

Комментарии эндокринолога к Рекомендациям по сахарному диабету, предиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям ESC-EASD 2007

Проф. М.В. Шестакова

Директор Института диабета
Эндокринологического научного центра Росмедтехнологий

Сахарный диабет 2 типа (СД 2) в настоящее время приобрел масштабы глобальной междисциплинарной медико-социальной проблемы, объединяющей специалистов разных медицинских направлений: эндокринологов-диabetологов, 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, и в первую очередь – к патологии сердечно-сосудистой системы. Установлено, что наличие даже неосложненного СД 2 несет в себе такой же риск развития сердечно-сосудистой патологии, как и перенесенный инфаркт миокарда у лиц без сахарного диабета. Более того, почти в 50% случаев больные с установленным диагнозом ИБС имеют не выявленный ранее СД 2 или состояние предиабета (т.е. **нарушенную толерантность к глюкозе и/или гипергликемию натощак**).

Столь тесная взаимосвязь между СД 2, предиабетом 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.

I. Ранее выявление риска СД 2 и сердечно-сосудистых заболеваний

Чрезвычайно важно, что данные рекомендации ориентированы на практикующего врача любой медицинской специальности, который встречается с больными с метаболическим синдромом, предиабетом или СД 2. Поэтому прежде всего в указанных рекомендациях сделан особый акцент на раннее выявление лиц, имеющих высокий риск развития СД 2 или сердечно-сосудистых заболеваний. Для характеристики риска развития 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 оцениваются в баллах. При наличии высокого и очень высокого риска развития СД 2 рекомендуется проведение перорального теста толерантности к глюкозе (ПТТГ). При этом подчеркивается, что **уровень постприандиальной гликемии** (через 2 ч после проведенной нагрузки глюкозой в ходе ПТТГ) является **более информативным фактором риска развития сердечно-сосудистой патологии, чем гликемия натощак (рекомендация класса I уровня А)**. Важно отметить, что постпри-

андиальная гипергликемия даже при отсутствии СД 2 является самостоятельным фактором риска.

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

В качестве профилактической меры для предупреждения развития СД 2 у лиц с высоким риском, а также профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний рекомендуется изменение образа жизни, т.е. активизация режима физических нагрузок и ограничения в приеме высококалорийной пищи. Приводятся убедительные данные международных исследований (DPS, DPP, Malmö, Da Qing) о том, что изменение образа жизни у пациентов с нарушенной толерантностью к глюкозе в течение 3–6 лет наблюдения снизило относительный риск развития 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 этих же международных испытаний указывают на то, что после «выхода» пациентов из исследования их вес постепенно нарастает и уже через 2 года превышает исходный (вес до начала исследования), что вновь повышает риск развития СД 2. Здоровый образ жизни – это тоже «лекарство», которое необходимо «принимать» постоянно, иначе риск развития 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 постприандиальную гипергликемию (акарбоза) или устраняющих инсулинорезистентность тканей (метформин или розиглитазон), что нашло подтверждение в рандомизированных клинических трайлах STOP-NIDDM, DPP, DREAM.

II. 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.

В разделе «Контроль гипергликемии» к рекомендациям самого высокого уровня доказанности (класс I уровень А) отнесены следующие.

- Структурированное обучение пациентов улучшает метаболический контроль и контроль уровня АД.
- Нефармакологические вмешательства (изменение образа жизни) улучшают метаболический контроль.
- Самоконтроль гликемии улучшает компенсацию диабета.
- Достижение целевого значения уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) < 6,5% снижает частоту микро- и макрососудистых осложнений диабета.

- Интенсивная инсулинотерапия при СД 1 снижает инвалидизацию и смертность больных.

