

Распространенность артериальной гипертензии и контроль артериального давления у больных сахарным диабетом 2-го типа: результаты исследования «ДИАГНОЗ»

Б.Н. МАНЬКОВСКИЙ, чл.-корр. НАМН Украины, д. мед. н., профессор

/Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, кафедра диабетологии, Киев/

Резюме

Поширеність артеріальної гіпертензії та контроль артеріального тиску у хворих на цукровий діабет 2-го типу: результати дослідження «ДИАГНОЗ»

Б.М. Маньковський

У статті наведено результати дослідження «ДИАГНОЗ», метою якого було вивчення істинної поширеності артеріальної гіпертензії та контролю артеріального тиску у хворих на цукровий діабет 2-го типу в Україні. Встановлено, що у абсолютної більшості пацієнтів із цукровим діабетом відмічаються показники артеріального тиску, значно вищі за цільові. Дози антигіпертензивних препаратів – значно менші за рекомендовані. Рідко призначається комбінована антигіпертензивна терапія. Дані дослідження «ДИАГНОЗ» диктують нагальну необхідність покращення контролю артеріального тиску у пацієнтів із цукровим діабетом в Україні.

Ключові слова: цукровий діабет, діабет 2-го типу, артеріальна гіпертензія, антигіпертензивна терапія

Summary

The Prevalence of Arterial Hypertension and Control of Arterial Hypertension in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Ukraine: the Results of the Study «DIAGNOS»

B.N. Mankovsky

The results of the «DIAGNOS» aiming to investigate the prevalence of arterial hypertension and control of arterial hypertension in patients with type 2 diabetes mellitus in Ukraine are presented. It was found that the levels of arterial pressure were above the goal. The doses of the prescribed antihypertensive medications were below recommended. The combination antihypertensive therapy was not commonly prescribed. These results dictate the need of an improvement of antihypertensive therapy in diabetic patients in Ukraine.

Key words: diabetes mellitus, type 2 diabetes, arterial hypertension, antihypertensive therapy

Сахарный диабет и артериальная гипертензия представляют собой основные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний [1, 2]. С другой стороны, известно, что у больных сахарным диабетом (СД) повышение артериального давления (АД) встречается значительно чаще, чем в общей популяции [3]. Как было показано ранее в исследовании MRFIT, при одинаковой выраженности различных факторов риска на фоне СД их «вредность» возрастает в 3–4 раза [4]. Исходя из этих данных, в совместных рекомендациях Европейского общества кардиологов и Европейского общества по артериальной гипертензии (АГ) [5] подчеркивается, что у больных СД имеется высокий риск развития кардиоваскулярных заболеваний даже при небольшом повышении АД, не достигающем значений 140/90 мм рт.ст. (т.е. на стадии пре-гипертензии). Принимая во внимание повышенный кардиоваскулярный риск у больных СД, все рекомендации указывают на необходимость достижения более низких целевых показателей АД у лиц с СД – менее 130/80 мм рт.ст. (в отличие от рекомендуемых в общей популяции целевых значений АД ниже 140/90 мм рт.ст.) [6].

Вместе с тем, истинная распространенность артериальной гипертензии (АГ) и контроль АД у больных СД 2-го типа в Украине

остаются неизученными. Для получения этой информации было проведено масштабное эпидемиологическое исследование «ДИАГНОЗ» – Всеукраинское открытое эпидемиологическое исследование по оценке распространенности у больных сахарным ДИАбетом второго типа артериальной гипертензии.

Было обследовано 9538 больных СД 2-го типа. Средний возраст обследованных составил 60,0±0,1 года (здесь и далее данные представлены как среднее ± ошибка среднего). Индекс массы тела – 29,3±0,1 кг/м². Так, нормальная масса тела с индексом массы тела <25 кг/м² отмечалась у 15,0% пациентов, у 46,9% обследованных была зафиксирована избыточная масса тела (индекс массы тела >25, но <30 кг/м²), ожирение отмечалось у 38,1% больных. Средняя длительность течения заболевания составила 7,6±0,1 года. У большинства (46,4%) пациентов длительность болезни составляла от 1 до 5 лет, у 27,5% – от 6 до 10 лет, у 23,5% – более 10 лет. Вместе с тем, следует подчеркнуть, что истинная длительность СД 2-го типа часто остается неизвестной в силу поздней диагностики этого типа заболевания. По типу проводимой сахароснижающей терапии обследованные пациенты распределялись следующим образом: большинство (69,1%)

