

Лечащий Врач

Медицинский научно-практический журнал № 3 2013

Симпозиум



ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

- Гипогликемия
- Статины
- Сахарный диабет у детей
- Пролактиномы

Коллоквиум



ГИНЕКОЛОГИЯ

- Инфекция нижних мочевых путей
- Свиной грипп
- Заболевания шейки матки
- Использование антисептических препаратов
- Экстракорпоральное оплодотворение

Страничка педиатра

• Аминокислоты и микроэлементы в парентеральном питании у детей • Ишемическая болезнь органов пищеварения в детском возрасте

Актуальная тема

• Терапия хронических очагов бактериальной патологии глотки типичной и атипичной природы • Церебропротекция в профилактике ранней послеоперационной когнитивной дисфункции • Кальций и витамин D₃ — базисная фармакотерапия соматической полиморбидности • Заболевания пародонта и общее здоровье • Оптимизация терапии хронической сердечной недостаточности в амбулаторных условиях

Клинические исследования

• Патофизиологическая терапия женщин менопаузального возраста с метаболическим синдромом • Значение дисбиотических нарушений толстой кишки в патогенезе *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваний гастродуоденальной зоны • Лечение мастопатии у женщин репродуктивного возраста • Алиментарное ожирение и расстройства приема пищи • Розувастатин у пациентов с артериальной гипертензией и дислипидемией • Возможности бисопролола в терапии сердечно-сосудистых заболеваний

ISSN 1560-5175



Подписные индексы по каталогам: «Пресса России» 38300,
«Почта России» 99479

The Practitioner Лечащий Врач

№3/18.03.2013

РУКОВОДИТЕЛЬ ПРОЕКТА И ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОРИрина Ахметова, proektlv@osp.ru**НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР**

Владимир Новак

КОРРЕКТОР

Наталья Данилова

ВЫПУСКАЮЩИЙ РЕДАКТОР

Марина Чиркова

КОМПЬЮТЕРНАЯ ВЕРСТКА И ГРАФИКА

Оксана Шуранова

Тел.: (495) 619-1130, 725-4780

Факс: (495) 725-4783, E-mail: pract@osp.ru<http://www.lvrach.ru>**МАРКЕТИНГ**

Екатерина Сергеева

ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ ОТДЕЛ

Галина Блохина

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ

Издательство «Открытые Системы»

123056, Москва, Электрический пер., д. 8, строен. 3

© 2013 Издательство «Открытые Системы»
Все права защищены.Издание зарегистрировано в Государственном
комитете Российской Федерации по печати
25.12.97. Регистрационный номер 016432**Журнал входит в перечень изданий,
рекомендованных ВАК**

Подписные индексы по каталогам:

Почта России — 99479, Пресса России — 38300

РЕКЛАМА

000 «Рекламное агентство «Чемпионс»

Светлана Иванова, Майя Андрианова,

Елена Бахирева

Тел.: (499) 253-7273

РАСПРОСТРАНЕНИЕ

000 «ОСП-Курьер», тел.: (495) 725-4785

Отпечатано в ООО «Богородский
полиграфический комбинат»

142400, Московская область, г. Ногинск,

ул. Индустриальная, д. 40б,

тел.: (495) 783-9366, (49651) 73179

Журнал выходит 11 раз в год.

Заказ № 231

Тираж 50 000 экземпляров.

Цена свободная.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Все
исключительные (имущественные) права с момента получения
материалов от авторов принадлежат редакции.Редакция оставляет за собой право на корректуру, редактуру
и сокращение текстов.Редакция не несет ответственности за содержание рекламных
материалов. Полное или частичное воспроизведение или
размножение каким бы то ни было способом материалов,
опубликованных в настоящем издании, допускается только
с письменного разрешения издательства «Открытые Системы».
Иллюстрации — FotoLia.com.**ПРЕЗИДЕНТ**

Михаил Борисов

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР

Галина Герасина

КОММЕРЧЕСКИЙ ДИРЕКТОР

Татьяна Филина

**Дорогие коллеги!**

Много прекрасных и радостных событий приносит нам весна. Но, пожалуй, самый главный праздник весны — это праздник 8 Марта. Праздник трудящихся женщин. Мы поздравляем вас, дорогие врачи, медсестры, нянечки, всех, кто работает в системе здравоохранения, с этим весенним праздником! Пусть работа приносит вам радость, а сознание того, как важен ваш труд и почетен, даст вам новые силы.

Оставайтесь всегда милосердными, чтобы ни происходило в вашей жизни, ведь от ваших знаний, умений и работоспособности зависит жизнь человека.

С уважением, коллектив журнала «Лечащий Врач»



Редакционный совет

- А. А. Баранов**, д. м. н., профессор, академик РАН и РАМН, кафедра педиатрии с курсом детской ревматологии факультета ФППО педиатров, Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва
- Н. И. Брико**, д. м. н., профессор, академик РАМН, кафедра эпидемиологии и доказательной медицины, Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва
- А. Л. Верткин**, д. м. н., профессор, кафедра клинической фармакологии и внутренних болезней, МГМСУ, ННПО скорой медицинской помощи, Москва
- В. Л. Голубев**, д. м. н., профессор, кафедра нервных болезней ФППО врачей, Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва
- И. Н. Денисов**, д. м. н., профессор, академик РАМН, кафедра семейной медицины, Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва
- И. Я. Конь**, д. м. н., профессор, академик РАЕН, НИИ питания РАМН, Москва
- Н. А. Коровина**, д. м. н., профессор, кафедра педиатрии, РМАПО, Москва
- В. Н. Кузьмин**, д. м. н., профессор, кафедра репродуктивной медицины и хирургии, МГМСУ, Москва
- Г. А. Мельниченко**, д. м. н., профессор, академик РАМН, Институт клинической эндокринологии ЭНЦ РАМН, Москва
- Т. Е. Морозова**, д. м. н., профессор, кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии ФППОВ, Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва
- Л. С. Намазова-Баранова**, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАМН, НЦЗД РАМН, кафедра аллергологии и клинической иммунологии ФППО педиатров, Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва
- Е. Л. Насонов**, д. м. н., профессор, академик РАМН, Институт ревматологии, Москва
- Г. И. Нечаева**, д. м. н., профессор, кафедра внутренних болезней и семейной медицины, ОмГМА, Омск
- В. А. Петеркова**, д. м. н., профессор, Институт детской эндокринологии ЭНЦ РАМН, Москва
- В. Н. Прилепская**, д. м. н., профессор, НЦАГиП, Москва
- Г. Е. Ройтберг**, д. м. н., профессор, академик РАМН, кафедра семейной медицины, РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва
- Г. А. Самсыгина**, д. м. н., профессор, кафедра педиатрии, РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва
- В. И. Скворцова**, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАМН, кафедра неврологии и нейрохирургии, РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва
- В. П. Сметник**, д. м. н., профессор, НЦАГиП, Москва
- Г. И. Сторожаков**, д. м. н., профессор, академик РАМН, кафедра госпитальной терапии, РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва
- В. М. Студеникин**, д. м. н., профессор, Научный центр здоровья детей РАМН, Москва
- А. Г. Чучалин**, д. м. н., профессор, академик РАМН, НИИ пульмонологии, Москва
- Н. Д. Ющук**, д. м. н., профессор, академик РАМН, кафедра инфекционных болезней, МГМСУ, Москва

