**ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Корж А.Н., Краснокутский СВ., Кочуев Г.И., Лаврова Е.В.,

Павлова Е.А.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

Взаимосвязь артериальной гипертензии (АГ) и сахар­ного диабета 2 типа (СД2) давно установлена на основании результатов крупномасштабных эпидемиологических и популяционных исследований. Число больных АГ в сочетании с СД2 в последние годы неуклонно возрастает, увеличивая риск развития как макро-, так и микрососудистых осложне­ний, что прогрессивно ухудшает их прогноз. Поэтому мно­госторонний подход к оценке спорных вопросов в тактике ведения больных АГ и СД2, и определение путей их решения на основании научно обоснованных аргументов и фактов яв­ляется актуальной клинической задачей.

Целевым уровнем АД для данной категории больных был принят уровень менее 140/90 мм рт.ст. Для больных СД2 и сердечно-сосудистыми заболеваниями уровень общего ХС рекомендовалось поддерживать менее 4,5 ммоль/л, ХС ЛПНП - менее 1,8 ммоль/л, ХС ЛПВП у мужчин более 1 ммоль/л, у женщин - более 1,2 ммоль/л, триглицеридов – менее 1,7 ммоль/л, отношение общего ХС к ХС ЛПВП - менее 3,0. Рендовался категорический отказ от курения. Относительно степени ожирения был выбран индекс массы тела на уровне менее 25 кг/м2 или снижение веса на 10 % от исходной массы тела в год, окружность талии 80 см для европейских женщин и 94 см для европейских мужчин соответственно. Целевой уровень гликолизированного гемоглобин НЬА1с рекомендовался менее 6,5 %, глюкозы плазмы крови натощак менее 6 ммоль/л, постпрандиального уровня глюкозы плазмы - менее 7,5 ммоль/л.

Для контроля уровня АД у больных СД2 в качестве препаратов первой линии рекомендуется применение ингиби­торов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и ан­тагонистов рецепторов ангиотензина II (АРА), для которых показана способность снижать как макро-, так и микрососу­дистые осложнения. Кроме того, применение ИАПФ в допол­нение к другой лекарственной терапии снижает риск сердеч­но-сосудистых событий у больных СД2 и стабильной ИБС.

Антагонисты кальция рассматриваются как более пред­почтительные препараты по сравнению с диуретиками и бета-блокаторами вследствие своего нейтрального влияния на уровень глюкозы и чувствительность к инсулину. При назна­чении бета-адреноблокаторов преимущество должно отда­ваться карведилолу в связи с его благоприятным влиянием на углеводный и липидный обмен. Продемонстрированы преи­мущества ряда препаратов (атенолол, бисопролол, карведилол) у больных СД2 при наличии ИБС и ХСН, после перене­сенного инфаркта миокарда.

Важное значение в снижении сердечно-сосудистых со­бытий и смерти у больных СД2 и ССЗ имеют статины, начало терапии которыми не зависит от исходного уровня ХС ЛПНП, а целевой уровень при их назначении - менее 1,8-2,0 ммоль/л. Для коррекции гипертриглицеридемии рекомендуется увеличить дозу статинов или комбинировать их с фибратами или пролонгированными формами никотиновой кислоты.

В последнее время получены данные о способности фенофибрата снижать риска как макро-, так и микрососудистых осложнений у больных СД2, особенно при профилактике прогрессирования ретинопатии. Преимущества фенофибрата оказались более выраженными у больных СД2 со смешан­ной дислипидемией при увеличении уровня триглицеридов и низком уровне ХС ЛПВП.

Для снижения сердечно-сосудистого риска из антиагрегантных препаратов у больных СД2 следует назначать ацетилсалициловую кислоту в дозе 75-162 мг в сутки как для вторичной, так и для первичной профилактики сердечно-со­судистых осложнений, а при её непереносимости применяет­ся клопидогрел в дозе 75 мг в сутки или их комбинация после перенесенных ишемических событий.

В настоящее время изучается целесообразность дву­кратного приёма ацетилсалициловой кислоты в день над однократным у больных СД2 высокого риска. Полученные данные свидетельствуют о преимуществе назначения ацетил­салициловой кислоты в дозе 100 мг два раза в сутки в сниже­нии персистирующей клеточной реактивности в сравнении с однократным приёмом препарата в дозе 100 мг в сутки.

Высокая частота сердечно-сосудистых событий у боль­ных СД2 с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболе­ваниями, несмотря на использование антитромботическиех препаратов может быть связана с более выраженной тромбоцитарной реактивностью у данных больных, что обуславли­вает поиск новых антитромбоцитарных средств.

Выявлено различное воздействие на сердечно-сосуди­стый риск у больных СД2 разных пероральных сахароснижающих препаратов. Более предпочтительным препаратом для Учения больных СД2 в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями является метформин, достоверно снижаю­щий риск инфаркта миокарда. Особое внимание в последнее время уделяется возможности применения метформина у больных СД2 с различными проявлениями атеротромбоза. Получены данные о снижении смертности среди больных СД2 и атеротромбозом в анамнезе под влиянием метформина который может рассматриваться как средство вторичной профилактики.

Таким образом, в последние годы наблюдается увеличение распространённости сочетания АГ с СД2, характеризующееся неблагоприятным прогнозом в плане развития макро- и микрососудистых осложнений, общей и сердечно-сосудистой смертности. В тактике ведения пациентов АГ и СД2 основным требованием является индивидуализированный подход как в отношении выбора антигипертензивных препаратов, так и к выбору гиполипидемических и сахароснижающих средств, при обязательном использовании немедикамен­тозных вмешательств, что может быть достигнуто только при высокой активности как врача, так и самого больного.