

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ БАЗА СТАТИНОВ У БОЛЬНЫХ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА



А.В. Сусеков, к.м.н., Институт клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова, Москва

Начну с любопытной и типично американской статистики. Это своеобразный рейтинг шансов умереть в следующем году. И самый высокий шанс – вследствие болезней сердца и сосудов, 1/388. На втором месте авткатастрофа, 1/6585. На третьем, что тоже очень характерно – плохая

медицинская помощь, 1/83720. Далее идут авиакатастрофа, террористический акт и падение астероида. Американцев можно понять, у них тревожная статистика по главным факторам сердечно-сосудистого риска. Гиперхолестеринемией страдают 107 млн – это 51% взрослого населения США. Метаболический синдром у 103 млн, артериальная гипертензия у 65 млн, 17 млн живут с диагностированным сахарным диабетом и у более 8 млн он есть, но еще не диагностирован. За последние 30 лет в структуре факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у жителей США произошли кое-какие изменения. Показатели ожирения почти не изменились, доля курения уменьшилась с 34% до 24%, зато доля СД 2 типа выросла с 3,9% до 9,1%.

Пожалуй, самое часто цитируемое исследование по факторам риска инфаркта миокарда – это исследование INTERHEART, в нем приняли участие около 30 тыс. пациентов из 52 стран, включая Россию (таблица).

Как видите, на первом месте дислипидемия, соотношение АроВ/АроА-1. На втором и третьем месте курение и стресс. На почетном четвертом – сахарный диабет 2 типа, следом идут артериальная гипертензия и абдоминальное ожирение. Кстати, интересно, что самая сильная связь между первым инфарктом и СД 2 типа обнаружена у китайцев.

Обращаю ваше внимание на то, что нормальные уровни общего ХС и ХС-ЛНП у пациентов с СД не

должны вас расслаблять и водить в заблуждение. Небольшие плотные частицы ЛПНП, которых больше при СД 2 типа – они более атерогенные, у них более высокая концентрация апополипротеина В. Это дополнительно увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Интересно проследить эволюцию официальных рекомендаций по контролю холестерина на протяжении последних 20 лет (рисунок 1).

Мы видим, как и в Америке, и в Европе идет неуклонное снижение целевых уровней ХС-ЛНП. Соответственно, расширяются показания к назначению статинов, которые, согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов и Европейского общества по сахарному диабету (ESC и EASD), вошли в первую линию лечения больных сахарным диабетом. Американцы в 2004 г. приняли решение пересмотреть рекомендации 2001 г., сформулированные в известном документе NCEP ATP III по результатам 5 мега-трайлов со статинами. Было опубликовано специальное дополнение к ним, в котором выделяется группа очень высокого риска, требующая более агрессивного снижения ХС-ЛНП.

В эту группу вошли больные с ИБС и одним большим фактором риска, к каковым, конечно, относится и СД 2 типа. Сюда же вошло сочетание метаболического синдрома с СД 2 типа (Тг > 2,3; ЛВП < 1,03 ммоль/л). Также в этой группе оказались плохо контролируемые факторы риска, например, когда больная после инфаркта миокарда продолжает курить.

Динамика российских рекомендаций находилась в русле общемировых тенденций: целевой уровень ХС-ЛНП снизился с < 2,5 ммоль/л (ВНОК, 2004) до < 2,0 ммоль/л (ВНОК, 2009). Согласно последним обновленным рекомендациям ВНОК, формула липидов (общий холестерин/ХС-ЛНП/триглицериды/ХС-ЛВП) должна быть следующей:

Таблица. Исследование INTERHEART: факторы риска ОИМ

Факторы риска ОИМ	Отношение шансов (99% CI)
Липиды АроВ/АроА-1	3,25
Курение	2,87
Стресс	2,67
СД 2 типа	2,37
АГ	1,91
Абдоминальное ожирение	1,62
Ежедневное употребление овощей и фруктов	0,70
Физические упражнения	0,86
Пьюрбление алкоголя	0,91

МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

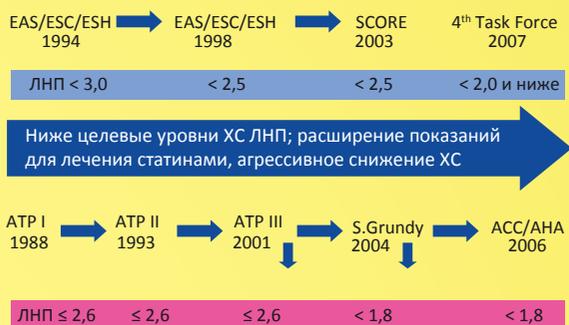


Рисунок 1. Эволюция официальных рекомендаций по контролю холестерина (1988-2007)

у здоровых 5-3-2-1: у больных ИБС, СД 2 типа 4-2-2-1. Советую запомнить эти цифры как телефон любимой женщины. А если без шуток, приходится признать, что рекомендации ВНОК – это одно, а повседневная практика российских ЛПУ – нечто совсем другое. Несколько лет назад мы провели исследование в поликлиниках Москвы. Называлось оно MSS и было посвящено оценке степени контроля липидов в различных группах высокого риска, в том числе у больных СД 2 типа (182 человека). Должен сказать, что средние значения факторов риска были далеки от целевых. ХС-ЛНП – 3,53 ммоль/л при целевом тогда уровне < 2,5 ммоль/л; триглицериды – 2,47 ммоль/л (цель < 1,7 ммоль/л); глюкоза – 7,8 ммоль/л (цель < 5,6 ммоль/л);

артериальное давление – 143/88 мм рт. ст. при целевом менее 130/80 мм рт. ст. Таким образом, практически все факторы риска оставались вне контроля у этих больных. При этом статины принимали только четверть участников, а целевых уровней из них достигли менее 30%. Получилось 13 пациентов с адекватной липидоснижающей терапией из 182 больных с СД 2 типа – и это в относительно благополучной столице. Чтобы стало понятно, насколько важно добиваться приближения к целевым показателям ХС-ЛНП, хочу познакомить вас с данными метаанализа 14 рандомизированных исследований с участием 18686 человек. У пациентов с СД 2 типа снижение ХС-ЛНП всего на 1 ммоль/л уменьшает риск больших сердечно-

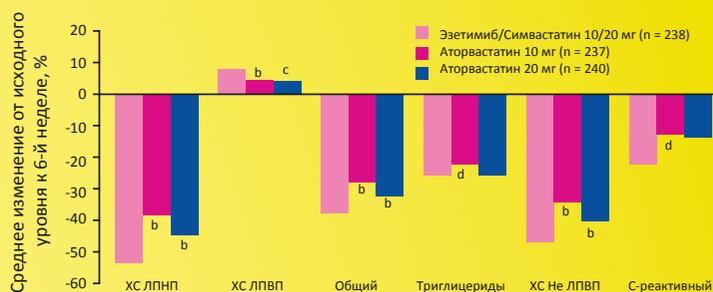


Рисунок 2. Инеджи (эзетимиб/симвастатин 10/20 мг) у больных с СД 2 типа (VYTA) (адаптировано из Goklberg R.B. et al., 2006)

сосудистых событий на 21%, инфарктов миокарда на 22%, инсультов на 21%, а сердечно-сосудистую смертность уменьшает на 13%. Существует несколько подходов к выбору гиполипидемической терапии при СД 2 типа. Мне импонирует схема Инеджи, комбинация Эзетимиба с Симвастатином в дозировке 10/20 мг. Эта комбинация показала хорошие результаты в сравнении с монотерапией аторвастатином в дозировке 10 и 20 мг (рисунок 2). И в заключение напомним, что профилактика сердечно-сосудистых рисков при СД 2 типа – это не только эффективная терапия статинами, но и соблюдение диеты, и достаточная двигательная активность, и прекращение курения. Давайте не забывать об этом и подавать хороший пример своим пациентам.