Нолипрел® Би-форте

ПЕРИНДОПРИЛА АРГИНИН 10 мг
ИНДАПАМИД 2,5 мг

Оригинальная комбинация с уникальными сосудистыми свойствами

УДВОЕННАЯ СИЛА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АД¹



ЗАЩИТА СЕРДЦА, МОЗГА И ПОЧЕК ВАШЕГО ПАЦИЕНТА С АГ И СД 2 ТИПА¹⁻³

Показания. Артериальная гипертензия у пациентов, які потребують лікування периндоприлом 10 мг та індапамідом 2,5 мг. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до активних та допоміжних речовин; ангіоневротичний набряк; тяжке порушення функції печінки та печінкова енцефалопатія; гіпокаліємія; комбінація з неантиаритмічними препаратами, що можуть спричинити розвиток пароксизмальної шлуночкової тахікардії типу «пірует»; вагітність, годування груддю; порушення функції нирок помірного та важкого ступеня. **Побічні реакції.** Під час застосування препарату можуть спостерігатися побічні дії з боку: системи крові та лімфатичної системи; нервової, респіраторної, серцево-судинної, системи зору; органів слуху; шлунково-кишкового тракту; шкіри та підшкірної тканини; системи м'язів; нирок та сечовивідних шляхів; лабораторних показників. **Особливості застосування.** Препарат містить лактозу. **Категорія відпуску:** за рецептом. Більш детальну інформацію можна знайти в інструкції до медичного застосування. Реєстраційне свідоцтво № UA/10248/01/01.

www.servier.com.ua

1. Mourad J.J., Lejeune S. Curr. Med Res and Opinion 2009; 25; 9: 2271-2280.
2. ADVANCE Collaborative Group. Lancet. 2007; 370:829-840.
3. PROGRESS Collaborative Group. European Heart Journal. 2003; 24: 475-484

1 таблетка в день
1 упаковка на місяць лікування

Перед употреблением внимательно читайте инструкцию.
Отпускается по рецепту.
ООО «Сервье-Украина»
01054, Киев, ул. Воровского, 24
Тел.: (044) 490-34-41, (044) 490-34-41

больных принимали таблетированные сахароснижающие препараты, инсулинотерапию получали 23,5% пациентов, 7,4% больных получали комбинированную терапию, включавшую инсулин и пероральные сахароснижающие средства.

У 8,9% больных в анамнезе отмечался перенесенный инфаркт миокарда, у 7,4% – острые нарушения мозгового кровообращения.

Таким образом, можно констатировать, что по возрасту, индексу массы тела, длительности течения болезни, характеру проводимой сахароснижающей терапии обследованные пациенты были репрезентативны для всей популяции больных СД 2-го типа.

Измерение АД на плечевой артерии проводилось пациентам во время планового посещения эндокринолога в поликлинике на амбулаторном приеме в покое после 5-минутного отдыха в положении сидя с помощью сфигмоманометра.

Установлено, что средний показатель систолического АД в обследованной популяции больных СД 2-го типа составил $152,8 \pm 0,2$ мм рт.ст, диастолического АД – $91,2 \pm 0,1$ мм рт.ст. Вместе с тем, гораздо более важными представляются индивидуальные показатели АД у каждого пациента. Так, выявлено, что показатели АД ниже 140/90 мм рт.ст. были зафиксированы только у 1053 (11,1%) обследованных больных. Повышенные значения АД были отмечены у абсолютного большинства больных СД 2-го типа

(рисунок). У 4350 (45,9%) пациентов показатели АД были выше 140/90 мм рт.ст. и ниже 159/99 мм рт.ст. У 3026 (31,9%) больных показатели АД были еще выше и колебались в пределах от 160/100 до 179/109 мм рт.ст. Наиболее высокие показатели АД – более 180/110 мм рт.ст. – были выявлены у достаточно большой группы пациентов – 1054 (11,1%) человек. Только у 1,1% обследованных пациентов были достигнуты целевые значения АД для больных СД – ниже 130/80 мм рт.ст.

Таким образом, полученные данные позволили сделать заключение о неудовлетворительном контроле АД у больных СД 2-го типа, естественно, предрасполагает пациентов к значительному росту риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, кардиоваскулярной смертности и диабетических микроангиопатий, что было многократно доказано проведенными ранее эпидемиологическими и клиническими исследованиями.

