

Гіпертонічна хвороба в поєднанні із цукровим діабетом 2 типу: суперечливість поглядів на тактику ведення

У статті представлено огляд наукової літератури щодо проблеми поєднаної патології — цукрового діабету (ЦД) 2 типу та гіпертонічної хвороби. Це питання дуже актуальне в наш час через значну кількість пацієнтів, високий ризик погіршення прогнозу життя та виникнення ускладнень. Показано, як змінювалися погляди на тактику лікування таких пацієнтів за останні 6 років за даними вітчизняних і зарубіжних досліджень. У статті наведено рекомендації з лікування артеріальної гіпертензії (АГ) в поєднанні із ЦД 2 типу, починаючи із 2007 р. Дослідження провідних учених України та світу показують, що найдоцільніші групи препаратів для лікування АГ у хворих на ЦД 2 типу — це тiazидні діуретики, інгібітори АПФ, блокатори кальцієвих каналів. Для успішного лікування АГ при ЦД 2 типу необхідний жорсткий контроль рівня цільового артеріального тиску (АТ) та досягнення оптимального глікемічного контролю. Водночас більшість досліджень показує, що застосування як антигіпертензивної терапії кількох препаратів має значну перевагу перед монотерапією і дає змогу у 90 % випадків забезпечити адекватне зниження АТ.

Ключові слова:

цукровий діабет 2 типу, артеріальна гіпертензія, коморбідна захворюваність.

Цукровий діабет (ЦД) — одне з найпоширеніших у світі хронічних захворювань, яке становить серйозну проблему для системи охорони здоров'я через високу летальність, ранню інвалідизацію, зменшення тривалості життя хворих [19, 23]. Кількість хворих на ЦД 2 типу — близько 250 млн. Згідно із прогнозами, у разі збереження таких темпів зростання чисельності хворих, у 2025 р. їх буде приблизно 380 млн. Поєднання із ЦД артеріальної гіпертензії (АГ), яке спостерігається у 70–80 % випадків, стає причиною летальності у понад 50 % таких хворих [1].

Згідно з доповіддю робочої групи Національної програми з освіти щодо високого артеріального тиску (National High Blood Pressure Education Program), присвяченою АГ при ЦД [28], АГ трапляється у хворих на ЦД 2 типу у 2 рази частіше, ніж в осіб без діабету [23, 28]. Проблема особливо гостра в жінок і деяких національних групах. Поєднання ЦД і АГ зустрічається майже у 2 рази частіше серед афроамериканців, ніж серед білих, і в 3 рази частіше у мексиканців, ніж у білих не латиноамериканського походження [28]. АГ частіше виникає ЦД 1 типу, ніж при ЦД 2 типу, однак після поправки на вік виявляється, що її частота при ЦД 2 типу зростає в міру старіння. Близько 90 % хворих, у яких АГ поєднується із ЦД, мають саме діабет 2 типу [28].

На щорічній сесії Американського коледжу кардіологів у 2003 р. було повідомлено, що близько 80 % хворих із ЦД 2 типу помирають від серцево-судинної патології, а 75 % перебувають у стаціонарі із загостреннями серцево-судинних захворювань. Патогенетичні механізми



**В.І. Вдовиченко,
В.В. Кульчицький**

Львівський національний
медичний університет
імені Данила Галицького

КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

Вдовиченко Валерій Іванович
д. мед. н., проф., зав. кафедри
ФПДО № 1 терапії та медичної
діагностики

79059, м. Львів, вул. Миколайчука, 9
Тел.: (032) 258-75-07
E-mail: dep_ther@mail.ru

Стаття надійшла до редакції
17 вересня 2014 р.

впливу ЦД 2 типу на розвиток кардіальної патології більш значущі, ніж класичні чинники ризику, що було продемонстровано в дослідженні Euroaspire [25, 26].

Центральну роль у патогенезі АГ при ЦД більшість дослідників віддають активізації ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС). Дослідження останніх 10–15 років довели провідну роль активації ренін-ангіотензинової системи (РАС) у розвитку АГ і судинних ускладнень при ЦД – діабетичної нефропатії, ретинопатії, ішемічної хвороби серця [4, 10].

