

Профілактика серцево-судинних ускладнень цукрового діабету з позиції кардіолога

Тема поєднання артеріальної гіпертензії (АГ) та цукрового діабету (ЦД) традиційно залишається у центрі уваги дослідників та практичних лікарів, і пов'язано це з багатьма проблемами: ефективного контролю артеріального тиску (АТ), підбору препаратів, необхідністю активної профілактики серцево-судинних ускладнень, які є найбільш поширеною причиною смерті у цієї категорії хворих.



О.Й. Жарінов

Деякі аспекти ведення пацієнтів з ЦД та АГ ми обговорювали з **головним позаштатним спеціалістом МОЗ України за спеціальністю «Функціональна діагностика», завідувачем кафедри функціональної діагностики Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ), доктором медичних наук, професором Олегом Йосиповичем Жаріновим.**

Які аспекти виходять на перший план у лікуванні пацієнтів з ЦД з точки зору лікаря-кардіолога?

— Пріоритети у веденні цих хворих визначаються перш за все тим, що ЦД є не тільки фактором серцево-судинного (СС) ризику, але й станом, який можна повною мірою віднести до СС-захворювань. Деякі автори навіть вважають ЦД еквівалентом ішемічної хвороби серця (ІХС) з огляду на ступінь підвищення ризику виникнення СС-подій.

Обговорюючи питання щодо ведення пацієнтів з ЦД, слід перш за все брати до уваги наявність у них макро- і мікроангіопатій та високого (часто — дуже високого) ризику макросудинних ускладнень. Ще 1998 р. в дослідженні Haffner S.M. et al. було показано, що у пацієнтів з ЦД 2 типу без ІХС частота виникнення інфаркту міокарда подібна до такої у хворих на ІХС але без ЦД. Лікарі, які працюють у клініках, де здійснюються кардіологічні інтервенційні втручання, мають можливість пересвідчитися в цьому у своїй повсякденній практиці, виявляючи при проведенні коронарографії у пацієнтів з ЦД множинні ураження коронарних артерій та прояви системного атеросклерозу. Ці знахідки позначаються на тактиці ведення таких хворих та лікування в них ІХС. Зокрема, це впливає на вибір методу втручання на коронарних судинах: переважно у пацієнтів з ІХС та ЦД використовується метод аортокоронарного шунтування.

Як впливає на тактику ведення хворих на ЦД наявність у них супутньої АГ?

— Якщо у пацієнтів з ЦД наявна АГ, то ризик виникнення СС-подій у них зростає у кілька разів, тому нам слід чітко визначати пріоритети у веденні даної категорії хворих. З одного боку, важливим аспектом залишається контроль рівня показників вуглеводного обміну: глюкози крові та глікозильованого гемоглобіну, підвищення якого на 1% суттєво збільшує СС-ризик. З іншого боку, безумовним пріоритетом є досягнення цільових рівнів АТ, отже з точки зору впливу на відносне зменшення ризику СС-подій адекватний контроль рівня АТ відіграє важливішу роль, ніж корекція рівня глюкози. Це ствердження не означає відсутності необхідності у контролі рівня глюкози, а лише підкреслює важливість багатофакторної профілактики, яка має включати вплив на рівень АТ, на показники ліпідного і вуглеводного

обміну шляхом застосування антигіпертензивних, гіполіпідемічних та цукрознижувальних препаратів.

Які рівні показників вуглеводного обміну і АТ вважаються сьогодні цільовими для хворих на ЦД?

— За останнє десятиліття відбулися деякі зміни щодо визначення оптимальних рівнів глікозильованого гемоглобіну і АТ у пацієнтів з ЦД і супутньою АГ. Цільовим рівнем глікозильованого гемоглобіну є 7% від загального вмісту гемоглобіну, а надмірне зниження цього показника може асоціюватися з підвищенням ризику виникнення коронарних подій, що й було показано у дослідженні ACCORD.

Результати цього та інших контрольованих досліджень вплинули також на рекомендації щодо цільових значень АТ у пацієнтів з ЦД.

Якщо розглянути еволюцію поглядів щодо оптимальних рівнів АТ у хворих на ЦД, то насамперед слід згадати перші клінічні дослідження в цій галузі, які були здійснені на початку 90-х років минулого століття і ставили за мету оцінити ефективність зниження АТ при наявності ЦД. До речі, у цих дослідженнях здебільшого використовувалися препарати, які сьогодні з точки зору впливу на метаболічні показники вважаються не найкращими для лікування цієї категорії хворих — тiazидові діуретики та бета-адреноблокатори. Але навіть у цих умовах потужний позитивний вплив на ризик СС-подій, пов'язаний зі зниженням АТ, переважив потенційно несприятливі ефекти, обумовлені погіршенням метаболічних показників, причому це стосувалося хворих з ізольованою систолічною гіпертензією, похилого віку. Отже, протягом приблизно 20 років існувала думка, що в лікуванні пацієнтів з ЦД і АГ слід дотримуватися принципу «чим нижче, тим краще», і вважалося, що цільові рівні АТ у хворих на ЦД мають становити <130/80 мм рт. ст. Ці цифри зберігалися в міжнародних рекомендаціях до 2009 р.

Саме у цей час європейські експерти почали активно обговорювати питання щодо перегляду цільових рівнів АТ. Приводом для цього стали дані деяких ретроспективних аналізів, які свідчили про те, що результати лікування пацієнтів з ЦД у клінічних дослідженнях практично не відрізняються при досягненні рівнів систолічного АТ <130 мм рт. ст. та <140 мм рт. ст. Після отримання результатів ретроспективного аналізу відомого дослідження INVEST було поставлено питання про відсутність достатньої кількості доказів доцільності зниження систолічного АТ до рівня <130 мм рт. ст., тоді як ефективність досягнення значень <140 мм рт. ст. з точки зору впливу на СС-ризик є безсумнівною.