Очень важными, на наш взгляд, представляются следующие данные об осведомленности больных о наличии у них артериальной гипертензии. Большинство (82,8%) пациентов знали о повышении АД. Более того, 69,9% пациентов принимали антигипертензивные препараты, а 47,2% больных принимали эти препараты на регулярной, ежедневной основе. Вместе с тем, результаты такого лечения, как видно из достигнутых показателей АД, являются крайне неудовлетворительными.

Можно предположить, что лечение пациентов, назначение антигипертензивных препаратов проводится недостаточно эффективно. Действительно, 59,4% обследованных пациентов получали антигипертензивную терапию в режиме монотерапии. Вместе с тем, согласно действующим рекомендациям Европейского общества кардиологов и Европейского общества по артериальной гипертензии [5] лечение повышенного АД у пациентов высокого кардиоваскулярного риска, у больных с более низкими целевыми значениями АД (т.е. у всех пациентов с СД) должно в обязательном порядке начинаться с комбинированной терапии, и этот комбинированный препарат должен состоять из препарата, блокирующего активность ренин-ангиотензиновой системы и диуретика (желательно метаболически нейтрального, например индапамида). В обследованной большой когорте пациентов с СД 2-го типа комбинированная антигипертензивная терапия была назначена только 40,6% больным.

При анализе назначенных антигипертензивных лекарственных средств отмечено, что большинство (65,7%) пациентов получали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), еще 11,3% – принимали блокаторы рецепторов к ангиотензину I. Блокаторы кальциевых каналов были назначены 7,9% больных, блокаторы β -адренорецепторов – 10,9%. Однако средние дозы назначенных препаратов были значительно ниже рекомендуемых эффективных доз соответствующих препаратов. Так, каптоприл назначался в суточной дозе $19,7 \pm 1,4$ мг, эналаприл – $12,4 \pm 0,2$ мг, периндоприл – $6,2 \pm 0,2$ мг в сутки, что ниже терапевтических доз данных препаратов. Вместе с тем, диуретик гидрохлоротиазид назначался в дозе $19,7 \pm 0,8$ мг в сутки, достаточной для оказания нежелательных для больных сахарным диабетом метаболических эффектов, таких как ухудшение показателей липидного обмена, инсулинорезистентности.

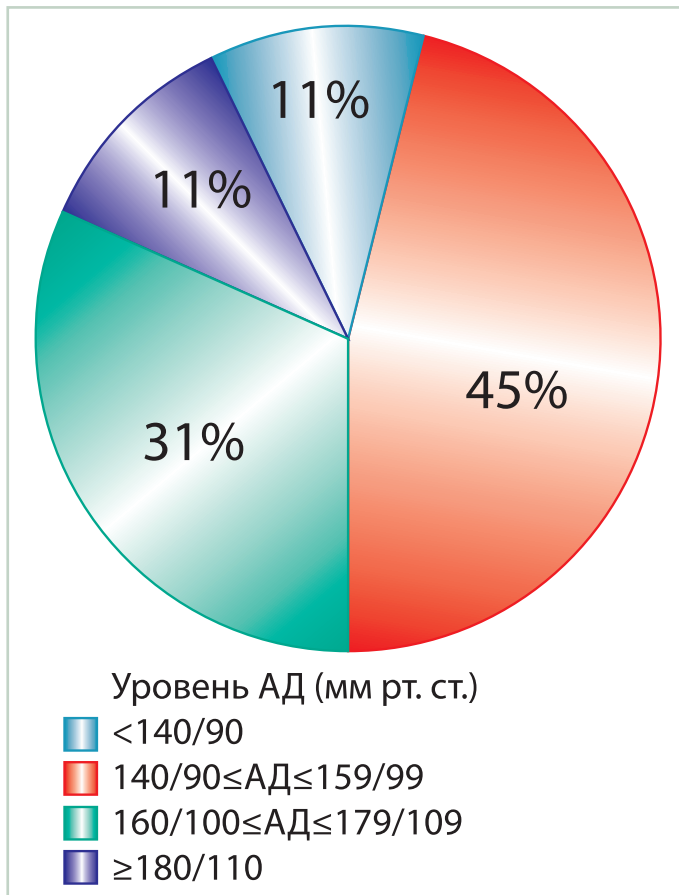


Рисунок. Распределение пациентов с сахарным диабетом 2-го типа (%) с различными показателями артериального давления

В настоящее время наибольшей доказательной базой, т.е. данными относительно эффективности и безопасности, полученными при проведении крупных многоцентровых исследований, из препаратов, применяющихся для лечения повышенного АД у больных СД, обладает комбинированный препарат Нолипрел-форте (представляющий собой, как известно, комбинацию ингибитора АПФ периндоприла и метаболически нейтрального диуретика индапамида).

