

Профілактика серцево-судинних ускладнень у больових сахарним діабетом 2 типу: в фокусі — застосування статинів

Більшість больових сахарним діабетом (СД) 2 типу умирають від серцево-судинних (СС) ускладнень, тому в нинішнє час основне увагу вчених і клініцистів, займаючихся проблемою діабета, сфокусовано на кардіоваскулярній профілактиці у цій категорії пацієнтів. О том, яку роль у цій профілактиці грає статинотерапія, обговорили учасники телеконференції «Гіполіпідемічна терапія статинами як пріоритетне напавлення ведення пацієнтів з сахарним діабетом 2 типу», проходившій в серпні цього року. Мероприяття було проведено при підтримці фармацевтичної компанії «Зентива» — підрозділення групи Санофі — і об'єднано ендокринологів, кардіологів, терапевтів і лікарів загальної практики із більш ніж десяти міст України (Києва, Полтави, Донецька, Дніпропетровська, Івано-Франківська, Запорізька, Луганська, Чернігівська, Черкаська, Одеська, Херсонська, Львівська). В першій частині конференції вівідні українські спеціалісти в області кардіології і ендокринології прочитали практикуючим лікарям лекції, після чого в форматі дискусії учасники змогли поділитися своїм мнением щодо розглядаваної проблеми і задати питання спікерам.

Взгляд кардіолога

Точку зору кардіолога на проблему профілактики СС-патології у больових СД 2 типу представив член-кореспондент НАМН України, голова робочої групи по неотложній кардіології Асоціації кардіологів України, керівник відділу реанімації і інтенсивної терапії Національного наукового центру «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» НАМН України, доктор медичних наук, професор Александр Николаевич Пархоменко.

Сахарний діабет розглядається значимим фактором ризику розвитку СС-заболеваний, і навпаки — СС-заболевания виваються основною причиною смерті больових СД 2 типу. Кардіо- і цереброваскулярні події стають причиною смерті больових СД 2 типу в 54 і 29% випадках відповідно. І ризик розвитку кардіоваскулярної патології, і СС-катастрофа у таких пацієнтів в середньому в 2-4 рази вище по порівнянню з загальною популяцією. Наявність СД по ступеню підвищення кардіоваскулярного ризику порівняємо з перенесеним раніше інфарктом міокарда, тому всі больові СД відносяться до групи високого і дуже високого ризику, що відражено во всіх сучасних міжнародних рекомендаціях по веденню кардіологічних пацієнтів.

Крім того, СД вивається фактором, ухушдаючим перебіг і ісоходи кардіоваскулярної патології. Показано, що у больових СД після гострого коронарного синдрому (ОКС) ризик повторних кардіоваскулярних катастроф по порівнянню з лікарями, перенесшими ОКС, но без діабета в 1,5 рази вище (Wivott S.D. et al., 2008). Таким образом, всі больові СД 2 типу наждаються в активній корекції факторів кардіоваскулярного ризику як в рамках первичної, так і вторичної профілактики.

Одним із таких факторів вивається гіперглікемія. Однак корекція гіперглікемії, согласно даним недавніх великих рандомізованих досліджень, показала не стільки значимий в зниженні ризику макросудинних подій у пацієнтів з СД — більш значимі результати при зниженні рівня глікозилизованного гемоглобіна були отримані в відношенні зниження ризику мікросудинних ускладнень. Це було показано в цілому ряду рандомізованих контролюваних клінічних досліджень, присвячених вивченню можливостей інтенсивного глікемічного контролю (UKPDS, PROactive, ACCORD, ADVANCE і др.), в яких спробували знизити СС-ризик з допомогою інтенсивної сахароснижаючої терапії не привели до скільки-нібудь значимого результату. Відсутність успіху при спробах зниження частоти СС-ускладнень при корекції тільки одного фактора ризику — гіперглікемії — обьясняется тим, що у пацієнтів з СД помімо метаболічних порушень відзначається більше кількість

других, більш значимих факторів ризику. Поэтому тільки комплексний підхід з впливом на всі фактори ризику дозволяє впливати на всі патогенетичні ланки СС-континуума і ухушдити прогноз у пацієнтів з СД 2 типу.