Поворотним моментом у переосмисленні значущості цієї системи в розвитку патології різних органів стало виявлення локальних тканинних РАС у клітинах нирок, серця, мозку, ендотелії судин та інших тканинах. В експериментальних і клінічних дослідженнях встановлено, що при ЦД під впливом гіперглікемії відбувається гіперактивація тканинних РАС. При цьому секреція основного субстрату цієї системи – ангіотензину II (АТ II) – тканиною нирок, серця, ендотелієм судин при ЦД підвищується в багато разів. Зокрема, встановлено, що локально ниркова концентрація АТ II у тисячі разів перевищує його вміст у плазмі крові. Механізми патогенної дії АТ II зумовлені не лише його потужною вазоконстрикторною дією, а й проліферативною, прооксидантною і протромбогенною активністю. Активуючи цілий комплекс цитокінів, АТ II сприяє розвитку фіброзу і склерозу тканини, в якій він локально синтезований, чи то тканина нирок, серця, судини сітківки, чи то ендотелій судин.

Поширеність АГ у хворих на ЦД 2 типу вища, ніж у загальній популяції, більш ніж на 50 % [19]. Наявність АГ, безумовно, збільшує вже початково підвищений ризик розвитку серцево-судинних ускладнень при ЦД. У дослідженні MRFIT показано, що АГ асоціюється із 23-кратним збільшенням абсолютного ризику серцево-судинної смертності у хворих із ЦД 2 типу порівняно з пацієнтами без діабету. Повідомляється, що від 35 до 75 % серцево-судинних і ниркових ускладнень при ЦД можуть бути пов'язані з підвищеним артеріальним тиском (АТ) [28]. Із цих даних випливає, що контроль за рівнем АТ у хворих на ЦД може мати вирішальне значення для поліпшення їхнього прогнозу.

У дослідженні UKPDS для зниження АТ використовували атенолол або каптоприл, за необхідності в комбінації з іншими антигіпертензивними препаратами [28]. У ході більш ніж 8-річного спостереження середнє значення АТ в групі ретельнішого контролю за рівнем тиску становило 144/82 мм рт. ст. порівняно зі 154/87 мм рт. ст. у менш контрольованій групі ($p = 0,0001$). У пер-

шій групі вигоди від лікування були в меншій частоті (на 24 %) всіх ускладнень, пов'язаних із ЦД, було на 32 % менше смертей від діабету й на 44 % – від мозкових інсультів (усі $p < 0,5$) порівняно із другою групою. Ці результати знайшли підтвердження і в дослідженні HOT [18]. Виявилося, що в підгрупі хворих із ЦД ризик серцево-судинних ускладнень і серцево-судинна смертність були у 23 рази вищі у хворих із цільовим рівнем діастолічного АТ (ДАТ) – 90 мм рт. ст. порівняно з пацієнтами з ДАТ 80 мм рт. ст. [8]. Таким чином, ризик серцево-судинних ускладнень у хворих на ЦД виявився мінімальним при найнижчому цільовому АТ.

Відповідно до результатів досліджень HOT, UKPDS 36 (United Kingdom Prospective Diabetes Study), UKPDS 38 цільовий рівень АТ в таких пацієнтів становив 130/85 мм рт. ст. [18, 21]. Зниження АТ показане хворим із високим ризиком макроангіопатій, цереброваскулярних захворювань і патологією периферичних судин, оскільки в разі досягнення цільових значень спостерігалось зниження частоти мікроангіопатій на 37 %, ураження головного мозку на 44 % і загальної смертності на 32 %. Ренопротекція при діабетичній нефропатії може бути досягнута, якщо АТ підтримувати на рівні не вище 125/75 мм рт. ст. (за протеїнурії > 1 г/добу – 125/75 мм рт. ст.). Результати UKPDS підтвердили важливість своєчасного й адекватного лікування гіперглікемії при ЦД, що сприяє зниженню ризику розвитку мікроангіопатій на 25 % і ризику будь-якої клінічно важливої точки на 12 %. Аналіз даних UKPDS показав також, що на кожен 1 % зниження рівня глікозильованого гемоглобіну (HbA_{1c}) ризик розвитку мікроангіопатій знижувався в середньому на 35 %, а підвищення його на 1 % збільшувало частоту гострого інфаркту міокарда на 10 % [24].