Состав редакционной коллегии:

- М. Б. Анциферов /Москва/**
- Н. Г. Астафьева /Саратов/**
- З. Р. Ахмедов /Махачкала/**
- С. В. Бельмер /Москва/**
- Ю. Я. Венгеров /Москва/**
- Н. В. Болотова /Саратов/**
- Г. В. Волгина /Москва/**
- Ю. А. Галлямова /Москва/**
- Н. А. Геппе /Москва/**
- Т. М. Желтикова /Москва/**
- С. Н. Зоркин /Москва/**
- Г. Н. Кареткина /Москва/**
- С. Ю. Калинин /Москва/**
- Е. Н. Климова /Москва/**
- Е. И. Краснова /Новосибирск/**
- Я. И. Левин /Москва/**
- М. А. Ливзан /Омск/**
- Е. Ю. Майчук /Москва/**
- Д. Ш. Мачарадзе /Москва/**
- С. Н. Мехтеев /С.-Петербург/**
- Ю. Г. Мухина /Москва/**
- Ч. Н. Мустафин /Москва/**
- А. М. Мкртумян /Москва/**
- С. В. Недогода /Волгоград/**
- Г. А. Новик /С.-Петербург/**
- В. А. Ревякина /Москва/**
- Е. Б. Рудакова /Москва/**
- А. И. Синопальников /Москва/**
- А. С. Скотников /Москва/**
- В. В. Смирнов /Москва/**
- Ю. Л. Солдатский /Москва/**
- Т. В. Сологуб /С.-Петербург/**
- Г. Д. Тарасова /Москва/**
- Л. Г. Турбина /Москва/**
- Н. В. Торопцова /Москва/**
- Е. Г. Филатова /Москва/**
- Н. В. Чичасова /Москва/**
- М. Н. Шаров /Москва/**
- В. Ю. Шило /Москва/**
- А. М. Шилов /Москва/**
- Л. Д. Школьник /Москва/**
- П. Л. Щербаков /Москва/**
- Л. А. Щеплягина /Москва/**
- П. А. Щеплев /Москва/**

Журнал входит в перечень изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией (ВАК)

Новости

Симпозиум



Коллоквиум



Страничка педиатра

Новости фармрынка

Актуальная тема

Клинические исследования

Alma mater

Достижения, события, факты	4
Терапия коморбидного больного сахарным диабетом: фокус на гипогликемию/ А. Л. Вёрткин, А. С. Скотников, А. Ю. Магомедова, О. В. Ястребова, С. С. Казарцева, М. П. Алиев, П. Д. Алиева	7
Статины — обязательный компонент терапии сахарного диабета 2-го типа/ Л. В. Кондратьева	12
Современные представления о влиянии сахарного диабета у детей на сердечно- сосудистую систему/ Т. А. Полилова, М. С. Савенкова, В. В. Смирнов	19
Проблемные вопросы диагностики и лечения пролактином/ Ф. А. Насыбуллина, Г. Р. Вагапова	23
Под стекло	27
Лечение инфекций нижних мочевых путей у женщин, обусловленных женской гипоспадией/ Т. И. Дервянко, В. В. Рыжков, Э. В. Рыжкова, О. Н. Шабунина, С. И. Шульженко	28
Особенности течения свиного гриппа у погибших беременных и в случаях, едва не завершившихся летальным исходом/ Т. Е. Белокрыницкая, Д. А. Тарбаева, А. Ю. Трубицына, Н. Н. Чарторижская, К. Г. Шаповалов	31
Лечение и профилактика прогрессирования заболеваний шейки матки, ассоциированных с вирусом папилломы человека/ А. М. Соловьев, Д. В. Логвинова	37
Использование антисептических препаратов при инфекционной патологии в гинекологии/ И. М. Кириченко	43
Способ прогнозирования наступления беременности у пациенток, включенных в программу экстракорпорального оплодотворения, в стандартном длинном протоколе/ Г. М. Савельева, П. А. Клименко, Е. Н. Карева, Л. М. Капшусева, М. П. Клименко, М. В. Сукновалова, Л. Х. Бехбудова	46
Аминокислоты и микроэлементы в парентеральном питании у детей/ Ю. В. Ерпулёва	51
Проблема ишемической болезни органов пищеварения в детском возрасте/ С. В. Рычкова, В. П. Новикова	55
Елена Говоркова: Нужны новые противовирусные препараты	60
Современные возможности терапии хронических очагов бактериальной патологии глотки типичной и атипичной природы/ А. В. Гуров, О. А. Гусева, В. В. Руденко, Р. Я. Ордер, Р. А. Резаков	62
Церебропротекция в профилактике ранней послеоперационной когнитивной дисфункции при тотальной внутривенной анестезии/ А. М. Овезов, М. А. Лобов, Е. Д. Надькина, П. С. Мятчин, М. В. Пантелеева, А. В. Князев	66
Кальций и витамин D ₃ — базисная фармакотерапия соматической полиморбидности/ А. В. Наумов, А. Л. Вёрткин	72
Заболевания пародонта и общее здоровье: существует ли взаимосвязь?/ Ф. Ялчин	77
Бета-адреноблокаторы — возможности оптимизации терапии хронической сердечной недостаточности в амбулаторных условиях/ Е. С. Жубрина, Ф. Т. Агеев	80
Патофизиологическая терапия женщин менопаузального возраста с метаболическим синдромом/ Е. В. Доскина	87
Значение дисбиотических нарушений толстой кишки в патогенезе <i>Helicobacter pylori</i> -ассоциированных заболеваний гастродуоденальной зоны. Роль пребиотиков в повышении эффективности антихеликобактерной терапии/ Л. И. Буторова, Т. А. Плавник, Н. Г. Кадникова, С. Р. Рекель	92
Лечение мастопатии у женщин репродуктивного возраста с симптомами выраженной масталгии/ Ч. К. Мустафин	97
Алиментарное ожирение и расстройства приема пищи: диагностика и лечение/ Т. И. Решетова, Т. Н. Жигалова	100
Розувастатин у пациентов с артериальной гипертензией и дислипидемией: влияние на микроциркуляцию и свойства пульсовой волны/ О. М. Драпкина, О. Н. Корнеева, Е. В. Зятенкова, Л. О. Палаткина, Н. П. Балахонова, В. Т. Ивашкин	103
Возможности биспролола в терапии сердечно-сосудистых заболеваний/ О. Н. Корнеева	107
Последипломное образование	110

В Екатеринбурге впервые спасли жизнь пациенту с ожоговой травмой 80% поверхности тела

Екатеринбургские врачи спасли жизнь мужчине, получившему тяжелые ожоговые травмы. Вернуть пациента к жизни удалось благодаря комплексному подходу к терапии и применению в лечении системы конвекционного обогрева.