Крім того, зберігали актуальність дані класичного в галузі лікування АГ дослідження HOT, які свідчили про те, що

зниження рівня діастолічного АТ <80 мм рт. ст. не асоціюється із втраатою превентивної здатності антигіпертензивної терапії. Але найбільш переконливим з точки зору впливу на показники АТ у пацієнтів з ЦД було дослідження ADVANCE, у якому застосування комбінованої антигіпертензивної терапії з використанням інгібітору АПФ і діуретика у хворих з попередніми високими нормальними показниками АТ не асоціювалося з додатковим зниженням ризику СС-подій. Аналіз результатів, отриманих в дослідженні ADVANCE, продемонстрував, що реальний рівень систолічного АТ, який обумовлював додаткове зниження СС-ризiku, становив 134 мм рт. ст. На останньому конгресі Європейського товариства кардіологів у Барселоні були оприлюднені результати тривалого спостереження за учасниками дослідження ADVANCE, які свідчили про збереження профілактичного ефекту дослідженої комбінації препаратів протягом 6 років.

Для визначення оптимальних рівнів АТ важливі також результати дослідження ASCOT-BPLA, у якому більш агресивне зниження систолічного АТ (<120 мм рт. ст.) у пацієнтів з ЦД не асоціювалося з подальшим зменшенням СС-ризiku.

Відтак при створенні останньої редакції рекомендацій Європейського кардіологічного товариства та Європейського товариства за артеріальної гіпертензії (ESC/ESH, 2013) було вирішено в якості цільових рівнів АТ у пацієнтів з ЦД вважати значення <140/85 мм рт. ст., оскільки доцільність їх досягнення підкріплена достатньою доказовою базою.

Яка тактика щодо контролю АТ сьогодні вважається виправданою у хворих із нефропатією, що є поширеним ускладненням ЦД?

— У пацієнтів з вираженими проявами нефропатії, особливо за наявності мікро- чи макроальбумінурії, є сенс зменшувати АТ до більш низьких показників, а саме до рівня <130/80 мм рт. ст. Але в реальній практиці результати ефективного лікування АГ у хворих на ЦД з точки зору досягнення цільових цифр АТ є достатньо скромними. Ці труднощі значною мірою пов'язані з порушеннями на тлі ЦД ниркової функції, яка може додатково ускладнюватися при надто швидкому зниженні АТ.

У зв'язку з цим виникає питання: використання яких антигіпертензивних засобів може бути найбільш доцільним для пацієнтів із ЦД і АГ?

— Без сумніву, антигіпертензивну терапію у цих хворих слід починати з призначення блокаторів ренін-ангіотензинової системи (РАС) — інгібіторів АПФ або сартанів — залежно від типу ЦД, переносимості препаратів та інших факторів. Крім блокаторів РАС, для досягнення цільових рівнів АТ можуть бути використані діуретики, дигідропіридиноні або інколи недигідропіридиноні антагоністи

кальцію, що залежить від конкретної клінічної ситуації. Але лікарі нерідко стикаються з проблемою, коли навіть застосування трьох препаратів першої лінії антигіпертензивної терапії, призначених в адекватних дозах, не дає змоги досягти вказаних цільових рівнів АТ у хворих на ЦД. У таких випадках ми можемо розглядати доцільність застосування препарату центральної дії.

На які властивості антигіпертензивних засобів слід звернути особливу увагу при виборі терапії для лікування пацієнтів з ЦД?

— Антигіпертензивні препарати, які використовуються для хворих з ЦД, окрім високої ефективності в зниженні АТ мають відзначитися як мінімум нейтральним метаболічним профілем, а найкращим вибором будуть засоби, що позитивно впливають на показники вуглеводного обміну.

Якщо говорити про призначення препаратів центральної дії, то серед представників цієї групи найкраще вивченим та випробуваним у клінічній практиці є препарат моксонідин, який використовується протягом кількох десятиліть. Деякі автори вважають, що застосування моксонідину свого часу забезпечило нові можливості антигіпертензивного лікування, направлено на зниження активності симпатичної нервової системи. Це ствердження легко зрозуміти, пригадуючи проблеми, що були пов'язані з переносимістю препаратів центральної дії першого покоління, наприклад клофеліну.

Моксонідин — метаболічно нейтральний препарат. Крім того, його застосування може обумовлювати певні позитивні ефекти, це стосується, зокрема, збільшення чутливості до інсуліну. Також не можна нехтувати тим, що моксонідин безпечно поєднується практично з усіма іншими антигіпертензивними засобами, які стандартно використовуються в лікуванні пацієнтів з ЦД та АГ: інгібіторами АПФ, сартанами, діуретиками, антагоністами кальцію.

В Україні є доступним генерик моксонідину — препарат Моксогама, який випускається у широкому діапазоні доз: 0,2, 0,3 і 0,4 мг. Це обумовлює зручність використання цього засобу для досягнення цільових рівнів АТ, що має особливе значення для пацієнтів з ЦД — вони можуть приймати моксонідин 1 чи 2 рази на добу залежно від потреби щодо зниження рівня АТ.

Таким чином, у випадках виникнення проблем щодо досягнення цільових рівнів АТ у пацієнтів з ЦД, ми можемо розглядати моксонідин як засіб резерву, застосування якого допоможе вирішити важливе завдання — підвищити ефективність антигіпертензивної терапії без ризику негативного впливу на метаболічний профіль хворих.

Підготувала **Наталія Очеретяна**