У червні 2007 р. з'явилися «Європейські рекомендації з ведення артеріальної гіпертензії», сформовані Європейським товариством кардіологів [6, 8, 11]. У рекомендаціях зазначено цільовий АТ для хворих на ЦД із встановленим серцево-судинним ризиком та нирковими ускладненнями – $< 130/80$ мм рт. ст., а при ЦД і дуже високому ризику – $< 125/75$ мм рт. ст. [11]. Указано, що застосування тіазидних діуретиків та β -адреноблокаторів призводить до порушень метаболізму та розвитку нових випадків ЦД. Однак негативні висновки щодо β -адреноблокаторів дослідники зробили на підставі дослідження лише атенололу, тому вони не стосуються інших препаратів цієї групи. Водночас дослідники дійшли висновку, що найбільш показаною групою препаратів при діабетичній нефропатії

та метаболічному синдромі є інгібітори АПФ. Пацієнти із ЦД, захворюваннями нирок та високим ризиком серцево-судинних хвороб потребують комбінованої терапії із застосуванням кількох груп препаратів.

22 жовтня 2008 р. Американська діабетична асоціація спільно з Європейською асоціацією з вивчення діабету опублікувала оновлений Консенсус ведення хворих із ЦД 2 типу [6], сформований на результатах досліджень ONTARGET, ADVANCE. Згідно із цим документом цільовий АТ має становити < 130/80 мм рт. ст., а цільові значення HbA_{1c} < 7,0%. Досягнення такого рівня HbA_{1c} — важлива терапевтична мета під час лікування ЦД 2 типу. Якщо за допомогою препаратів першої лінії не вдається досягти або підтримувати цільові рівні глікемії, слід негайно застосувати інші групи препаратів. У випадку неефективності зазначених методів рекомендовано раннє призначення інсулінотерапії. Це стосується пацієнтів з рівнем HbA_{1c} понад 8,5%. Для зменшення АТ можна застосовувати всі ефективні й добре переносимі препарати та їх комбінації. Перевагу слід віддавати блокаторам РААС, оскільки вони мають виражений антипротейнуричний ефект (за наявності діабетичної нефропатії).

За рекомендаціями Європейського товариства з гіпертензії, опублікованими у грудні 2009 р., для комбінованого лікування АГ запропоновано застосовувати лише 4 групи препаратів: інгібітори АПФ, блокатори рецепторів ангіотензину (БРА), антагоністи кальцію, діуретики. Принцип агресивного зниження АТ був визнаний невинуватим у пацієнтів із високим серцево-судинним ризиком. Окрім цього, у хворих із високим ризиком, зокрема із ЦД, зниження ДАТ до 80 мм рт. ст. може бути недоцільним. У розділі, присвяченому лікуванню таких пацієнтів, з'явилася ремарка, що рівень 140/90 мм рт. ст. у таких хворих слід розцінювати у низці випадків як найоптимальніший. Виняток становлять хворі з нирковими ускладненнями, для яких діє принцип «чим нижче, тим краще». Застосування комбінованої терапії визнано головною умовою ефективного контролю за АТ [2, 3].