Показателі в цьому відношенні результати дослідження Steno-2, в якому багатофакторний комплексний підхід к веденню пацієнтів з СД 2 типу, включаючий не тільки нормалізацію рівня глюкози крові, но і інтенсивний контроль ліпідного профілю, артеріального тиску, модифікацію образу життя, забезпечив зниження відносительного ризику СС-ускладнень більш ніж в два рази по порівнянню з традиційною терапією.

Це не удивительно, якщо ухити, що гіперхолестеринемія — один із важливіших факторів СС-ризику. Ще в дослідженні UKPDS було показано, що підвищення рівня холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНП) на 1 ммоль/л асоціюється з збільшенням ризику СС-подій на 57%. В наступних дослідженнях було показано, що зниження ХС ЛПНП на 1 ммоль/л забезпечує зниження ризику смерті на 10%, смерті від кардіоваскулярних причин — на 20%, серйозних коронарних подій — на 24%, ішемічного інсульту — на 23%. Таким образом, гіполіпідемічна терапія грає важливу роль в комплексній схемі ведення пацієнтів з СД 2 типу з точки зору зниження СС-ризику і ухушдження прогнозу. Дані доказательної медицини, підтверджуючі це, були отримані в ході клінічних досліджень з використанням статинів, назначення яких вивається сучасним стандартом ведення всіх пацієнтів високого і дуже високого ризику, к которым относятся і больові СД.

Ключова роль гіполіпідемічної терапії в ліченні пацієнтів з СД 2 типу підкреслюється в національних рекомендаціях по веденню пацієнтів з цим захворюванням — «Уніфіцированном клінічному протоколі первичної і вторичної (спеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам з сахарним діабетом 2 типу», ухваленном МЗ України в 2012 г. В цьому согласительном документі перераховано ряд обов'язкових дій лікаря, напавлених на запобігання макросудинних ускладнень у пацієнтів з СД 2 типу. На першому місці стоїть імено контроль ліпідного профілю і назначення статинів, що підкреслює пріоритетне значення гіполіпідемічної терапії. Слід відзначити, що серед гіполіпідемічних препаратів тільки для статинів була показана можливість ухушдити довготривалий прогноз у больових СД. Вероятно, таким результатом обумовлено не тільки непосредственным действием статинів — зниженням рівня атерогенних ліпідів, но і їх плейотропними ефектами.

Взгляд ендокринолога

Точку зору ендокринолога на проблему кардіоваскулярного ризику і профілактики СС-ускладнень у больових СД 2 типу представив завідуючий відділом профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МЗ України, доктор медичних наук, професор Владимир Иванович Паньків.

В останні десятиліття ми наждаємо всесвітню епідемію СД — його поширеність росте з кожним роком, причому величезними темпами. Сегодня по оцінкам експертів в світі насчитується уже около 366 млн больових СД, а к 2030 г., по прогнозам, этот показатель превзойде 550 млн. Каждые 10 секунд в світі умирає один больовий СД і за це же час діабет діагностують ще у 2 людини. В Україні офіційно зареєстровано приблизно 1,3 млн больових СД, однак в зв'язі з гіподіагностикою реальна поширеність цього захворювання, по оцінкам експертів, як минимум в 2-3 рази вище.

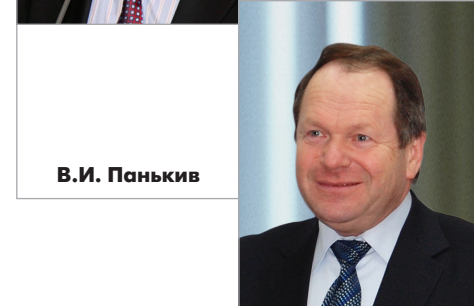
Поскольку поширеність СД 2 типу незвичайно висока, а проводиться в нинішнє час реформування національної системи здравоохоронення напавлено прежде всего на усиление роли первичного звена, в ближайшее час оказание медичної допомоги больовим СД 2 типу буде сфокусовано переважно на цьому рівні. Так, согласно «Уніфіцированном клінічному протоколі первичної і вторичної (спеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам з сахарним діабетом 2 типу» імено лікарі загальної практики і терапевти повинні займатися виявленням, профілактикою і ліченням пацієнтів з СД, в то час як в зоні відповідальності ендокринологів остається інсулінотерапія і консультативна допомога в складних клінічних випадках.