В Городскую клиническую больницу № 40 г. Екатеринбурга поступил молодой мужчина 20 лет, тело которого на 80% было покрыто ожогами. Врачи оценили состояние пострадавшего как «крайней степени тяжести» — присутствовала тяжелая ингаляционная травма, отравление угарным газом и продуктами горения, ожоговый шок.

Пациент был сразу доставлен в реанимацию, где ему был назначен курс лечения: стандартная медикаментозная терапия, инфузионная и антибактериальная терапия, искусственная вентиляция легких, позиционирование в лечебно-ожоговой кровати и использование системы конвекционного обогрева.

Кроме того, уже со второго дня госпитализации в лечении больного стали использовать конвекционную систему обогрева Bair Hugger™. По словам врачей, в подобных случаях она необходима и выполняет очень важную функцию. Ожоговые пациенты поступают с температурой тела ниже 30 °С, что является одной из главных причин летального исхода, поэтому поддержание температуры тела у таких больных является одним из самых важных этапов лечения. Благодаря конвекционному обогреву удается поддерживать температуру тела в районе 37 градусов. «Конвекционная система согревания пациентов Bair Hugger™, или, другими словами, аппарат обогрева активным обдувом воздуха, использующаяся со специальными одеялами или матрасами, предназначена практически для любых видов хирургических вмешательств. Более 105 миллионов человек в мире уже испытали надежность и безопасность этих систем», — рассказывает эксперт по медицинским решениям компании «3М Россия» Галина Заславская.

В итоге, несмотря на первоначальный сомнительный прогноз, лечение имело положительный результат. После двух с половиной месяцев в ожоговом центре и двух месяцев в хирургическом отделении пациент был выписан. Как отмечают сотрудники ожогового центра, такой срок общей госпитализации стандартен, ведь, согласно традиционным представлениям, на 1% площади поражения приходится 1 день госпитализации.

По официальным данным Министерства здравоохранения РФ, до 5% от общего числа пациентов, госпитализированных с ожогами, составляют случаи с поражением более 50% поверхности тела. При этом летальность у дан-

ной категории больных составляет в среднем 68,5% (по данным 2011 года).

«Екатеринбургский ожоговый центр существует не так давно — около 4 лет. Но за последние 12 лет практики я столкнулся с таким случаем впервые: при поражении 80% пламенем человек выжил. В мире, конечно, это не считается травмой, несовместимой с жизнью, но для этого необходим не только высокий уровень профессиональной квалификации медперсонала, но и современные технологии. Поэтому сейчас я, как никогда, уверен в том, что нужна строгая организация ожоговых центров в Екатеринбурге и по всей России, ведь таких больных нужно, а главное — можно спасти!» — прокомментировал ситуацию Владимир Багин, врач анестезиолог-реаниматолог ожогового центра.

Рак почки: проблемы выбора оптимальной терапии

В Государственной Думе Российской Федерации состоялся круглый стол на тему «Актуальные вопросы законодательства и проблемы государственной стратегии терапии пациентов с онкологическими заболеваниями. Повышение эффективности соответствующих бюджетных расходов».

В заседании приняли участие представители органов исполнительной и законодательной власти, медицинской общественности (онкологи, урологи, имеющие опыт лекарственного лечения онкологических заболеваний, специалисты в фармакоэкономике), представители общественных организаций. Предметом обсуждения стали возможные пути повышения качества оказания помощи онкологическим больным и вместе с тем оптимизация бюджетных расходов государства. В связи с широкой распространенностью онкологических заболеваний, а также необходимостью применения высокотехнологических дорогостоящих методов терапии неоперабельных типов рака эта проблема является приоритетной задачей для государства.

Подчеркивая важность обсуждаемой темы, Д.А.Носов, ведущий научный сотрудник отделения клинической фармакологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина и член правления Общества онкологов-химиотерапевтов, отметил, что среди злокачественных новообразований (ЗНО) есть лидеры по ежегодному приросту заболеваемости и по темпам этого прироста, к которым относится, в частности, рак почки (стандартизованный показатель среднегодового прироста составляет 2,71%, а ЗНО всех локализаций — 0,64%). В России имеет место устойчивая тенденция к увеличению числа случаев впервые диагностированного рака почки, при этом также растет смертность, что можно объяснить совершенствованием диагностических алгоритмов, но, в то же время, отсутствием значительных успехов противоопухолевой терапии.

В своем сообщении профессор Б.Я.Алексеев, зав. отделением урологии МНИОИ им. П.А.Герцена, отметил, что доступность эффективной терапии имеет исключительную важность при раке почки, учитывая особенности этого заболевания. Минимум 50% пациентов исходно нуждается в эффективной системной терапии. На момент установления диагноза почечно-клеточного рака у 25% больных уже имеется местнораспространенный, а у 36,6% пациентов — диссеминированный опухолевый процесс, требующие системной (лекарственной) терапии. В 20% случаев даже после радикального хирургического вмешательства появляются метастазы или наблюдается рецидив, что также требует назначения современных лекарственных препаратов.

Для лечения больных неоперабельным местнораспространенным и диссеминированным почечно-клеточным раком до сих пор применяется иммунотерапия (интерфероны) — устаревшая технология, не дающая ощутимых результатов, но при этом весьма затратная. Единственным методом лечения распространенного рака почки (III–IV стадии) с доказанной эффективностью в настоящее время является таргетная терапия (препараты точечного воздействия на опухолевые клетки-мишени), которая значительно расширяет возможность помощи этой категории больных. Показания к назначению того или иного препарата определяются принадлежностью к группе прогноза и проведением предшествующего лечения. Частота объективного ответа на таргетную терапию составляет примерно 40%.

Клинические данные показывают, что таргетная терапия приводит к увеличению выживаемости без прогрессирования в 2–2,5 раза по сравнению с терапией интерферонами, однако существуют значительные трудности в обеспечении этим лечением пациентов, которые по жизненным показаниям в нем нуждаются.

Как разъяснил в ходе дискуссии профессор В.В.Омельяновский, председатель Совета АНО «Национальный центр по оценке технологий в здравоохранении», в настоящее время источниками финансирования лекарственных средств для онкологических больных являются: федеральная льгота (ОНЛС) — 18%, программа «7 нозологий» — 39%, госпитальные бюджеты ЛПУ — 12%, региональные бюджеты и специальные региональные программы (2010 г.). Основным источником для доступа к таргетной терапии при раке почки является программа ДЛО, однако в перечень препаратов входит только один таргетный препарат (бевацизумаб) с самой высокой курсовой стоимостью терапии при сопоставимой с другими препаратами эффективностью и безопасностью. Четыре препарата входят в список ЖНВЛП (жизненно важный список препаратов), имеют различную стоимость терапии при сопоставимой эффективности.

