

Сахарный диабет 2 типа и метаболический синдром: что необходимо знать практикующему врачу о спутниках диабета?

У многих больных сахарным диабетом (СД) 2 типа имеет место метаболический синдром (МС). Что сегодня понимают под этим термином? Влияет ли наличие МС на прогноз и тактику лечения пациентов с диабетом?

В продолжение рубрики «Пациент с СД 2 типа на приеме у терапевта» ответить на эти вопросы мы попросили ведущего диабетолога нашей страны, члена-корреспондента НАМН Украины, заведующего кафедрой диабетологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктора медицинских наук, профессора Бориса Никитича Маньковского.

? Что такое МС?

— Этим термином принято называть комплекс клинических и метаболических нарушений, являющихся факторами повышенного кардиоваскулярного риска.

К диагностическим критериям МС, согласно рекомендациям Adult Treatment Panel III (АТР III), которые оказались наиболее рациональными и удобными для практикующих врачей, относятся:

- абдоминальное (центральное) ожирение (окружность талии >102 см у мужчин и >88 см у женщин);
- повышение артериального давления ($\geq 130/85$ мм рт. ст.);
- уровень глюкозы в плазме крови натощак ($>6,1$ ммоль/л);
- повышение уровня триглицеридов ($>1,7$ ммоль/л);
- снижение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности ($<1,0$ ммоль/л у мужчин и $<1,3$ ммоль/л у женщин).

Для диагностики МС необходимо наличие как минимум трех из вышеперечисленных признаков.

? Является ли СД обязательным компонентом МС?

— СД — важный и частый, но не обязательный компонент МС. Не у всех лиц с МС есть СД 2 типа, у больных СД 2 типа МС также выявляется не во всех случаях.

Следует отметить, что в общей популяции МС отмечается значительно чаще, чем СД 2 типа. Так, по данным эпидемиологических исследований, проведенных в США, МС наблюдается практически у каждого четвертого взрослого жителя страны, тогда как СД 2 типа выявляют не более чем у 10% населения. То есть наличие инсулинорезистентности у лиц с МС хоть и является серьезным фактором риска развития СД 2 типа, но не означает, что это заболевание обязательно возникнет. Для этого необходимо наличие и второго патогенетического механизма — нарушения функции β -клеток поджелудочной железы.

Таким образом, МС и СД ни в коем случае не могут использоваться как синонимы.

? Почему важны знания о МС?

— Основная причина, по которой МС требует пристального внимания клиницистов, — существенное повышение риска развития кардиоваскулярных

заболеваний, а также СД 2 типа, если его еще нет у пациента на момент диагностики МС.

Кроме того, у пациентов с МС повышен риск развития целого ряда других заболеваний и патологических состояний — неалкогольной жировой болезни печени, подагры, эректильной дисфункции, тромбозомболических осложнений, микроальбуминурии и т. д.

Лица с МС нуждаются в комплексной агрессивной коррекции факторов сердечно-сосудистого риска, т. е. в снижении артериального давления, нормализации уровня гликемии, массы тела и липидного профиля крови.

? Правомочен ли диагноз МС?

— Диагноз «метаболический синдром» в МКБ-10 отсутствует. Отдельно рубрицированы артериальная гипертензия, ожирение, СД, различные типы дислипидемии. Именно они должны быть указаны в диагнозе. МС в истории болезни упоминать не нужно.

Причин, по которым МС не рассматривается сегодня как отдельное заболевание, несколько. Во-первых, не установлена его этиология. Известно, что компоненты МС в сочетании отмечаются чаще, чем можно было бы предположить, исходя из теории вероятности. Поэтому предполагается существование какого-то общего элемента, лежащего в основе развития этих патологических состояний. Но такой элемент на сегодня не выявлен. Претендентом на эту роль является инсулинорезистентность, которая обязательно сопровождает МС, но ее значение в развитии всех компонентов МС пока дискуссионно. Во-вторых, не установлено, приводит ли комплекс нарушений к дополнительному повышению кардиоваскулярного риска или же каждый из компонентов увеличивает сердечно-сосудистый риск независимо друг от друга. В-третьих, не существует единой патогенетической терапии всех нарушений, объединенных в МС, — в настоящее время клиницисты отдельно воздействуют на его составляющие.