У травні 2012 р. вийшла нова редакція Європейських рекомендацій із профілактики серцево-судинних захворювань [15]. Під цими рекомендаціями поставили свій гриф дев'ять європейських професійних асоціацій: Європейське товариство кардіологів (ESC); Європейське товариство з атеросклерозу (EAS); International Society of Behavioral Medicine (ISBM); European Stroke Organization (ESO); Європейське товариство з гіпертензії (ESH); Європейська асоціація з вивчення діабету (EASD); Європейське това-

риство із загальної практики/сімейної медицини (ESGP/FM/WONCA); Міжнародна діабетична федерація Європи (IDF-Europe); European Heart Network (EHN) [14]. Згідно із цими рекомендаціями цільовий рівень HbA_{1c} для профілактики серцево-судинних захворювань становить < 7,0% (< 53 ммоль/мл), а цільовий АТ < 140/80 мм рт. ст. Цільовий рівень у крові ліпопротеїнів низької щільності за дуже високого ризику — < 1,8 ммоль/л (70 мг/дл); за високого ризику — < 2,5 ммоль/л (100 мг/дл); за помірного ризику — < 3 ммоль/л (115 мг/дл) [9, 15]. Для зниження серцево-судинного ризику рекомендовано застосування статинів.

Особи із ЦД без чинників ризику серцево-судинних захворювань зараховані до групи високого ризику, а за наявності ознак ураження органів-мішеней — дуже високого ризику. Інтенсивне лікування, скероване на зниження АТ у пацієнтів із діабетом, знижує ризик макро- і мікросудинних ускладнень. Рекомендований рівень АТ при ЦД — < 140/80 мм рт. ст. [15].

Ю.М. Сіренко у 2012 р. висловив думку, що європейські рекомендації щодо цільових рівнів АТ недоцільні [9]. Проаналізувавши дані таких відомих наукових досліджень, як HOT, ADVANCE, ACCORD, ONTARGET [5, 9, 12, 18], Ю.М. Сіренко зазначає, що оптимальний рівень систолічного АТ (САТ) для запобігання серцево-судинним ускладненням у хворих на ЦД — 130–135 мм рт. ст., ДАТ — < 80 мм рт. ст., а не < 140/80 мм рт. ст., як указано в Європейських рекомендаціях із профілактики серцево-судинних захворювань 2012 р. [9]. Так, у дослідженні оптимального лікування гіпертонії (Hypertension Optimal Treatment — HOT) [24] вивчали ефект інтенсивного зниження АТ у хворих з АГ, у яких ДАТ коливався в межах 100–115 мм рт. ст. Хворих розподіляли на три групи за ДАТ, якою прагнули досягти лікарі в результаті лікування: < 90, < 85 і < 80 мм рт. ст. Близько 8% (1501 пацієнт) із 19 193 хворіли на ЦД. Зниження ДАТ не вплинуло на ризик важких виявів серцево-судинної патології в популяції хворих у цілому. Проте частота таких виявів зменшилася на 51% у пацієнтів із ЦД, які мали досягти цільового ДАТ 80 мм рт. ст. Водночас у групі хворих із цільовим рівнем ДАТ < 80 мм рт. ст. рівень офісного САТ становив 133,6 мм рт. ст., тобто був нижчим за 135 мм рт. ст. При домашньому моніторингу в цій групі хворих рівень САТ становив 134 мм рт. ст., що так само менше за 135 мм рт. ст.

У жовтні 2012 р. опубліковані дані Шведського національного реєстру хворих на ЦД, у який було залучено 18 512 осіб із ЦД 2 типу віком

30–75 років. Термін спостереження – 6 років. Це дослідження було зосереджене перш за все на лікуванні пацієнтів, які не мали ускладнень, серцевої або ниркової недостатності, і показало, що при рівні АТ близько 130–135/75–79 мм рт. ст. спостерігався значно менший ризик ускладнень ішемічної хвороби серця, інсульту та інших серцево-судинних захворювань. За даними епідеміологічного дослідження ДІАГНОЗ, яке охопило 9538 хворих на ЦД 2 типу та АГ, на прийомі у лікаря рівень АТ < 140/90 мм рт. ст. був лише в 11 % пацієнтів, а нижче 130/80 мм рт. ст. – у менш ніж 1 % хворих [5, 9].

Спираючись на дані цих досліджень, Ю.М. Сіренко рекомендує вважати цільовим рівнем АТ при ЦД 130/< 80 мм рт. ст. [9].