Таким образом, представляется крайне необходимым обеспечить доступность пациентам

современных лекарственных средств, доказавших свою эффективность посредством клинических и фармакоэкономических исследований. По экспертным данным фактически таргетными препаратами обеспечивается только 2% больных раком почки, имеющих показания к данному виду лечения.

Участники круглого стола отметили важность представленной в докладах информации для понимания возможностей таргетной терапии рака почки и обоснования ее эффективности. Акцент в дискуссии был сделан на том, что внедрение в практику новых лекарств расширяет возможности лечащего врача для индивидуализации терапии с целью повышения ее эффективности. Экономические аспекты терапии особенно важны для России: в подавляющем большинстве случаев пациенты обеспечиваются дорогостоящими препаратами за счет региональных бюджетов.

Гепатит С. Есть ли выход из лабиринта?

Необходима консолидация усилий, применение комплексного подхода к решению острой проблемы гепатита С в России при поддержке государства — именно к таким выводам пришли эксперты в ходе мероприятия «Гепатит С — есть ли выход из лабиринта», состоявшегося 21 февраля в бизнес-школе «Сколково» под эгидой Российского общества по изучению печени (РОПИП).

Около 150 миллионов человек в мире больны хроническим гепатитом С, и примерно 3–4 миллиона человек инфицируются вирусом гепатита С ежегодно, поэтому ВОЗ возводит это заболевание в ранг глобальных проблем. Согласно статистическим данным, сегодня в нашей стране количество людей, инфицированных гепатитом С, составляет 1,8 млн человек. По оценкам экспертов их численность может достигать 5 млн человек. Согласно прогнозам специалистов, пик заболеваемости придется на 2018–2020 гг., что в ближайшие 10–20 лет сделает хронический гепатит С основной проблемой для здравоохранения большинства стран, в том числе и России.

За последние 10 лет заболеваемость хроническим гепатитом С (ХГС) увеличилась более чем в 3 раза, и большую часть заболевших составляют лица в возрасте 20–39 лет — основное репродуктивное население и трудовой потенциал страны. Согласно прогнозам, рост количества пациентов с циррозом печени в следующие годы увеличится на 60%, с гепатоцеллюлярной карциномой — на 68%, а также в два раза повысится уровень смертности от заболеваний печени. Постепенно растут непрямые расходы государства, связанные с социальными выплатами, а преждевременная смерть и инвалидизация трудоспособного населения приводит к недополучению ВВП. Таким образом, социально-экономическое бремя гепатита С возрастает. Сейчас оно составляет 48 млрд рублей.

«Каждый невылеченный пациент сегодня — дополнительные расходы для государства завтра. В связи с тем, что гепатит С поражает в первую очередь социально активные слои населения, стремительное распространение заболевания приведет к тому, что в стране резко сократится численность работающего пласта и возрастет инвалидизация. Именно поэтому так важно своевременно диагностировать и эффективно лечить это страшное заболевание», — отметил Николай Дмитриевич Ющук, президент ГОУ ВПО МГМСУ, академик РАМН, д.м.н., профессор, председатель экспертной группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по вопросам вирусных гепатитов.

В ходе мероприятия эксперты сошлись во мнении относительно необходимости комплексного подхода к решению проблемы гепатита С в России. Это позволит выявить всех нуждающихся в лечении и обеспечить им необходимую поддержку. Первым и одним из важнейших звеньев такого подхода является создание динамического федерального регистра пациентов с гепатитом С. Следующей значимой частью должно стать совершенствование системы диагностики гепатита С, которая в том числе включает в себя образование медперсонала на уровне всех регионов страны. Помимо этого необходима разработка стандартов лечения с использованием современных инновационных методов. Тройная терапия увеличивает процент излечения больных до 75–80%, а значит, способна помочь даже тем людям, излечение которых раньше не представлялось возможным. И, наконец, для эффективной борьбы с распространением гепатита С крайне важно осуществление просветительской работы с населением по вопросу его особенностей, путей передачи и опасности для организма, направленной в конечном счете на профилактику заболевания.

В качестве конкретной меры, способствующей достижению обозначенной цели, компания Janssen в рамках мероприятия выступила с предложением создать комплексную программу оказания медицинской помощи пациентам с гепатитом С, внедрение которой возможно на принципах частно-государственного партнерства. К участию в партнерстве планируется привлекать представителей профильных зарубежных и отечественных фармацевтических компаний, производителей диагностического оборудования и расходных материалов, профессиональные ассоциации, научные медицинские и экономические институты, работающие в области развития здравоохранения в РФ.

Эффективное лечение пациентов с гепатитом С поможет внести вклад в улучшение целевых индикаторов системы здравоохранения, а именно снизить заболеваемость острым и хроническим гепатитом С, злокачественными новообразованиями печени, увеличить ожидаемую продолжительность жизни, а также обеспечить стабильный вклад в создание валового

продукта региона за счет снижения смертности трудоспособного населения.

Резидент Фонда «Сколково» — лауреат премии Правительства РФ

Валерию Лебедеву и Александру Малыгину — разработчикам компании «ТЭС Мобайл», резидента Фонда «Сколково», присуждена премия Правительства Российской Федерации 2012 года в области науки и техники и присвоено звание «Лауреат премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники».

Правительственная премия присуждена за разработку теоретических основ, внедрение в клиническую практику и развитие технического обеспечения метода «Мезодиэнцефальная модуляция» (МДМ).

Одним из создателей уникальной методики является компания ООО «ТЭС Мобайл» — разработчик мобильной технологии для лечения нейросенсорной тугоухости и шума в ушах. Данный проект направлен на создание, сертификацию и вывод на международный рынок линейки медицинских аппаратов и методики для лечения нейросенсорной тугоухости (СНТ) и шума в ушах.

Новизна проекта заключается в применении уникальной запатентованной технологии селективной транскраниальной электростимуляции (ТЭС) защитных механизмов мозга импульсным током в сочетании с акустическим воздействием на орган слуха тональными сигналами. В настоящее время эффективность метода подтверждена клиническими испытаниями макета прибора: применение сочетанного воздействия ТЭС-терапии и аудиовоздействия привело к улучшению слуха у 89% пациентов с острой СНТ, в группе больных с хронической СНТ улучшение слуха выявлено у 64%, ушной шум прекратился у 35% больных; поменял тональность, стал периодическим или менее интенсивным на 5–10 дБ — у 59% пациентов.

«Метод «Мезодиэнцефальная модуляция» является частным случаем медицинской технологии ТЭС-терапии, основанной на научном открытии. Этот метод позволяет существенно укрепить собственные защитные силы организма, он более 25 лет успешно применяется в российской медицине. Целью нашего проекта в «Сколково» является вывод на международный рынок новой высокоэффективной технологии лечения тугоухости и шума в ушах, основанной на ТЭС-терапии», — заявил Александр Малыгин.