Однако широко обсуждаемая в настоящее время **концепция раннего начала инсулинотерапии у больных СД 2** с целью достижения оптимального контроля гликемии и предупреждения прогрессирования осложнений пока еще не прошла тестирования в крупных рандомизированных клинических испытаниях. Она подтверждена в небольших ретроспективных исследованиях и принята только на уровне консенсуса специалистов-экспертов (класс IIb, уровень C). Необходимо отметить, что в настоящее время ведутся широкомасштабные рандомизированные клинические исследования по применению инсулинотерапии у больных с нарушенной толерантностью к глюкозе с целью предупреждения развития СД 2 и сердечно-сосудистых осложнений (исследование ORIGIN), результаты которых планируется получить к 2008–2009 гг.

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

- Высокий уровень ХЛНП и низкий уровень ХЛВП являются важными факторами риска ИБС у лиц с СД.

- Статины являются препаратами первого ряда выбора при высоком уровне ХЛНП у больных СД.

- Если у больного СД установлен диагноз ИБС, то терапию статинами необходимо начинать вне зависимости от исходного уровня ХЛНП до достижения целевых значений < 1,8–2,0 ммоль/л (70–77 мг/дл).

В данное руководство также внесена очень важная в целом (для России в частности) рекомендация о том, что **терапию статинами больным СД 2 необходимо начинать даже без установленной ИБС, если уровень общего холестерина > 3,5 ммоль/л (135 мг/дл)**. Эта рекомендация ориентирует врача на уровень *общего холестерина*, измерить который есть возможность в каждом лечебном учреждении (в случае, если отсутствуют возможности определения фракций холестерина). Терапию фибратами, никотиновой кислотой или эзетимибом рекомендовано присоединить тогда, когда лечение статинами в достаточных дозах не привело к достижению целевого уровня триглицеридов < 2 ммоль/л (177 мг/дл).

Нередко у практикующих врачей сохраняется надежда на то, что если больному СД подобрана адекватная сахароснижающая терапия и имеется тенденция к нормализации углеводного обмена, то липидный обмен также может нормализоваться без добавления статинов. Это ошибочное мнение! Безусловно углеводный и липидный обмен тесно взаимосвязаны, и выраженная гипергликемия провоцирует развитие и/или поддерживает дислипидемию. Однако *нормализация углеводного обмена* даже при правильно подобранной терапии требует немалого времени и *не приводит к адекватной коррекции атерогенной дислипидемии* (на этот факт обращается особое внимание в данном руководстве!). В результате больной постоянно находится в условиях высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Поэтому 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.

Данные рекомендации вслед за **Европейскими рекомендациями по лечению АГ 2007 г.** наконец преодолели то разногласие, которое было внесено в Европейские рекомендации по лечению АГ 2003 г., где АГ-терапия больных СД 1 и СД 2 рассматривались отдельно, при этом больным с СД 1 в качестве препаратов первого ряда выбора рекомендовались ингибиторы АПФ, а больным СД 2 – блокаторы рецепторов ангиотензина II. В настоящее время накоплена достаточная доказательная база, подтверждающая, 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 диабета**.

III. 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 операций реваскуляризации.

Вновь обращается внимание на особенности течения ИБС при СД, которая может иметь «немой» (безболевого) 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 быть противопоказанием к проведению коронарной ангиографии и реваскуляризации коронарных сосудов, если это необходимо, поскольку доказательная медицина говорит о том, что эти методы лечения у больных СД столь же эффективны, как и у лиц, не имеющих СД.

При **остром коронарном синдроме** у больных СД, как и у пациентов без СД, необходимо назначение β-блокаторов, аспирина, ингибиторов рецепторов АДФ-зависимой агрегации тромбоцитов (клопидогрель). 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 также на то, что если больной поступил в состоянии компенсации углеводного обмена на фоне ранее применявшихся пероральных сахароснижающих средств, то эту терапию можно продолжить.

Для предупреждения повторных ишемических атак больным СД и ИБС показана терапия ингибиторами АПФ (рекомендация класса I уровня A).

Для профилактики инсультов у больных СД важен в первую очередь жесткий контроль уровня АД. Взаимосвязь между риском развития инсульта и уровнем гипергликемии на настоящий момент менее исследована и менее очевидна,

чем между инфарктом миокарда и гипергликемией. Лечение больных СД с перенесенным инсультом проводится по тем же принципам, что и больных без СД.