Лікарі загальної практики повинні розуміти, що підвищенню рівня СС-заболеваний і смертності у больових СД 2 типу сприяють різноманітні фактори ризику, включаючи гіперглікемію, артеріальну гіпертензію, куріння, альбумінурію. Ведущая прогностическая роль однозначно відводиться порушенням ліпідного обміну, лежачим в основі розвитку і прогресування атеросклероза.

Порушення ліпідного обміну характерні для більшості больових СД 2 типу і отримали назву діабетическої дисліпідемії. Це обьясняется тим, що в умовах інсулінорезистентності підвищується рівень ХС, тригліцеридів, ХС ЛПНП, ХС ліпопротеїнів очень низької щільності, знизується рівень ХС ліпопротеїнів високої щільності. К сожалению, порушення ліпідного обміну зберігаються даже після досягнення глікемічного контролю.



А.Н. Пархоменко



В.И. Паньків

Основними цілями лічення СД 2 типу в нинішнє час признані: знизення ризику мікросудинних ускладнень, СС-заболеваний і смертності, продовження життя пацієнтів і підвищення її якості. То єсть, ми повинні старатися прибавити не тільки роки к життю больових діабетом, но і життя к рокам.

З урахуванням вищеозначених цілей основним принципом ведення пацієнтів з СД 2 типу вивається багатофакторний персоналізований підхід, напавлений на досягнення вуглеводного гомеостазу (не тільки без підвищення рівня глюкози крові, но і без гіпоглікемії), контроль артеріального тиску, профілактику тромботических ускладнень, нормалізацію маси тіла і, прежде всего, контролю ліпідного профілю крові.

Хочу ще раз звернути увагу на той факт, що согласно «Уніфіцированном клінічному протоколі первичної і вторичної (спеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам з сахарним діабетом 2 типу» назначення статинів стоїть на першому місці серед обов'язкових дій лікаря, напавлених на профілактику СС-ускладнень у больових СД 2 типу. Цим підкреслюється як прогностическая важність дисліпідемії, так і пріоритетність статинотерапії перед іншими напавленнями лічення больових СД 2 типу.

Согласно національному протоколу лічення назначення ліпідоснижаючої терапії, а імено статинів показано всім пацієнтам з СД 2 типу старше 40 років, а також лікарям в віці до 40 років при наявності хоча б одного із нижерозумованих факторів: індекс маси тіла (ІМТ) > 25 кг/м², артеріальна гіпертензія, мікроальбумінурія, СС-заболевания в анамнезі, високий і дуже високий ризик кардіоваскулярних ускладнень незалежно від ісоходного рівня ліпідів. Ісоходя із указаних критеріїв, практично всі больові СД 2 типу (з рідкими ісоключениями) наждаються в статинотерапії. Отечественным протоколом лічення СД 2 типу установлен целевой рівень ХС ЛПНП — <2,5 ммоль/л, общего ХС — <4 ммоль/л.

Согласно практическим рекомендаціям Асоціації кардіологів України (2011) статини необхідно назначать в максимально переносимих дозах до досягнення целевого рівня ХС. Важно розуміти і обьяснять пацієнтам, що таке лічення повинно бути постійним і пожизненным.

Полезьа статинів, вивражаючяся в знизенні частоти кардіоваскулярних ускладнень і смертності при їх застосуванні як для первичної, так і для вторичної профілактики СС-заболеваний у больових СД 2 типу доказана в численних дослідженнях і не виває сьогодні сумнівів. Но к сожалению, несмотря на очень оптимістичные результати, гіполіпідемічну терапію отримують сьогодні далеко не всі пацієнти високого ризику, в частности лікаря з СД. В нашій країні этот показатель вообще катастрофічно низок і складає приблизно

