

# Комментарии к «Рекомендациям по лечению сахарного диабета, преддиабета и сердечно-сосудистых заболеваний»

М.В. Шестакова

Институт диабета Эндокринологического научного центра Росмедтехнологий

Сахарный диабет 2-го типа (СД 2) в настоящее время приобрел масштабы глобальной междисциплинарной медико-социальной проблемы, объединяющей специалистов разных медицинских направлений: эндокринологов-диабетологов, кардиологов, нефрологов, неврологов, офтальмологов, гастроэнтерологов и терапевтов. Это объясняется тем, что СД 2 является системным заболеванием, поражающим микро- и макрососудистое русло органов и тканей и, следовательно, приводящим к патологии этих систем, в первую очередь – к патологии сердечно-сосудистой системы. Установлено, что даже неосложненный СД 2 сопряжен с таким же риском сердечно-сосудистой патологии, как и перенесенный инфаркт миокарда у лиц без СД. Более того, почти в 50% случаев ИБС выявляется СД 2 или преддиабет (нарушенная толерантность к глюкозе и/или гипергликемия натощак).

Столь тесная связь между СД 2, преддиабетом и сердечно-сосудистыми заболеваниями привела к необходимости объединить усилия Европейской ассоциации по изучению сахарного диабета (EASD) и Европейского общества кардиологов (ESC) в создании единых рекомендаций по раннему выявлению, профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний у больных с нарушениями углеводного обмена.

## Раннее выявление риска СД 2 и сердечно-сосудистых заболеваний

Чрезвычайно важно, что данные рекомендации ориентированы на врача любой медицинской специальности, который встречается с больными с метаболическим синдромом, преддиабетом или СД 2. Поэтому в указанных рекомендациях сделан особый акцент на раннее выявление лиц, имеющих высокий риск СД 2 или сердечно-сосудистых заболеваний. Для характеристики риска СД 2 в рекомендации внесен тест-опросник, предложенный экспертами общества эндокринологов Финляндии (FINDRISK), оценивающий возможность заболеть СД 2 в течение 10 лет. Тест содержит простые параметры, не требующие специального медицинского оборудования для их определения (возраст, индекс массы тела, окружность талии, физическая активность, прием антигипертензивных препаратов, указания на перенесенный гестационный диабет и на наследственную предрасположенность к диабету). Ответы оце-

ниваются в баллах. При высоком и очень высоком риске СД 2 рекомендуется проведение перорального теста толерантности к глюкозе (ПТТГ). При этом подчеркивается, что уровень постпрандиальной гликемии (через 2 ч. после нагрузки глюкозой) является более информативным фактором риска развития сердечно-сосудистой патологии, чем гликемия натощак (рекомендация класса I уровня А). Важно отметить, что постпрандиальная гипергликемия даже при отсутствии СД 2 является самостоятельным фактором риска.

Принципиально новым является предложение проводить ПТТГ всем больным с установленной ИБС и ранее не диагностированным диабетом (рекомендация класса I уровня В).

Для предупреждения развития СД 2 у лиц с высоким риском, а также профилактики сердечно-сосудистых заболеваний рекомендуется изменение образа жизни, т.е. активизация режима физических нагрузок и ограничение в приеме высококалорийной пищи. Приводятся убедительные данные международных исследований DPS, DPP, Malmo, Da Qing о том, что изменение образа жизни у пациентов с нарушенной толерантностью к глюкозе в течение 3 - 6 лет наблюдения снизило относительный риск СД 2 на 46–63%. В качестве комментария хотелось бы отметить, что, как правило, даже самые мотивированные пациенты, ориентированные на здоровый образ жизни, не способны следовать ему постоянно. Данные же этих международных испытаний указывают на то, что после «выхода» пациентов из исследования их вес постепенно нарастает и уже через 2 г. превышает исходный, что вновь увеличивает риск СД 2. Здоровый образ жизни – это тоже «лекарство», которое необходимо «принимать» постоянно, иначе риск СД 2 и сердечно-сосудистой патологии вновь возвращается, поскольку не устранена основная причина развития этих заболеваний – инсулинорезистентность. Если изменение образа жизни не приводит к желаемому метаболическому контролю у лиц с нарушенной толерантностью к глюкозе, то рекомендуется применение препаратов, снижающих постпрандиальную гипергликемию (акарбоза) или устраняющих инсулинорезистентность тканей (метформин или розиглитазон); это нашло подтверждение в рандомизированных клинических исследованиях STOP-NIDDM, DPP, DREAM.

