

## Качество профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений у больных сахарным диабетом 2 типа в амбулаторных условиях

Р.Г. Оганов<sup>1</sup>, В.К. Лепакхин<sup>2</sup>, С.Б. Фитилев<sup>2</sup>, А.М. Левин<sup>2</sup>, И.И. Шкробнева<sup>2</sup>,  
Ю.Ю. Титарова<sup>2</sup>, Ю.Ю. Цирулева<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины  
Росмедтехнологии; <sup>2</sup>Российский университет дружбы народов. Москва, Россия

## Quality of ambulatory prevention and treatment of cardiovascular disease and its complications among Type 2 diabetes mellitus patients

R.G. Oganov<sup>1</sup>, V.K. Lepakhin<sup>2</sup>, S.B. Fitilev<sup>2</sup>, A.M. Levin<sup>2</sup>, I.I. Shkrebneva<sup>2</sup>, Yu.Yu. Titarova<sup>2</sup>,  
Yu.Yu. Tsiruleva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>State Research Center for Preventive Medicine, Federal Agency on High Medical Technologies; <sup>2</sup>Russian University of People's Friendship. Moscow, Russia

---

**Цель.** Оценить выполнение в реальной клинической практике современных международных и отечественных рекомендаций по первичной и вторичной профилактике и фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у больных сахарным диабетом 2 типа (СД-2) за период 2004–2006 гг. в отдельном взятом округе г. Москвы.

**Материал и методы.** Проведен одномоментный, ретроспективный анализ медицинских карт 1146 пациентов с СД-2, посетивших одну из 3 городских поликлиник. О качестве первичной и вторичной профилактики и фармакотерапии ССЗ судили по степени соответствия современным международным и отечественным стандартам лечения; анализировали: общую информацию о пациенте, основные факторы риска (ФР), сопутствующие заболевания, частоту использования инструментально-лабораторных методов диагностики и их результаты, количество госпитализаций и листов нетрудоспособности, проводимую терапию.

**Результаты.** В амбулаторных картах недостаточно полно представлены ФР и рекомендации по их коррекции: потребление алкоголя и курение, отражены всего в 0,53 % и 6,19 % случаев, соответственно. Рекомендации по поводу алкоголя присутствуют в 0,70 %, курения – в 1,83 %, употребления соли – в 2,44 % случаев. Рекомендации по контролю за массой тела имели место только в 1,05 % случаев. Выявлено несоответствие между уровнем артериального давления (АД), показателями липидов, глюкозы крови натощак, гликозилированного гемоглобина (HbA1c) и целевыми значениями этих параметров. Целевые значения АД достигнуты у 4,36 %, общего холестерина (ОХС) – у 9,68 %, ХС липопротеинов низкой плотности – у 18,35 %, глюкозы крови натощак – у 27,67 %, HbA1c – у 24,80 % пациентов с СД-2. **Заключение.** На этапе амбулаторного лечения обнаружено несоответствие между существующими международными и отечественными стандартами профилактики и лечения ССЗ при СД-2 и их реализацией в реальной клинической практике.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, профилактика, лечение.

**Aim.** To evaluate the real-world clinical practice implementation of modern international and national recommendations on primary and secondary prevention and pharmacotherapy of cardiovascular disease (CVD) among patients with Type 2 diabetes mellitus (DM-2) in one administrative area of Moscow City (2004–2006).

**Material and methods.** Cross-sectional retrospective analysis of ambulatory medical card data was performed among 1146 DM-2 patients attending one out of three Moscow City South-West Area polyclinics (2004–2006). Quality of primary and secondary prevention and pharmacotherapy was assessed by compliance with modern international and national standards. The following data from ambulatory medical cards were analyzed: general information on the patient, main risk factors (RFs), comorbidities, instrumental and laboratory tests and their results, number of hospitalizations and sick-leaves, administered therapy.

**Results.** Ambulatory cards contained inadequate information on RFs and recommendations on RF correction. Alcohol consumption and smoking were mentioned only in 0,53 % and 6,19 % of the cases, respectively.



Recommendations on reducing alcohol consumption were recorded for 0,70 %, smoking cessation – for 1,83 %, and salt intake reduction – for 2,44 %. Body weight control was recommended in 1,05 % of the cases only, despite overweight and obesity prevalence of 30 % and >45 %, respectively. The levels of blood pressure (BP), lipids, fasting glucose, glycated hemoglobin (HbA1c) were higher than respective target levels stated in national and international recommendations. Target level of BP was achieved in 4,36 % of DM-2 patients, low-density lipoprotein cholesterol – in 18,35 %, fasting glucose – in 27,67 %, and HbA1c – in 24,80 %.

**Conclusion.** Real-world clinical practice of ambulatory treatment of DM-2 patients was not consistent with modern international and national standards of CVD prevention and therapy.

**Key words:** Cardiovascular disease, diabetes mellitus, prevention, treatment.

Сахарный диабет (СД) относится к числу наиболее распространенных заболеваний. По прогнозу Всемирной Организации Здравоохранения к 2025г число больных СД удвоится и превысит 380 млн. человек. Важной особенностью СД является значимая частота сердечно-сосудистых осложнений (ССО), высокий уровень смертности, а также стоимость лечения декомпенсированных больных [1,3,4]. Результаты рандомизированных исследований: Steno 2 (Multifactorial intervention study from the Steno Diabetes Centre in Denmark), Nurses Health Study с участием больных СД 2 типа (СД-2) убедительно свидетельствуют о том, что сердечно-сосудистая заболеваемость (ССЗ) и смертность при СД в несколько раз превышают аналогичные показатели для больных контрольной группы (ГК) без СД того же возраста и пола [5,11]. В частности, в исследовании MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial), проведенном при участии пациентов-мужчин среднего возраста, риск сердечно-сосудистой смертности при СД был повышен в 4,4 раза даже при отсутствии классических факторов риска (ФР), таких как артериальная гипертензия (АГ), гиперлипидемия (ГЛП), курение [12]. Подобные результаты были получены в ходе проспективного исследования, проведенного на большой популяции больных СД-2 в Финляндии, где риск сердечно-сосудистой смертности у больных СД-2 без ишемической болезни сердца (ИБС) идентичен таковому у лиц без СД, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) [9,14].