У травні 2012 р. на підставі Рекомендацій Асоціації кардіологів України робоча група розробила настанову та уніфікований протокол «Артеріальна гіпертензія», затверджені наказом МОЗ України від 24.05.2012 р. [1]. У цьому документі подано положення щодо терапії АГ у хворих на ЦД 2 типу. Так, хворих із ЦД слід лікувати для досягнення САТ ≤ 130 мм рт. ст. і ДАТ < 80 мм рт. ст. Групи препаратів, рекомендовані для лікування АГ при ЦД 2 типу: діуретики, β-адреноблокатори, інгібітори АПФ, антагоністи кальцію та БРА. Також усі пацієнти із ЦД 2 типу повинні отримувати терапію статинами, спрямовану на зниження рівня у крові загального холестерину та ліпопротеїнів низької щільності до < 4,5 ммоль/л і < 2,5 ммоль/л відповідно [1].

У 2013 р. вийшли у світ нові Європейські клінічні рекомендації з артеріальної гіпертензії [22, 29], відповідно до яких у пацієнтів із ЦД 2 типу рекомендований цільовий САТ < 140 мм рт. ст., а ДАТ < 85 мм рт. ст. У пацієнтів із ЦД 2 типу рекомендуються і можуть бути використані всі класи антигіпертензивних препаратів. Блокатори РААС можуть бути препаратами вибору, особливо за наявності протеїнурії або мікроальбумінурії. Хоча комбінація двох блокаторів РААС ефективно зменшує протеїнурію, застосування таких комбінацій не рекомендується, натомість доцільно призначати комбінацію блокатора РААС та інших груп антигіпертензивних засобів. Зменшення протеїнурії (як мікроальбумінурії, так і явної протеїнурії) розглядається як терапевтична мета. Настійно рекомендується починати лікування АГ при рівні САТ ≥ 140 мм рт. ст. При рівні САТ ≥ 160 мм рт. ст.

антигіпертензивна терапія обов'язкова. Обов'язковою рекомендацією є зміна способу життя в пацієнтів з метаболічним синдромом. За наявності протеїнурії доцільним може бути зниження САТ до рівня менше 130 мм рт. ст. за умови регулярного контролю швидкості клубочкової фільтрації [22, 29].

У вересні 2013 р. конгрес Європейського кардіологічного товариства представив оновлені рекомендації з діагностики та лікування ЦД в поєднанні з кардіоваскулярною патологією [27]. В основу діагностики глікемії покладено визначення рівня глюкози крові натще та HbA_{1c}. Акцентовано увагу на менш жорсткому контролі глікемії в пацієнтів похилого віку та пацієнтів із тривалим ЦД. При цьому цільовим рівнем HbA_{1c} вважають значення < 7,0. На конгресі на основі дослідження Savog Timi було доведено, що прийом саксагліптину як цукрознижувальної терапії не впливає на прогноз виникнення ризику серцево-судинних захворювань у хворих на ЦД.

У січні 2014 р. американські вчені, члени Восьмого національного об'єданого комітету (JNC 8) представили нові доказові рекомендації щодо лікування високого АТ у дорослих. Для хворих на ЦД у популяції пацієнтів віком ≥ 18 років рекомендоване медикаментозне лікування з метою зниження АТ слід розпочинати у випадках, коли САТ ≥ 140 мм рт. ст. або ДАТ ≥ 90 мм рт. ст., при цьому терапевтична мета – досягнення рівня САТ < 140 мм рт. ст. і ДАТ < 90 мм рт. ст. У медикаментозному лікуванні рекомендовано застосування тіазидоподібних діуретиків, інгібіторів АПФ, БРА або БКК [16].

У численних дослідженнях було показано, що адекватне зниження АТ забезпечується за допомогою монотерапії у 40–50 % хворих, після додавання другого препарату – у 70 %, третього – у 90 %. Отже, для досягнення успіху в лікуванні хворих на ЦД типу й запобігання гострим і віддаленим серцево-судинним ускладненням необхідне досягнення оптимального глікемічного контролю, нормалізації ліпідного обміну, жорсткого цільового рівня АТ, проведення освітніх програм і профілактичних заходів з метою раннього виявлення ЦД й ризику розвитку мікро- й макросудинних ускладнень та тісна співпраця ендокринологів і кардіологів.