## Профилактика СД 2 и сердечно-сосудистых заболеваний

В данном документе рассматриваются возможности профилактики сердечно-сосудистых осложнений при СД путем воздействия на ведущие факторы риска – гипергликемию, дислипидемию, артериальную гипертензию.

Самым высоким уровнем доказанности (класс I уровень A) обладают следующие положения:

- структурированное обучение пациентов улучшает метаболический контроль и контроль уровня АД;
- нефармакологическое вмешательство (изменение образа жизни) улучшает метаболический контроль;
- самоконтроль гликемии улучшает компенсацию диабета;
- достижение целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) 6,5% снижает частоту микро- и макрососудистых осложнений диабета;
- интенсивная инсулинотерапия при СД 1 снижает инвалидизацию и смертность больных.

Широко обсуждаемая в настоящее время концепция раннего начала инсулинотерапии у больных СД 2 с целью достижения оптимального контроля гликемии и предупреждения прогрессирования осложнений подтверждена лишь в небольших ретроспективных исследованиях и принята только на уровне консенсуса специалистов-экспертов (класс IIb, уровень C). Результаты широкомасштабных рандомизированных клинических исследований по инсулинотерапии у больных с нарушенной толерантностью к глюкозе с целью профилактики СД 2 и сердечно-сосудистых осложнений (исследование ORIGIN) планируется получить к 2008-2009 г.

В разделе «Контроль дислипидемии» к рекомендациям, не вызывающим сомнений (класс I уровень A или B), отнесены следующие:

- высокий уровень ХС ЛПНП и низкий уровень ХС ЛПВП являются важными факторами риска ИБС у лиц с СД;
- статины являются препаратами первого ряда выбора при высоком уровне ХС ЛНП у больных СД;
- если у больного СД установлен диагноз ИБС, то терапию статинами необходимо начинать вне зависимости от исходного уровня ХС ЛПНП до достижения целевых значений < 1.8 – 2.0 ммоль/л (70-77 мг%).

Дана также очень важная в целом (и для России в частности) рекомендация, что терапию статинами у больных СД 2 необходимо начинать даже без установленной ИБС, если уровень ХС ЛПНП > 3,5 ммоль/л (135 мг%). Терапию фибратами, никотиновой кислотой или эзетимибом рекомендуется присоединить тогда, когда лечение статинами в достаточных дозах не приводит к достижению целевого уровня триглицеридов < 2 ммоль/л (177 мг%).

Нередко у практикующих врачей сохраняется наде-

жда на то, что при адекватной сахароснижающей терапии у больных СД липидный обмен нормализуется без добавления статинов. Это мнение ошибочно. Безусловно, углеводный и липидный обмен тесно взаимосвязаны, и выраженная гипергликемия провоцирует развитие и/или поддерживает дислипидемию. Однако нормализация углеводного обмена требует времени и не приводит к адекватной коррекции атерогенной дислипидемии. В результате, больной постоянно находится в условиях высокого риска сердечно-сосудистых осложнений. Медикаментозная коррекция дислипидемии необходима пациентам с СД вне зависимости от состояния компенсации углеводного обмена.

В раздел «Контроль артериального давления» внесены рекомендации, имеющие только самый высокий уровень доказанности (класс I уровень A или B):

- целевой уровень АД для больных СД составляет < 130/80 мм рт.ст.;
- сердечно-сосудистый риск у больных СД и артериальной гипертензией повышен и может быть снижен с помощью эффективной антигипертензивной терапии;
- как правило, больные СД нуждаются в комбинированной антигипертензивной терапии для достижения целевых значений АД;
- препаратами первого ряда выбора для контроля АД у больных СД являются блокаторы ренин-ангиотензиновой системы (РАС);
- скрининг на микроальбуминурию и контроль АД с помощью блокаторов РАС (ингибиторов АПФ или блокаторов рецепторов ангиотензина II) снижает частоту развития микро- и макрососудистых осложнений как при СД 1, так и при СД 2.