Данные об эффективности именно этой комбинации антигипертензивных препаратов были получены при проведении крупнейшего на сегодняшний день исследования в клинической диабетологии – «ADVANCE», включавшего более 11 тысяч пациентов с СД 2-го типа. Терапия Нолипрелом Форте позволила достичь в основной группе уровня АД максимально приближенного к целевому – 135/75 мм рт.ст. Кроме того, такое лечение ассоциировалось с достоверным снижением кардиоваскулярной смертности на 18%, а общей смертности – на 14% по сравнению с группой пациентов, получавших стандартную (хотя тоже достаточно современную) антигипертензивную терапию [7].

В исследовании «ДИАГНОЗ» при выявлении уровня АД более 130/80 мм рт.ст пациентам, как и в исследовании ADVANCE, назначался препарат Нолипрел. Вместе с тем, следует отметить,

что дозы назначаемого комбинированного препарата были не всегда адекватными. Так, при уровне систолического АД 140–159 мм рт.ст. и диастолического АД 90–99 мм рт.ст. рекомендовано назначение Нолипрела Форте (периндоприла 5 мг и индапамида 1,25 мг). Однако в нашем исследовании эту дозу препарата получали только 69,2% пациентов, в то время как 25,4% получали низкодозовую комбинацию – Нолипрел (периндоприла 2,5 мг и индапамида 0,625 мг), недостаточную для контроля АД в таких случаях. При показателях АД выше 160/100 мм рт.ст. рекомендуется назначение более высоких доз препарата – периндоприла 10 мг и индапамида 2,5 мг (Нолипрел-Би-форте). Однако такая доза была назначена в 63,5% случаев, а 32,1% пациентов получали Нолипрел-форте.

Таким образом, в результате проведения крупномасштабного исследования «ДИАГНОЗ» получены данные, свидетельствующие о высокой распространенности АГ у больных СД 2-го типа в Украине. Даже у тех пациентов, у которых АГ диагностирована, не проводится ее адекватный контроль с достижением целевых значений АД с использованием современных антигипертензивных препаратов. Данные исследования «ДИАГНОЗ» диктуют настоятельную необходимость улучшения контроля АД у пациентов с СД в Украине.

Автор высказывает искреннюю признательность всем коллегам, принявшим участие в проведении данного исследования, без которых данная работа была бы невозможна.

Винница: Бугзан Г.В., Дидур Л.К., Завьялова Е.А., Легойда О.Ф., Могильницкая Л.А., Семенюк И.В.

Днепропетровск: Авраменко Н.И., Акимова Л.А., Аракелян В.Г., Бакланова Л.А., Березовская В.Э., Вилко А.А., Григорьева Н.И., Дришлюк О.И., Дудина Л.А., Запорожченко О.Н., Золотаревская Т.А., Киричок С.А., Марочкина В.В., Масюк Л.А., Монастырская Т.Н., Проц В.Т., Реброва М.В., Рекало Е.П., Шевченко Г.Ф., Юрима М.А., Яцуба Е.О.

Донецк: Алейникова А.И., Бежок Н.Р., Богатырев А.Б., Буркова А.В., Бут Л.Г., Воскобойник М.В., Губарькова И.Л., Завора Е.А., Змарада С.А., Коваль Е.Н., Красова Е.Н., Лихоносов П.Н., Лунгор Н.Л., Ляховецкая Ф.Ш., Моргунова Е.С., Мулик Г.Ю., Никулушкина О.С., Новикова Г.П., Овчинникова Е.А., Питирякова Н.С., Ролинская Л.Н., Саул А.А., Телятникова О.А., Ткачук Т.В., Хаустова Н.А., Чатанова М.В.

Ивано-Франковск: Блецкань В.Т., Демкив О.В., Зелин Г.Н., Костив Д.В., Кушниренко Л.Г., Максакова О.В.

Запорожье: Бойкова С.М., Мягкова О.И., Настенко А.В., Сойникова Е.А., Сухова О.М., Чигиринова Л.Н., Швец Е.В.