В ходе дальнейшей реализации проекта будут созданы профессиональная и индивидуальная версии аппаратов, последняя — в виде мобильного (скачиваемого и периодически обновляемого) приложения и специальной гарнитуры, подключаемой к мобильной платформе пользователя (смартфону, планшетному компьютеру).

Терапия коморбидного больного сахарным диабетом: фокус на гипогликемию

А. Л. Вёрткин, доктор медицинских наук, профессор

А. С. Скотников, кандидат медицинских наук

А. Ю. Магомедова

О. В. Ястребова

С. С. Казарцева

М. П. Алиев

П. Д. Алиева

ГБОУ ВПО МГМСУ им А. И. Евдокимова МЗ РФ, Москва

Ключевые слова: сахарный диабет 2-го типа, коморбидные больные, сахароснижающая терапия, гипогликемия, мониторинг осложнений, контроль гликемии.

Сахарный диабет (СД) — группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся гипергликемией, которая является результатом недостаточности секреции и действия инсулина либо обоих факторов (Всемирная Организация Здравоохранения, 1999 г.). В связи с высокой инвалидизацией и смертностью пациентов (СД занимает третье место после сердечно-сосудистой патологии и злокачественных новообразований) лечение и профилактика СД признаны одним из приоритетных направлений для национальных систем здравоохранения. В России примерное число больных СД 2-го типа составляет 3 млн человек, 75% из которых находятся в состоянии декомпенсации углеводного обмена и получают сахароснижающую терапию.

«Золотым стандартом» контроля гликемии признано определение уровня гликированного гемоглобина (HbA_{1c}) — стабильного соединения гемоглобина с глюкозой, образующегося в результате неферментативной химической реакции гемоглобина А, содержащегося в эритроцитах, с глюкозой крови. Многочисленные проспективные и эпидемиологические исследования, в частности DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) [1] и UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study), убедительно показали тесную взаимосвязь между уровнем HbA_{1c} и риском развития осложнений СД [2].

Также показано, что содержание HbA_{1c} отражает средний уровень гликемии за предшествующие 3 месяца. Согласно данным UKPDS, снижение уровня HbA_{1c} на 1% приводит к снижению смертности на 21%, риска возникновения инфаркта миокарда — на 14%, инсульта — на 12%, микрососудистых осложнений — на 37%, ампутаций нижних конечностей — на 43%.

Еще одним важным обстоятельством в ведении больных СД 2-го типа является избежание гипогликемий. Частота развития гипогликемических состояний остается крайне высокой несмотря на доступные методы самокон-

Контактная информация об авторах для переписки:
skotnikov.as@mail.ru

Классификация гипогликемий

Таблица

Вид гипогликемии	Основные характеристики
Тяжелая	<ul style="list-style-type: none"> • Состояние, требующее помощи посторонних лиц для введения углеводов, глюкагона или других действий; • может привести к коме; • измерение глюкозы плазмы может быть доступно/недоступно; • уменьшение неврологического дефицита связано с повышением уровня глюкозы до нормального
Подтвержденная симптоматическая	<ul style="list-style-type: none"> • Типичные симптомы гипогликемии; • зафиксированная глюкоза плазмы ≤ 3,9 ммоль/л
Бессимптомная	<ul style="list-style-type: none"> • Нет симптомов гипогликемии; • зафиксированная глюкоза плазмы ≤ 3,9 ммоль/л
Вероятная симптоматическая	<ul style="list-style-type: none"> • Симптомы гипогликемии; • нет измерения глюкозы плазмы (многие пациенты лечат симптомы углеводами без измерения глюкозы плазмы); • симптомы гипогликемии вызваны уровнем глюкозы плазмы ≤ 3,9 ммоль/л
Относительная	<ul style="list-style-type: none"> • Симптомы гипогликемии; • зафиксированная глюкоза плазмы > 3,9 ммоль/л

троля гликемии и большое разнообразие сахароснижающих препаратов. Понятие «гипогликемия» включает в себя все эпизоды снижения уровня глюкозы, которые могут принести потенциальный вред организму не только путем прямого воздействия, но и вследствие нарушения контррегуляции и чувствительности к гипогликемиям. Выделяют пять основных групп гипогликемий (табл. 1).

В данной классификации отражаются не только показатели гликемии, но и выраженность основных ее проявлений. Хорошо известно, что некоторые пациенты с постоянным неудовлетворительным гликемическим контролем испытывают симптомы гипогликемии при уровне глюкозы плазмы > 3,9 ммоль/л. Эти симптомы вызывают состояние дистресса и ограничивают достижение оптимального гликемического контроля.

В связи с этим в отечественных рекомендациях по ведению пациентов, страдающих СД, гипогликемия характеризу-

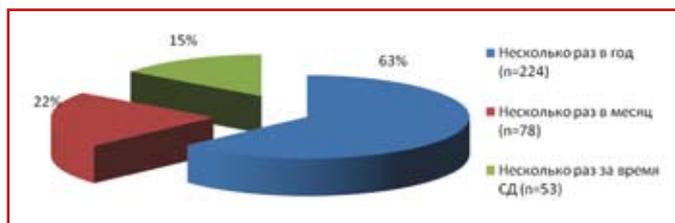


Рис. 1. Частота возникновения гипогликемических состояний у амбулаторных пациентов с СД 2-го типа

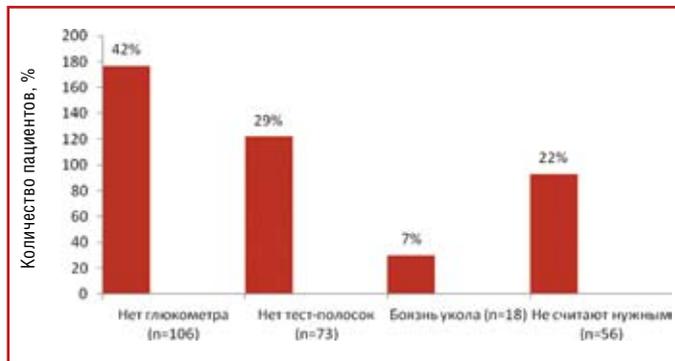


Рис. 2. Причины отсутствия самоконтроля среди пациентов с гипогликемическими состояниями

ется как снижение глюкозы плазмы менее 2,8 ммоль/л, сопровождающееся определенной клинической симптоматикой или ниже 2,2 ммоль/л вне зависимости от наличия симптомов.

В клинической картине гипогликемий выделяют вегетативные и нейрогликопенические проявления. Вегетативные симптомы выходят на первый план при остром понижении уровня глюкозы и наиболее часто проявляются в виде гипергидроза, беспокойства, тремора конечностей, тахикардии и ощущения перебоев в работе сердца, а также стенокардии. К нейрогликопеническим симптомам (преобладают при постепенном понижении уровня глюкозы) относят головокружение, спутанность сознания, нарушения зрения, парестезии, судороги, кому.