В Европейских рекомендациях по лечению артериальной гипертензии (АГ) 2003 г. антигипертензивная терапия больных СД 1 и 2 рассматривалась отдельно. Больным СД 1 в качестве препаратов первого ряда выбора рекомендовались ингибиторы АПФ, а больным СД 2 – блокаторы рецепторов ангиотензина II. В настоящее время (что нашло отражение в рекомендациях ESC-EASD 2007) накоплено достаточно данных, подтверждающих, что обе группы препаратов, блокирующих высокую активность тканевой РАС, имеют неоспоримые преимущества перед другими классами препаратов как кардио- и нефропротекторы у всех больных СД с АГ вне зависимости от типа СД.

## Лечение сердечно-сосудистых заболеваний у больных СД

В разделах, касающихся лечения сердечно-сосудистых заболеваний у больных СД, отдельно представлены рекомендации по тактике ведения больных с ИБС, сердечной недостаточностью, аритмиями и фибрилляцией предсердий, инсультом в период острой недостаточности кровообращения, а также при проведении ре-

васкуляризации.

Вновь обращается внимание на особенности течения ИБС при СД, которая может иметь «немой» (без болевой) характер вследствие наличия диабетической автономной нейропатии. В связи с этим, в алгоритм обследования каждого больного с СД без ранее установленной ИБС внесены такие обязательные методы обследования, как эхокардиография и нагрузочные тесты. В рекомендациях подчеркивается, что СД не должен служить противопоказанием к коронарной ангиографии и реваскуляризации коронарных сосудов, если это необходимо, поскольку данные доказательной медицины свидетельствуют о равной эффективности этих методов лечения у больных с СД и без него.

При остром коронарном синдроме у больных СД, как и у пациентов без СД, необходимо назначение бета-блокаторов, аспирина, ингибиторов рецепторов АДФ-зависимой агрегации тромбоцитов (клопидогрел). Обращается особое внимание на то, что в остром периоде необходимо обеспечить нормогликемию как можно скорее. Для достижения этой цели нужно немедленно начать инсулинотерапию. В то же время указывается еще и на то, что если больной поступил в состоянии компенсации углеводного обмена на фоне ранее применявшихся пероральных сахароснижающих средств, то эту терапию можно продолжать.

Для предупреждения сердечно-сосудистых событий больным СД и ИБС показана терапия ингибиторами АПФ (рекомендация класса I уровня А).

Для профилактики инсультов у больных СД важен, в первую очередь, жесткий контроль уровня АД. Взаимосвязь между риском инсульта и уровнем гипергликемии на настоящий момент менее очевидна, чем между инфарктом миокарда и гипергликемией. Лечение больных СД с перенесенным инсультом проводится по тем же принципам, что и больных без СД.

### Экономические аспекты в лечении СД и сердечно-сосудистых осложнений

Крайне важным аспектом данных рекомендаций является оценка «экономической рентабельности» лечения больных СД с целью первичной и вторичной профилактики развития сердечно-сосудистых осложнений. Два положения данного документа рассматриваются с позиций доказательной медицины и отнесены к рекомендациям самого высокого уровня доказанности (класс I уровень А):

- липидснижающая терапия для предупреждения развития сосудистых осложнений экономически выгодна;
- жесткий контроль артериальной гипертензии экономически выгоден.

Эти данные были подтверждены в ходе анализа затрат на лечение больных СД 2 с сосудистыми осложнениями и без таковых в 8 странах Европы (Великобритания, Швеция, Испания, Италия, Германия, Франция, Бельгия, Нидерланды). Наибольшие финансовые затраты приходится не на лечение самого СД, а на лечение его сосудистых осложнений. Если у пациента имеются одновременно микро- и макрососудистые осложнения, то затраты на его лечение возрастают в 3,5 раза. Именно поэтому профилактика сосудистых осложнений – самый главный фактор не только сохранения здоровья нации, но и эффективный метод экономии государственных средств.

Сегодня в России специалистами-экспертами под руководством Минздравсоцразвития ведется работа по созданию или обновлению стандартов амбулаторной и стационарной медицинской помощи по всем медицинским направлениям, в том числе по оказанию помощи больным СД, больным с ИБС, с АГ. Крайне важно, чтобы те позиции в области профилактики и лечения указанных заболеваний, которые имеют высокую доказательную базу эффективности и экономической оправданности, были включены в «Национальные стандарты» и «Национальные рекомендации».