



Академик А.И. МАРТЫНОВ: «Вести пациента с нарушениями углеводного обмена и артериальной гипертонией должен терапевт, но в тесном сотрудничестве с эндокринологом и кардиологом»



Известно, что нарушения углеводного обмена способствуют развитию сердечно-сосудистых заболеваний, а артериальная гипертония может быть одним из проявлений метаболического синдрома. Междисциплинарный подход к ведению больных, страдающих метаболическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, – тема беседы с профессором кафедры госпитальной терапии № 1 лечебного факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова, президентом Российского научного медицинского общества терапевтов, заслуженным деятелем науки РФ, академиком РАМН Анатолием Ивановичем МАРТЫНОВЫМ.



– Нередко у пациентов с нарушениями углеводного и липидного обмена имеются и сердечно-сосудистые заболевания. Полиморбидность у таких больных начинается с метаболического синдрома?

– Понятие «метаболический синдром» все чаще используется в повседневной практике врачей разных специальностей – терапевтов, эндокринологов, кардиологов. На сегодняшний день наметилось активное сотрудничество кардиологов и эндокринологов в выработке подхода к ведению пациентов с метаболическим синдромом, что нашло отражение в последних Национальных рекомендациях по диагностике и лечению артериальной гипертензии, подготовленных комитетом экспертов под руководством профессора Ирины Евгеньевны Чазовой.

Не следует забывать, что метаболические нарушения зачастую длительное время протекают скрыто на фоне артериальной гипертензии или плохого самочувствия, по поводу чего пациент обращается прежде всего к терапевту. В этой связи нельзя недооценивать роль терапевта в своевременном выявлении метаболического синдрома как фактора риска развития сахарного диабета 2 типа и сердечно-сосудистых событий. Вот почему в последнее время на конгрессах, съездах и конференциях Российского научного медицинского общества терапевтов акцент делается на проблеме диагностики метаболического синдрома в клинической практике.

– Существуют ли особенности течения артериальной гипертензии у пациентов с нарушениями углеводного и липидного обмена?

– К таким особенностям можно отнести достаточно высокую вариабельность артериального давления вследствие его ортостатических и постпрандиальных колебаний, распространенность скрытой артериальной гипертензии и высокую частоту рефрактерной артериальной гипертензии. Согласно международным и отечественным рекомендациям, у больных сахарным диабетом пороговые значения артериального давления не должны превышать 140/90 мм рт. ст. В рекомендациях по лечению артериальной гипертензии, утвержденных в 2013 г. на конгрессе Европейского общества кардиологов в Амстердаме, пороговые значения артериального давления при наличии метаболического синдрома или сахарного диабета еще ниже – 135/80 мм рт. ст. Однако в клинической практике мы сталкиваемся с необходимостью дифференцированного подхода к достижению целевых значений артериального давления у пациентов разных возрастных групп. Например, до 50% пациентов старше 70 лет очень плохо переносят строгое поддержание рекомендованного целевого уровня артериального давления.

– Именно в этом и заключается персонализированный подход к лечению больных?

– Совершенно верно, и это было учтено в Европейских рекомендациях 2013 г., где для пожилых пациентов допускаются пороговые значения артериального давления 150/90 мм рт. ст. Это объясняется тем, что у людей пожилого и старческого возраста уже имеется реструктуризация просвета сосудов, иными словами, стеноз разной степени. А для того чтобы через суженную часть сосуда проходил достаточный объем крови, необходимо повышенное давление – таков закон гидродинамики. Когда мы значительно снижаем давление у таких больных, появляются отрицательные изменения на электрокардиограмме, возникают стенокардия, церебральные симптомы, головокружение, шум в ушах и т.д. А при артериальном давлении чуть выше установленной нормы пациенты чувствуют себя гораздо лучше. Я, как и многие кардиологи, считаю необходимым достижение пороговых значений артериального давления 135/80 мм рт. ст., однако для больных со стенозом коронарных сосудов, сонных артерий, артерий нижних конечностей допустимы более высокие показатели. Похожая ситуация и с нормогликемией: если раньше эндокринологи настаивали на достижении довольно жестких целевых значений, то сейчас допускается небольшая гипергликемия у людей с большой длительностью сахарного диабета 2 типа, риском гипогликемии.

Я на практике убедился, что пожилые люди иногда очень комфортно себя чувствуют при систолическом артериальном давлении 160 мм рт. ст. Теоретически мы как будто бы сокращаем им жизнь, увеличиваем риск осложнений, но ведь есть еще и такое понятие, как качество жизни. Искусство врача как раз и заключается в том, чтобы, руководствуясь современными рекомендациями по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, обеспечить пациенту достаточно высокое качество жизни. Это возможно только при условии индивидуального подхода к больному, с учетом сопутствующих заболеваний – сахарного диабета, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, абдоминального ожирения и др.

– Каким должен быть оптимальный алгоритм ведения больного с метаболическими нарушениями в сочетании с артериальной гипертензией?