«Запуск» контринсулярной секреции реализуется в следующем порядке: происходит выброс глюкагона, затем адреналина, соматотропного гормона и кортизола. В основе патогенеза начальных симптомов гипогликемии лежит гипоксия корковых отделов головного мозга. В дальнейшем происходит мощная стимуляция автономной нервной системы, высвобождение большого количества катехоламинов, что, в совокупности, оказывает значительный гемодинамический эффект, потенцирование гемостаза и коагуляции. Эти процессы могут приводить к изменениям регионарного кровотока и провоцировать миокардиальную или церебральную ишемию, вызывая инфаркт миокарда (ИМ), сердечную недостаточность или инсульт. Однако опасность заключается не только в острых сосудистых катастрофах. Лишая мозг глюкозы, гипогликемия вводит к долгосрочным нарушениям восприимчивости и памяти. Тяжелые гипогликемии приводят к выраженным когнитивным нарушениям, по этой причине они особенно опасны в пожилом возрасте, а также при наличии сопутствующих заболеваний.

Высвобождение катехоламинов в ответ на гипогликемию ведет к снижению уровня калия плазмы, что отражается на изменениях электрокардиограммы (ЭКГ), включая удлинение интервала QT, и процессах реполяризации миокарда, что у ряда пациентов может приводить к возникновению сердечных аритмий. Из результатов иссле-

дования VADT (Veterans Affairs Diabetes Trial) известно, что тяжелые гипогликемии являются предикторами развития ИМ и острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) [3]. В другом масштабном проекте — рандомизированном двухфакториальном исследовании ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) показана более высокая смертность у пациентов с зарегистрированными гипогликемическими эпизодами независимо от применяемой к ним терапевтической стратегии [4]. Так, у пациентов с СД 2-го типа без гипогликемических эпизодов общий показатель смертности за год составил 1,2%, а при наличии гипогликемий — 3,3%.

Более того, как в группе интенсивного контроля (обязательное достижение уровня гликированного гемоглобина не более 6,9%) смертность была выше в подгруппах с зарегистрированными гипогликемическими эпизодами (2,8% против 1,3% в год), так и в группе стандартного контроля (4,9% против 1,1% в год). По данным других авторов, относительный риск развития ИМ, связанный с перенесенными год назад эпизодами тяжелой гипогликемии, составляет 12%, полгода назад — 20%, 2 недели назад — 65%.

У пациентов с СД 2-го типа, получающих пероральные формы сахароснижающих препаратов, определение HbA_{1c} следует производить 3–4 раза в год, уровень гликемии — ежедневно, а гликемический профиль необходимо наблюдать один раз в неделю. Помимо гликемического контроля, в рамках профилактики и лечения СД, ключевую роль играет мониторинг состояния органов-«мишеней». Осмотр пациента окулистом, неврологом, кардиологом должен осуществляться не реже одного раза в год, контроль биохимического анализа крови, клинического анализа мочи — также один раз в год, а микроальбуминурии — два раза в год [5]. Ведущая роль в реализации диабетологической помощи населению в России отведена эндокринологам-диабетологам городских и областных амбулаторно-поликлинических учреждений, однако официальной статистики частоты гипогликемий у больных СД в поликлинике нет.

Авторы проанализировали карты амбулаторного пациента 2104 больных СД 2-го типа, находящихся на учете в поликлиниках Северного административного округа (САО) Москвы, в том числе медицинскую документацию 867 пациентов (41,2%), получающих пероральную сахароснижающую терапию. Данным пациентам были предложены для заполнения анкеты, в которых больным следовало указать свои паспортные данные, возраст, стаж СД, составляющие сахароснижающей терапии, динамику показателей уровня гликемии (минимальные и максимальные), кратность контроля уровня глюкозы, режим питания, наличие или отсутствие коррекции терапии, сопутствующие заболевания, а также осложнения СД. Средний возраст пациентов составил 61,2 ± 11,3 года. Стаж сахарного диабета в среднем составил 6,0 ± 2,1 года. Из общего числа больных СД, получающих сахароснижающую терапию (n = 867), были сформированы две группы.

В первую группу вошли 512 пациентов (59%), не знакомых с гипогликемией, и 355 пациентов (41%), перенесших гипогликемические состояния (субъективные и/или объективные). Среди них были 291 женщина (83%) и 64 мужчины (17%), при этом данные больные различались по кратности возникновения гипогликемических состояний. Так, из 355 пациентов 78 (22%) отмечали гипогликемии несколько раз в месяц, 224 (63%) — несколько раз в год, а у 53 (15%) гипогликемией возникали однократно (рис. 1).

Из 355 больных 253 (72%) в своих ответах ориентировались сугубо на клинические эквиваленты гипогликемий, в том числе 42% (n = 106) не имели дома глюкометров, 73 (29%) — обладали глюкометрами, но не имели тест-полосок к ним, 18 (7%) больных — боялись уколов и 56 (22%) пациентов — в принципе не видели необходимости в измерении уровня гликемии. Только у 99 (28%) больных гипогликемия (ниже 3,9 ммоль/л) имела под собой лабораторное подтверждение (рис. 2).

При анализе кратности самоконтроля гликемии из всех опрошенных пациентов лишь 319 больных (37%) измеряют ее 1 раз в месяц в поликлинике по месту жительства, 110 (16%) — 1 раз в неделю, 121 (14%) — 2–3 раза в месяц, 191 (22%) — 2–3 раза в неделю, 35 (4%) — не контролируют гликемию вообще и лишь 61 человек (7%) осуществляет ежедневный самоконтроль (рис. 3).

Учитывая полученные данные (низкий процент пациентов, осуществляющих самоконтроль), можно предположить большой удельный вес больных, которые испытывают «скрытые» (бессимптомные) и ночные гипогликемии.

Кроме того, у пациентов, получающих пероральные формы препаратов (n = 867), отдельно была проанализирована структура этой сахароснижающей терапии. Так, препараты сульфонилмочевины амбулаторно получают 32% больных (n = 277), бигуаниды (метформин) — 25% пациентов (n = 217), комбинацию этих классов препаратов — 37% больных (n = 320), в то время как комбинацию инкретиномиметиков и метформина получают лишь 5% пациентов (n = 44), а комбинацию инкретиномиметиков с сульфониламидами и метформином только 1% больных СД (n = 9) (рис. 4).

Структура сахароснижающей терапии в группе пациентов, отмечающих в анамнезе гипогликемические состояния (n = 355), была следующей: 134 пациента (38%) получали препараты сульфонилмочевины (глибенкламид, гликлазид, глимепирид) в различных дозах и с разной кратностью приема, 82 человека (23%) — в комбинации с препаратами метформина, 99 больных (28%) — комбинированный препарат сульфонилмочевины + метформин в различных дозах, 36 пациентов (10%) — метформин в дозе 2,5 грамма в сутки, 4 человека (1%) — инкретиномиметики в комбинации с препаратами сульфонилмочевины (рис. 5).