Таким чином, розробка рекомендацій щодо лікування АГ і ЦД постійно триває, про що свідчать численні дослідження вчених США та Європи, зокрема України.

Список літератури

1. Артеріальна гіпертензія. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Додаток до Наказу МОЗ України № 384 від 24.05.2012 «Про затвердження та впровадження медикотехнологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії» [Електронний ресурс].— Режим доступу: www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120524_384.html
2. Горбась І.М., Смирнова О.О., Кваша І.П., Дорогой А.П. Оцінка ефективності «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» за даними епідеміологічних досліджень // Артеріальна гіпертензія.— 2010.— № 6 (14).— С. 51—67.
3. Коваленко В.М., Сіренко Ю.М., Дорогой А.П. Реалізація Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні // Укр. кардіол. журн.— 2010.— Додаток 1.— С. 3—12.
4. Маньковский Б.Н. Органопротективные возможности антигипертензивной терапии при сахарном диабете и метаболическом синдроме // Здоров'я України.— 2006.— № 9 (142).
5. Маньковский Б. Распространенность артериальной гипертензии и контроль АД у больных СД 2 типа: результаты исследования ДИАГНОЗ // Ліки України. Діабет і серце.— 2011.— № 6 (152).
6. Мошківська Ю.О., Таранчук В.В. Гіпертензія при супутньому ЦД 2-го типу. Оновлені рекомендації 2008 року // Внутрішня медицина.— 2009.— № 3.— С. 136—142.
7. Рекомендации по лечению артериальной гипертензии Европейского общества гипертензии (ESH) и Европейского кардиологического общества (ESC) // Новости медицины и фармации.— 2007.— № 229.— С. 30—128.
8. Ребров Б.А. Европейские рекомендации (2007) по артериальной гипертензии — практическому врачу // Medicus Amicus.— 2007.— № 9—10.
9. Сіренко Ю.М. Цільовий рівень АТ при цукровому діабеті 2-го типу: оцінка наукових доказів // Артеріальна гіпертензія.— 2012.— № 5.— С. 46—50.
10. Чазов І.Е., Мычко В.Б. Метаболический синдром, сахарный диабет 2 типа и артериальная гипертензия // Сердце.— 2003.— Т. 2, № 3 (9).— С. 13—16.
11. 2007 European Society of Hypertension — European Society of Cardiology guidelines for management of arterial hypertension // J. Hypertension.— 2007.— Vol. 25.— P. 1105—1187.
12. ADVANCE Collaboration // Lancet.— 2007.— Vol. 370.— P. 829—840.
13. Bangalore S. et al. Blood Pressure Targets in Subjects with Type 2 Diabetes Mellitus/Impaired Fasting Glucose // Circulation.— 2011.— Vol. 123.— P. 2799—2810.
14. De Bacquer Predictive value of classical risk factor and their control in coronary patients: follow-up of the EUROASPIRE // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.— 2003.— P. 289—295.
15. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice // Eur. Heart J.— 2012.— Vol. 33 (13).— P. 1635—1701.
16. Eckel R.H., Jakicic J.M., Ard J.D. et al. AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association task force on practice guidelines // Circulation.— 2013.— Doi:10.1161/01.cir.0000437740.48606.d1.
17. HOPE Study Investigators. Effects of ACE inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients // N. Engl. J. Med.— 2000.— Vol. 342.— P. 145—153.
18. Hansson L., Zanchetti A., Carruthers S.G. et al. the HOT Study Group // The Lancet.— 1998.— Vol. 351.— P. 1755—1762.
19. IDF Clinical Guidelines Task Force. Global Guideline for Type 2 diabetes.— Brussels: International Diabetes Federation, 2005.
20. Lieve M., Gueyffier F., Ekblom T. et al. Efficacy of diuretics and beta-blockers in diabetic hypertensive patients: results from meta-analysis // Diabetes Care.— 2000.— 23 (Suppl. 2).— B56—B71.
21. Lindholm L.H., Ibsen H., Dahlof B. et al. Cardiovascular morbidity and mortality in patients with diabetes in the losartan intervention for endpoint reduction in hypertension study: a randomised trial against atenolol // Lancet.— 2002.— Vol. 359.— P. 1004—1010.
22. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension // J. Hypertens.— 2013.— Vol. 31.— P. 1925—1938.
23. Pickup J.C., Crook M.A. Is Type II diabetes mellitus a disease of innate immune system? // Diabetologia.— 1998.— Vol. 41.— P. 1241—1248.
24. PROGRESS Collaborative Group. Randomised trial of perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke and transient ischaemic attack // Lancet.— 2001.— Vol. 358.— P. 1033—1041.
25. Ryden L., Grant P.J., Anker S.D. et al. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: Summary // Eur. Heart J.— 2013.— September 1.
26. Redon J., Mancia G., Sleight P. et al. // J. Am. Coll. Cardiol.— 2012.— Vol. 59.— P. 74—83.
27. Tuomilehto J., Rastenyte D., Birkenhager W.H. et al. Effects of calcium-channel blockade in older patients with diabetes and systolic hypertension // N. Engl. J. Med.— 1999.— Vol. 340.— P. 677—684.
28. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38 // BMJ.— 1998.— Vol. 317.— P. 703—713.
29. Vega C.P. New Hypertension Recommendations: Doing Something by Saying Nothing // Medscape.— 2013.— November 05 (www.medscape.com/viewarticle/813487).