IV. 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 (cost-effective).**

• **Жесткий контроль артериальной гипертензии ЭКОНОМИЧЕСКИ ВЫГОДЕН (cost-effective).**

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). Было показано, что наибольшие финансовые затраты приходятся не на лечение самого сахарного диабета, 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 Министерства здравоохранения и социального развития РФ ведется работа по созданию или обновлению стандартов амбулаторной и стационарной медицинской помощи по всем медицинским направлениям, в том числе по оказанию помощи больным сахарным диабетом, больным с ИБС, с артериальной гипертензией. Крайне важно, чтобы те позиции в области профилактики и лечения указанных заболеваний, которые имеют высокую доказательную базу их эффективности и экономической оправданности обязательно были включены в «Национальные стандарты» и «Национальные рекомендации», и чтобы эти методы лечения были доступны нашим пациентам.

К сведению авторов

117036, Москва, ул. Дм. Ульянова, 11.

Редакция журнала «Сахарный диабет». Тел.: 129-01-24

При направлении статьи в редакцию рекомендуется руководствоваться следующими правилами.

1. На 1-й стр. указывается название статьи, инициалы и фамилия автора(ов), название учреждения, из которого выходит статья, звание и фамилия руководителя учреждения, город.

2. Статья должна быть завизирована руководителем учреждения и представлена в редакцию в распечатанном виде в двух экземплярах с обязательным приложением дискеты. Последняя страница текста статьи подписывается всеми авторами с указаниями имени, отчества, фамилии, почтового адреса, телефона (рабочего или домашнего).

3. Объем оригинальной работы не должен превышать 8 стр. стандартного текста (формат листа А4, поля по 2 см, шрифт Times New Roman 14, интервал – 2), заметок из практики – 3, лекций – 12, обзора литературы – 15, рецензий – 3 стр.

При подготовке статей просьба ограничивать список литературы.

4. Объем графического материала минимальный. На обороте рисунка карандашом пишется порядковый номер, фамилия автора, название статьи и обозначения «верх» и «низ».

5. На отдельном листе прилагаются подрисуночные подписи в порядке нумерации рисунков. В подписях к микрофотографиям следует указать степень увеличения, метод окраски препарата.

6. Таблицы должны иметь заголовки и четко обозначенные графы, удобные и понятные для чтения. Данные таблицы должны соответствовать цифрам в тексте.

7. В тексте статьи в соответствующих местах даются ссылки на рисунки и таблицы. На полях рукописи отмечается расположение их в тексте.

8. План построения статьи следующий: краткое введение, цель и задачи исследования, материалы и методы, результаты и их обсуждение, выводы, список цитированной литературы, резюме. Сокращения отдельных слов, терминов (кроме общепринятых) не допускаются.

9. Резюме, объемом 1/2 стр., должно отражать основные положения статьи. При оформлении резюме указываются фамилии всех авторов и название статьи.

10. Обращаем Ваше внимание на изменения в порядке оформления списка литературы. Библиографические ссылки в тексте статьи даются в квадратных скобках номерами в соответствии с приставленным списком литературы, в котором авторы перечисляются не по алфавиту, а в порядке цитирования их в тексте статьи. Обязательно следует привести полное название статьи.

Авторы несут полную ответственность за точность данных, приведенных в прилагаемом списке литературы.

Статьи со списком литературы, оформленным не по правилам, к рассмотрению не принимаются и направляются автору на доработку.

12. Редакция оставляет за собой право редактирования статей.

Статьи следует направлять по адресу:

117036, Москва, ул. Дм. Ульянова, 11.

Редакция журнала «Сахарный диабет». Тел.: (495) 124-62-03.

E-mail: libr@endocrincentr.ru

**Оформить подписку на журнал можно
в любом почтовом отделении связи.
Индекс издания – 20795**