Анализируя полученные данные, видно, что частота встречаемости гипогликемических состояний у пациентов, получающих препараты сульфонилмочевины в различных комбинациях с другими лекарственными группами, составляет 53%, тогда как при применении инкретиномиметиков гипогликемические состояния отмечаются лишь у 8% пациентов (n = 4). Коррекция сахароснижающей терапии у 149 (42%) пациентов не осуществлялась, у 75 (21%) коррекция производилась в рамках одной группы препаратов в рамках изменения дозы. Примерно треть пациентов — 99 (28%) выходили из гипогликемического состояния амбулаторно, 5 пациентам (1,4%) потребовалась экстренная госпитализация.

Низкая частота гипогликемических состояний на фоне приема инкретиномиметиков в целом и вилдаглиптина (Галвус) в частности может быть объяснена физиологичностью их механизма действия, в основе которого лежит блокирование фермента дипептилпептидазы-4 (ДПП-4), ответственного за инактивацию инкретинов (ГПП-1, ГИП), вырабатываемых в кишечнике. В результате этого увеличивается как базальная, так и стимулированная приемом пищи секреция глюкагоноподобного пептида 1-го типа (ГПП-1) и глюкозозависимого инсулилотропного полипептида из кишечника в системный кровоток в течение



Рис. 3. Кратность измерения гликемии у пациентов с СД 2-го типа



Рис. 4. Структура пероральной сахароснижающей терапии у больных СД



Рис. 5. Структура сахароснижающей терапии у пациентов, перенесших гипогликемию

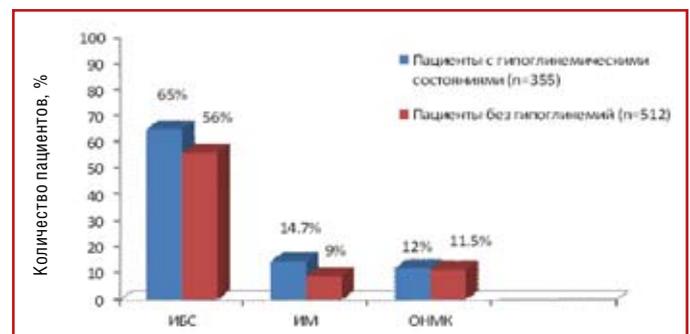


Рис. 6. Частота кардио- и цереброваскулярных катастроф у больных с СД 2-го типа в зависимости от анамнеза гипогликемии

всего дня. Инсулилотропный эффект в данном случае носит глюкозозависимый характер, что обеспечивает снижение риска гипогликемических состояний.

Среди сопутствующих заболеваний в группе пациентов с гипогликемиями в анамнезе (n = 355) у 231 больного (65%) имела место ишемическая болезнь сердца (ИБС), 52 чело-

века (14,7%) перенесли инфаркт миокарда и 43 пациента (12%) — инсульт. Кроме того, у 43 больных (12,2%) отмечались различные нарушения сердечного ритма. В группе больных без анамнеза гипогликемий ($n = 512$) ИБС имела место у 287 человек (56%), ИМ перенесли ранее 67 пациентов (13%), а инсульт — 46 человек (9%). Нарушениями сердечного ритма страдали 59 пациентов (11,5%) этой группы (рис. 6).

Очевидно, что высокие показатели смертности от ИБС и мозгового инсульта обусловлены значительной распространенностью артериальной гипертензии (АГ) среди населения, тяжелым коморбидным фоном большинства пациентов и недостаточной эффективностью рекомендуемой терапии.

Учитывая широкую распространенность у пациентов с СД различной сосудистой патологии в целом и АГ в частности, выбирая лекарственное средство для коррекции артериального давления у больных с нарушениями углеводного обмена, каждый врач должен учитывать метаболический профиль препаратов. Считается, что наименьшим профилем безопасности в отношении усугубления СД обладают бета-адреноблокаторы и тиазидные диуретики (ВНОК, 2009), хотя ряд исследований показал метаболический нейтралитет высокоселективных представителей данных классов.

Наиболее метаболически нейтральными препаратами являются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), сартаны и антагонисты кальция (АК), которые играют немаловажную роль в лечении АГ, в том числе и у пациентов с СД. Существует несколько поколений АК, отличающихся различными механизмами действия, химической структурой и селективностью.

Клинические и гемодинамические эффекты АК складываются из их воздействия на миокард, проводящую систему сердца, гладкомышечные клетки коронарных, мозговых и периферических сосудов. Способность расширять коронарные артерии явилась поводом для их применения при лечении ишемической болезни сердца, а периферическая вазодилатация — для лечения АГ.

Все АК различаются по продолжительности действия: нифедипин, верапамил, дилтиазем являются короткодействующими лекарственными веществами, а поэтому для поддержания постоянного эффекта их необходимо назначать 3–4 раза в день, что крайне неудобно в ежедневной многолетней терапии пациентов с АГ. К АК пролонгированного действия относятся либо специальные лекарственные формы нифедипина, верапамила и дилтиазема, обеспечивающие равномерное высвобождение препарата в течение длительного времени (препараты II поколения), либо препараты иной химической структуры, обладающие способностью более длительно циркулировать в организме (препараты III поколения: амлодипин, лацидипин). Последние не только более удобны в назначении, но и более безопасны ввиду значительно меньших колебаний их концентраций в крови больного. Амлодипин (Амлотоп) отличается от других препаратов высокой биодоступностью (до 80%), незначительными различиями в минимальной и максимальной концентрациях в течение суток, а также сверхдлительным действием (до 36 часов).

Антигипертензивное действие АК обусловлено уменьшением силы и частоты сердечных сокращений (отрицательное ино-, дромо- и хронотропное действие), замедлением тока ионов кальция через альфа-1,2-адренергические пути и на кальциевые каналы периферических сосудов, уменьшением чувствительности артериальных сосудов к эндогенным влияниям норадреналина, вазопрессина, гистамина,

серотонина, ацетилхолина, снижением общего периферического сосудистого сопротивления, периферической вазодилатацией и снижением постнагрузки на сердце.

Амлодипин наиболее эффективно снижал риск общей смертности, частоту возникновения ишемической болезни сердца и ее осложнений, мозгового инсульта и оказался сопоставимым по эффективности с ингибиторами АПФ [6].

По данным многонационального исследования VALUE, в группе амлодипина риск развития инфаркта миокарда был на 19% ниже, также выявлено достоверное снижение числа инсультов, контроль артериального давления при монотерапии достигался у 63% больных, находившихся под наблюдением [7].

Безопасность амлодипина оценивалась более чем у 2,5 тысяч больных АГ в различных плацебо-контролируемых исследованиях. Большинство побочных эффектов амлодипина (головная боль, отеки, приливы крови) были небольшими или умеренными по выраженности и зависели от дозы препарата. Амлодипин практически не воздействует на вегетативный статус и метаболически нейтрален, а поэтому доступен для длительной терапии пациентов с АГ, СД и высоким риском гипогликемических состояний.