В.И. Вдовиченко, В.В. Кульчицкий

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

Гипертоническая болезнь в сочетании с сахарным диабетом 2 типа: спорность взглядов на тактику ведения

В статье представлен обзор научной литературы по проблеме сочетания сахарного диабета (СД) 2 типа и гипертонической болезни (ГБ). Этот вопрос является очень актуальным в наше время из-за большого количества пациентов, высокого риска ухудшения прогноза жизни и возникновения осложнений. Рассмотрено, как менялись взгляды на тактику лечения таких пациентов за последние 7 лет по данным отечественных и зарубежных исследований. В статье приведены рекомендации по лечению ГБ, сочетанной с СД 2 типа, с 2007 г. Исследования ученых Украины и мира показывают, что наиболее целесообразными группами препаратов для лечения ГБ у больных СД 2 типа являются тиазидные диуретики, ингибиторы АПФ, блокаторы кальциевых каналов. Для успешного лечения ГБ при СД необходим жесткий контроль уровня целевого артериального давления (АД) и достижение оптимального гликемического контроля. Вместе с тем большинство исследований показывает, что применение в качестве антигипертензивной терапии нескольких препаратов имеет значительное преимущество перед монотерапией и позволяет в 90% случаев обеспечить адекватное снижение АД.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь, коморбидная заболеваемость.

V.I. Vdovychenko, V.V. Kulchitskii

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

Essential hypertension combined with type 2 diabetes mellitus: controversial views on the tactics

The article presents the overview of scientific literature on the issue of comorbidity of type 2 diabetes mellitus (DM) and hypertension. This issue is very important nowadays due to the considerable number of patients and the high risk of worsening prognosis and occurrence of complications. It has been considered, how the views on the tactics of treatment of such patients have been changed on the past 6 years in the domestic and foreign research. This article provides guidelines for the treatment of hypertension combined with type 2 DM since 2007. The investigations of the leading scientists of Ukraine and over the world showed that the most appropriate group of drugs for the treatment of hypertension in patients with type 2 DM are thiazide diuretics, ACE inhibitors, calcium channel blockers. The thorough arterial pressure control and achievement of the optimal glycemic control is very important for the successful treatment of hypertension at DM. However, the majority of investigations showed that the use of antihypertensive therapy on the quality of several drugs has a significant advantage over monotherapy and allows providing of adequate reduction in blood pressure in 90 % of cases.

Key words: type 2 diabetes mellitus, hypertension, comorbid disease.