Киев: Бирук М.П., Бурдо И.С., Головки Л.О., Давиденко М.А., Джур Ю.М., Жовтун О.А., Закордонец Л.Л., Замолатова К.А., Карaban М.А., Кирилюк Е.Н., Кузьменко И.В., Левинская М.П., Левченко Е.С., Лещенко А.А., Мазурик Е.Н., Масленкова Е.Н., Мехеда Л.В., Никоненко А.В., Онуфриева Е.Н., Охрименко Э.В., Пивень Л.Ф., Портнова А.Б., Сергиенко Н.В., Сологуб О.Г., Струк М.А., Федорова Э.В., Ярошевич Е.В.

Кировоград: Прокудина В.В., Рыбинцева А.М., Чалик Л.И., Чернявская Н.И.

Кривой Рог: Бельмас О.Р., Вишневецкая Е.Н., Глебов П.И., Жданова И.Н., Кабарчук В.В., Куца В.И., Подопригора Н.В.

Крым: Аблякимова Г.Б., Буйневич Е.В., Глубока Е.М., Денисенко М.В., Еремизина Л.А., Ибраимова А.Р., Кубышкини Т.В., Невмержицкая В.В., Озерова Л.Н., Пуня С.Н., Скоромна Е.И., Смирнова Е.А., Стеблюк Т.Н., Толь Н.В.

Луганськ: Дубинина С.М., Лазарева Ю.Г., Поддубченко О.И., Полосина Е.В., Сухоногова О.С., Тедеєва М.К., Щедрина Н.А.

Львов: Блискуп Л.П., Горин Н.В., Гоцко-Ней Л.В., Демьянюк Н.И., Здолина О.С., Колесникова-Закар'ян Л.Г., Приймич Л.М., Приступа Л.В., Сандурская С.Ю., Созанская И.Н., Урбанович А.М., Федчишин И.Ю., Фирчук М.В., Яремчук С.С.

Одесса: Базарченко О.А., Воронина Л.А., Гапунич И.А., Калиниченко С.Э., Касько Л.Д., Костецька С.А., Моршнева С.П., Омеляненко Н.П., Потапчук А.В., Ромейко Д.И., Сергиенко Л.А., Стасюк Т.А., Турская Т.В., Чукитова Д.Я.

Полтава: Голотник О.В., Захарова М.В., Кайдашева И.С., Кульчицкая Н.Г., Лемижанская И.В., Наказненко Н.В., Цемох Т.Н.

Севастополь: Власова О.В., Габеева В.А., Ищук С.В., Савкова М.И., Ютяева В.А.

Сумы: Бугаенко П.М., Витковская Е.Н., Гончарова О.Б., Демченко Е.Н., Миронцева Л.Н., Пузевич А.Я.

Харьков: Баня Е.А., Даниленко Е.С., Драгунова А.Н., Жерновенкова Е.В., Зайцева Н.Н., Кореновская В.В., Краснощек Н.М.,

Кудим Т.М., Луговая Н.А., Нечвоглод О.Н., Пересоляк Л.В., Раевская Н.А., Романенко И.Ю., Савчук Е.В., Сергеева С.Л., Слипченко Т.Л., Чуприна С.В., Шеремет А.В.

Черкасы: Бондарец И.А., Вдовенко Л.И., Григорьева О.С., Задоя Е.А., Котляренко З.В., Савчук Ю.В.

Литература

1. Ефимов А.С., Скробонская Н.А. Клиническая диабетология. – К.: Здоровья, 1998. – 320 с.
2. Zimmet P., Alberti K.G., Shaw J. Global and social implications of the diabetic epidemic // *Nature*. – 2001. – Vol. 414. – P. 782–787.
3. Sowers J.R. Treatment of hypertension in patients with diabetes // *Arch. Intern. Med.* – 2004. – Vol. 164. – P. 1850–1857.
4. Stamler J., Stamler R., Neaton J.D. Blood pressure, systolic and diastolic, and cardiovascular risks: US population data // *Arch. Intern. Med.* – 1993. – Vol. 153. – P. 598–615.
5. Mansia G., De Backer G., Dominiczak A. et al. European Society of Hypertension; European Society of Cardiology. 2007 ESH-ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // *Blood Press.* – 2007. – Vol. 16 (3). – P. 135–232.
6. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2011 // *Diabetes Care.* – 2011. – Vol. 34. – P. S11–S61.
7. Patel A., MacMahon S., ADVANCE Collaborative Group. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomized trial // *Lancet.* – 2007. – Vol. 370. – P. 829–840.