Таким образом, на основании полученных данных можно констатировать, что среди амбулаторных больных имеет место высокая распространенность АГ и СД, а также недостаточный контроль уровня гликемии, мониторингирования осложнений СД и обучения больных с нарушениями углеводного обмена. У большинства пациентов коррекция терапии осуществляется на основании разовых измерений гликемии и в рамках одной группы препаратов, что не позволяет добиться компенсации углеводного обмена. Таким образом, организационной и клинической работе терапевтов, кардиологов и эндокринологов поликлиник требуется совершенствование с аспектом на прогностическую значимость гипогликемических состояний коморбидных больных СД 2-го типа, получающих сахароснижающую терапию. ■

Литература

1. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus // *N Engl J Med*. 1993. 329 (14): 977–986.
2. United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes // *Lancet*. 1998. 352 (9131), 837–853.
3. Veterans Affairs Diabetes Trial Study Group. Ethnicity, race, and clinically significant macular edema // *Diabetes Res Clin Pract*. 2009, Nov; 86 (2): 104–110.
4. Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Rationale and design for the blood pressure intervention // *Am J Cardiol*. 2007; 99 (suppl): 44 i–55 i.
5. Дедов И. И., Шестакова М. В. Алгоритмы специализированной медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом. М., 2009.
6. Antihypertensive and Lipid-lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial Research Group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic // *JAMA*. 2002; 288: 2981–2997.
7. The Valsartan Antihypertensive Long-term Use Evaluation Study Group. Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipin // *Lancet*. 2004; 363 (9426): 2022–2033.

Статины — обязательный компонент терапии сахарного диабета 2-го типа

Л. В. Кондратьева, кандидат медицинских наук

ГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ, Москва

Ключевые слова: сахарный диабет, сердечно-сосудистые риски, сердечно-сосудистые заболевания, липиды, многофакторное управление, статины.

Сахарный диабет (СД) сегодня представляет собой значимую проблему как для высокоразвитых, так и для развивающихся стран мира. По темпам прироста заболеваемости за последние 30 лет СД опередил инфекционные заболевания, такие как туберкулез и ВИЧ-инфекция. Важнейшей особенностью СД является высокая частота сердечно-сосудистых осложнений, приводящих к фатальным последствиям у 60–70% пациентов [1, 2]. СД как 1-го, так и 2-го типа в 4–10 раз повышают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) по сравнению с людьми без СД [3, 4]. Многочисленная доказательная научная база позволила Американской кардиологической ассоциации причислить СД по риску к сердечно-сосудистым заболеваниям [5]. В частности, в рамках исследования OASIS Study (Organization to Assess Strategies for Ischemic Syndromes) доказано, что риск смерти вследствие любых сердечно-сосудистых причин абсолютно одинаков у пациентов с СД без ишемической болезни сердца (ИБС) в анамнезе и у пациентов с ИБС без указания в анамнезе СД (рис. 1) [6]. ИБС развивается у 70–80% пациентов с СД 2-го типа и у 40% пациентов с СД 1-го типа.

В последние годы усилия ученых и практикующих врачей направлены не только на достижение контроля процессов метаболизма, улучшения качества жизни больных, но и на увеличение продолжительности жизни, которая у большинства пациентов с СД 2-го типа сокращается в связи с ранним развитием ИБС. СД 2-го типа ассоциируется с повышенным риском развития всех форм ИБС, включая стенокар-

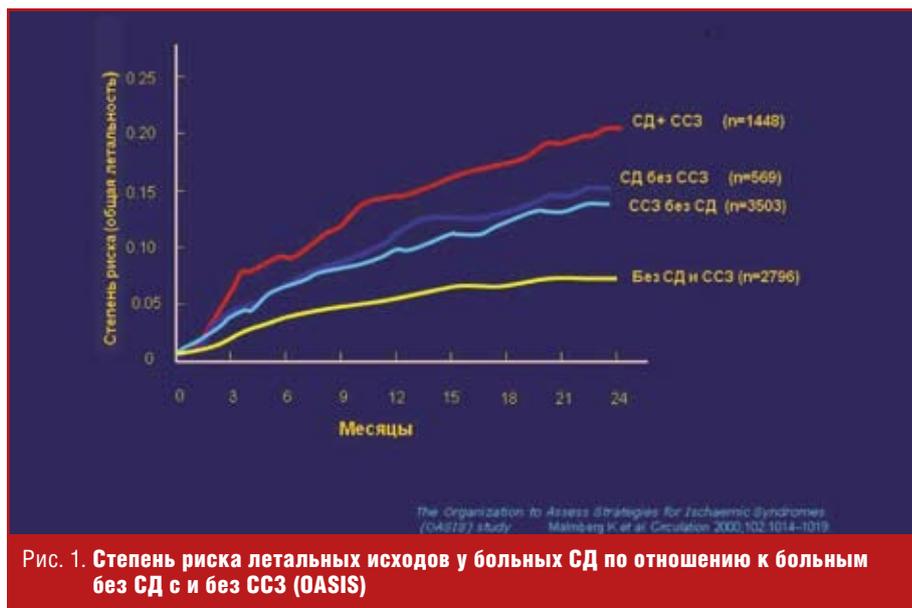


Рис. 1. Степень риска летальных исходов у больных СД по отношению к больным без СД с и без ССЗ (OASIS)

дию, безболевою ишемией миокарда, инфаркт миокарда, а также внезапную сердечную смерть. В структуре смертности пациентов с СД 2-го типа лидирующую позицию занимает инфаркт миокарда (54,7%) и инсульт (29%), против онкологии у пациентов с СД (10%), инфекции (6,7%), комы (3,1%) [7].

В соответствии с результатами Фрамингемского исследования [8], абсолютный риск ССЗ и смерти зависит от многих факторов, в частности, таких как артериальная гипертензия, дислипидемия, ожирение, питание, курение, потребление алкоголя, причём увеличение риска всегда более выражено у лиц женского пола. Между тем причинами высокой заболеваемости и смертности пациентов с СД от ССЗ служит тот факт, что помимо общих для всей популяции факторов риска ИБС, для пациентов с СД существуют факторы риска (ФР), специфичные только для этого заболевания [9].

Выделяют как общие факторы риска (наследственность по ИБС, возраст, женский пол, курение, ожире-

ние, неправильное питание, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, артериальная гипертензия, дислипидемия, гиперкоагуляция, менопауза), так и специфические для СД факторы риска (гипергликемия (натощак, постпрандиальная), инсулинорезистентность (ИР), гиперинсулинемия, вариабельность гликемии, микроальбуминурия (протеинурия) в связи с диабетической нефропатией).

Как известно, СД 2-го типа протекает бессимптомно на протяжении длительного периода, достигающего порой 10–15 лет, молчаливо участвуя в этот же период времени в формировании патологических изменений сосудов, а значит — в развитии ССЗ. Не случайно в момент установления диагноза «сахарный диабет» у многих пациентов добавляется диагноз «ишемическая болезнь сердца». Данные научных исследований убедительно свидетельствуют о том, что риск микрососудистых и макрососудистых осложнений СД ассоциируется с уровнем гликемии, вариабельностью