Но еще раз повторю, что знать о МС и выявлять его у пациентов крайне важно. Это акцентирует внимание врача на необходимости более тщательного поиска у пациента других компонентов МС, а также на том, что больной относится к группе высокого риска и нуждается в агрессивной коррекции выявленных нарушений. Так, если на прием к терапевту обращается

пациент с артериальной гипертензией и ожирением, обязательно необходимо определить у него уровень гликемии и липидный профиль крови. Высока вероятность обнаружить у такого больного СД 2 типа и/или дислипидемию. Так же и при обращении больного с ожирением и СД 2 типа необходима настороженность в отношении артериальной гипертензии, дислипидемии, других кардиоваскулярных заболеваний.

Таким образом, выражаясь образно, МС — не диагноз, а красный сигнал светофора, предупреждающий врача об опасности.

? Как наличие МС влияет на выбор тактики лечения больных СД 2 типа?

— Универсальным и обязательным терапевтическим вмешательством у всех лиц с МС, в т. ч. у больных с СД 2 типа, является модификация образа жизни. Крайне важны рациональное питание и повышение физической активности. Необходимо направить максимум усилий на нормализацию массы тела.

При наличии артериальной гипертензии назначается адекватная антигипертензивная терапия. Выбор гипотензивных препаратов у таких пациентов определяется в том числе их метаболическими эффектами, в частности влиянием на функцию β -клеток поджелудочной железы. Препаратами первой линии у лиц с СД 2 типа и МС являются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и блокаторы рецепторов ангиотензина. С осторожностью назначают диуретики тиазидного ряда и неселективные β -блокаторы. Из тиазидоподобных диуретиков относительно метаболически нейтральным является индапамид. Если показаны β -блокаторы, то предпочтение следует отдавать кардиоселективным препаратам.

При дислипидемии назначают гиполипидемическую терапию, прежде всего статины.

О том, как важно контролировать все компоненты МС у больных СД 2 типа, свидетельствуют результаты исследования Steno-2. Они убедительно показали, что интенсивная комплексная терапия, включающая модификацию образа жизни, сахароснижающую, гиполипидемическую, раннюю антигипертензивную и антитромботическую терапию, приводит к значительному снижению риска сердечно-сосудистых осложнений и смерти.

Что касается сахароснижающей терапии у лиц с СД 2 типа и МС,



Б.Н. Маньковский

то очень важным является как минимум нейтральное влияние на массу тела пациента, поскольку у таких больных уже, как правило, имеется ожирение. К препаратам, нейтральным в отношении массы тела или способствующим ее снижению, относятся метформин, некоторые производные сульфонилмочевины, ингибиторы дипептидилпептидазы-4, агонисты глюкагоноподобного пептида-1. Существенно отличаются по этому параметру производные сульфонилмочевины. В исследовании ADVANCE интенсивная терапия, основанная на гликлазида, не привела к достоверному увеличению массы тела. В то же время в многочисленных исследованиях было показано, что другие препараты сульфонилмочевины, в частности глибенкламид, способствуют увеличению массы тела пациентов. Объясняется это тем, что гликлазид является единственным препаратом сульфонилмочевины, для которого доказана способность к восстановлению физиологического профиля секреции инсулина. Он восстанавливает ранний пик секреции инсулина, чем обеспечивает улучшение постпрандиального контроля гликемии и предотвращает избыточный выброс инсулина во второй фазе секреции. Благодаря этому риск развития гипогликемии на фоне приема препарата минимален, как и его влияние на массу тела. В отличие от гликлазида глибенкламид не восстанавливает первую фазу секреции инсулина, но при этом вызывает избыточный выброс этого гормона в позднюю фазу и, соответственно, повышает риск развития гипогликемии и способствует увеличению массы тела.

Важно также учитывать кардиоваскулярный профиль безопасности сахароснижающих препаратов при лечении пациентов с СД 2 типа и МС. Чем выше селективность препарата сульфонилмочевины (соотношение влияния на АТФ-зависимые калиевые каналы β -клеток поджелудочной железы и на те же каналы в других тканях), тем выше его безопасность. Напомню, что селективность глибенкламида составляет 6:1, а гликлазида — 16 000:1.

Подготовила **Наталья Мищенко**