– Это очень трудный вопрос, на который сейчас нет полного ответа. Конечно, теоретически больного с сахарным диабетом должен лечить эндокринолог, но на практике это неосуществимо. Вот если бы меня спросили, как выйти из этого положения, я бы сформулировал свою позицию таким образом: выявлять нарушения углеводного обмена, диагностировать сахарный диабет – это сфера ответственности терапевта, он же должен дать общие рекомендации по диете, снижению массы тела, повышению физической активности, но выбрать схему терапии может

эндокринология



только эндокринолог. Эффективность терапии должен контролировать опять-таки терапевт, и в случае недостижения целевых показателей гликемии натощак и постпрандиальной гликемии, уровня гликированного гемоглобина он должен повторно направить больного к эндокринологу для коррекции терапии. Повторю: я глубоко убежден, что планомерно вести больных с сахарным диабетом должен именно терапевт.

Кроме того, терапевт должен назначать лечение по поводу артериальной гипертонии. В нашем арсенале 9 групп гипотензивных препаратов, при этом преимущественно мы пользуемся пятью. Безусловно, к назначению гипотензивных препаратов нужно подходить дифференцированно. Например, если у больного артериальной гипертонией уже отмечены нарушения функции почек, то в качестве базисной терапии необходимо использовать группу ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ). А если у пациента с артериальной гипертонией имеется выраженный атеросклероз сосудов мозга, то для базовой терапии должны применяться антагонисты кальция. Причем ни та, ни другая группа препаратов на углеводный обмен не влияет. А вот если нужно назначить диуретик больному с нарушенной толерантностью к глюкозе или сахарным диабетом, то выбор следует сделать в пользу индапамида или торасемида, поскольку они практически не влияют на обмен глюкозы, однако и в этом случае следует учитывать индивидуальные особенности пациента, особенно при лечении пожилых людей. Не следует также без особой необходимости назначать гиплипидемические средства, которые могут ухудшать течение сахарного диабета.

– Это в теории. А на практике?

– Рассмотрим для наглядности алгоритм действий терапевта на конкретном примере. Женщина, 56 лет. Анамнез: абдоминальное ожирение II степени, сахарный диабет 2 типа, нетяжелого течения, артериальная гипертония II степени тяжести, начальное поражение почек – скорость клубочковой фильтрации 55 мл/мин.

Лечение этой пациентки я бы ни в коем случае не начал с мочегонных препаратов, хотя они обладают достаточно хорошим гипотензивным эффектом, поскольку у нее уже имеется начальное поражение почек. Поэтому в качестве базисной терапии ей следует назначить иАПФ, а в случае их невысокой эффективности – добавить антагонист кальция. Если бы у нашей пациентки была еще и транзиторная ишемическая атака или микроинсульт, то базисную терапию следовало бы начать с антагонистов кальция и только в случае их малой результативности добавить иАПФ.

В случае если терапевту не удастся контролировать артериальную гипертонию или при наличии у боль-

ного сердечно-сосудистых заболеваний необходима консультация кардиолога. Я убежден, что реальная помощь пациентам с метаболическими нарушениями в сочетании с сердечно-сосудистыми нарушениями возможна только при сотрудничестве терапевта с эндокринологом и кардиологом.

– Какие меры профилактики, на Ваш взгляд, наиболее эффективны в предупреждении риска развития метаболических нарушений и сердечно-сосудистых событий?

– Сейчас много внимания уделяется совершенствованию методов диагностики, системам самоконтроля гликемии, разработке новых фармпрепаратов, и это, конечно, дает положительный результат. Однако, к сожалению, у нас практически не ведется пропаганда здорового образа жизни среди населения. А ведь каждый человек должен знать о значении сна в обеспечении нормальной жизнедеятельности, о необходимости соблюдать режим труда и отдыха, о том, что стрессы, депрессия оказывают серьезное отрицательное влияние на здоровье. Так, во время стресса или депрессии кто-то начинает злоупотреблять алкоголем, а кто-то и «заедает» проблему – доказано, что большинство тучных людей страдают депрессией.

Необходимо также знать о том, что в день следует употреблять 4 грамма соли, а не 12, как это делает среднестатистический москвич, и о том, что в семье, где нет детей, практически не должно быть сахара, потому что углеводы в достаточном количестве поступают с хлебом, а пить чай можно и с сухофруктами, и с медом, и с небольшой порцией черного шоколада.

Людям следует иметь четкое представление о страшном влиянии курения на здоровье. Примерно 15 лет назад мы узнали, что именно курение – основной пусковой механизм развития сердечно-сосудистых заболеваний, и связано это с необратимым поражением эндотелия сосудов. Неблагоприятное воздействие на функцию эндотелия оказывают стрессы, плохой сон, алкоголь, но возникшая под их влиянием дисфункция до определенного момента обратима.

В то же время нужно признать, что изменение образа жизни, применение нелекарственных методов лечения метаболических нарушений и артериальной гипертонии пока не находят большой поддержки среди населения. В чем-то виноваты и мы, врачи, поскольку у нас не всегда хватает времени на разъяснительную работу с нашими пациентами. И все же медицина зачастую бессильна, когда человек пренебрегает своим здоровьем. Может быть, поэтому существенных успехов в продлении жизни населения ни у нас, ни у наших коллег за рубежом нет. Пора сместить акценты и стимулировать человека нести ответственность за свое здоровье. 📞

эндокринолог