Autonómna/diabetická neuropatia s poruchou vyprázdňovania močového mechúra prispieva k zhoršeniu pacientovej prognózy (3, 5, 6, 7).

Infekcia močových ciest (IMC) by mala byť podozrivá u každého diabetického pacienta s príznakmi postihnutia dolných (polakizúria, noktúria, urgencia, dyzúria, suprapubická bolesť a pod.) alebo horných (bolesť/citlivosť v kostovertebrálnom uhle, horúčka, zimnica a pod.) močových ciest. Nutkania na močenie, bolesť v podbrušku a absencia genitálnych príznakov (napr. vaginálny fluór) korelovali s \geq tromi IMC/rok u žien s DM (8). Najčastejší pôvod infekcie je ascendentný z oblasti vonkajšieho genitálu a najbežnejšími