Причины высокой предрасположенности больных СД-2 к патологии сердечно-сосудистой системы основаны на ФР развития атеросклероза у больных СД. Эти факторы в настоящее время условно можно разделить на общие, которые могут быть у любого человека с без СД-2, и специфические ФР, которые выявляются только у больных СД. К специфическим ФР атерогенеза при СД-2 относятся: гипергликемия, гиперинсулинемия (ГИ), инсулинорезистентность (ИР).

Таким образом, основа лечебно-профилактической деятельности определяется комплексным воздействием на ФР и реализацией оптимальной фармакотерапии.

Цель исследования состояла в том, чтобы на основании одномоментного, ретроспективного анализа медицинской документации оценить выполнение современных международных и оте-

чественных рекомендаций в реальной клинической практике по первичной и вторичной профилактике и фармакотерапии ССЗ у больных СД-2 за период 2004–2006гг. в отдельно взятом округе г. Москвы.

## Материал и методы

Анализ по выполнению международных и отечественных стандартов был проведен по данным 1146 пациентов, наблюдавшихся в амбулаторных условиях на базе 3 городских поликлиник Юго-Западного округа г. Москвы. Выполнен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов с СД-2, посетивших поликлинику в период 2004–2006 гг. Критерием включения являлось хотя бы одно посещение эндокринолога в 2006г.

При изучении амбулаторных карт оценивали следующие данные:

- общая информация о пациенте: возраст, пол, антропометрические параметры, трудоспособность;
- основные ФР: наследственность, физическая активность (ФА), индекс массы тела (ИМТ), отношение к курению и алкоголю, показатели липидного профиля (ЛП), уровень глюкозы в плазме венозной крови натощак, АГ;
- сопутствующие заболевания;
- частота использования инструментально-лабораторных методов диагностики и их результаты;
- количество госпитализаций и листов нетрудоспособности, связанных с СД и ССЗ;
- проводимая терапия: сахаропонижающими препаратами разных групп, антиагрегантами, ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), β-адреноблокаторами (β-АБ), гиполипидемическими средствами, другими группами препаратов.

О качестве первичной и вторичной профилактики и фармакотерапии ССЗ у больных СД-2 судили по степени соответствия современным международным и отечественным стандартам лечения [2,6,10,15].

В качестве сравнения использовали данные международного исследования EUROASPIRE I-II (European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events I-II) [7,8,13]. Исследование EUROASPIRE I проводилось в 1995–1996гг. в 9 европейских странах: Венгрия, Германия, Испания, Италия, Нидерланды, Словакия, Финляндия, Франция, Чехия, а идентичное ему исследование EUROASPIRE II – в 1999–2000гг. в 15 европейских странах (дополнительно к перечисленным: Бельгия, Великобритания, Греция, Ирландия, Польша, Швеция). Оба исследования посвящены вопросам реального выполнения требований европейских руководств по вторичной профилактике ИБС. В этих исследованиях участвовали пациенты с ИБС, среди которых отдельно анализировали группу больных СД:

Таблица 1

## Рекомендации по поводу образа жизни

|                                         | Все, %     | ИБС, %     |
|-----------------------------------------|------------|------------|
| Рекомендации по курению                 | 1,83±0,40  | 1,39±0,40  |
| Рекомендации по диете                   | 99,48±0,21 | 99,54±0,23 |
| Рекомендации по ФА                      | 38,83±1,44 | 36,08±1,64 |
| Рекомендации по поводу веса             | 1,05±0,30  | 0,93±0,33  |
| Рекомендации по поводу алкоголя         | 0,70±0,25  | 0,58±0,26  |
| Рекомендации по контролю уровня глюкозы | 78,97±1,20 | 78,19±1,41 |
| Рекомендации по поводу потребления соли | 2,44±0,46  | 2,55±0,54  |

в EUROASPIRE I – 641 (18,0 %) пациентов с СД из 3569 общей когорты больных ИБС, в EUROASPIRE II – 1086 (19,6 %) из 5556 пациентов с ИБС, соответственно. Участвовали пациенты обоего пола возрастной категории ≤ 70 лет.

При статистической обработке полученных результатов использовали пакет компьютерных программ SPSS. Описательная статистика была выполнена для всех анализируемых показателей в зависимости от типа переменной: при анализе качественных показателей определялась частота и доля (в %) от общего числа случаев, при анализе количественных переменных – среднее арифметическое, минимальное и максимальное значение, стандартное отклонение, стандартная ошибка.

## Результаты и обсуждение

**Описание популяции.** Всего в исследование были включены 1146 пациентов с СД-2 в анамнезе. Среди них 849 (74,08 %) – женщины и 297 (25,92 %) – мужчины. Средний возраст всех пациентов в популяции

составил 67,2±9,9 лет Ме (медиана) 68. Средний возраст, при котором был поставлен диагноз СД, – 58,7±10,6 лет.

Среди всех больных СД-2 преобладают пациенты со среднетяжелым течением СД – 988 (86,21 %), тяжелым – 45 (3,93 %), легким – 40 (3,49 %) случаев. Что, возможно, связано с поздней диагностикой СД-2 и его длительным, малосимптомным течением. Инсулинопотребность отмечена у 242 (21,12 %) больных.

Учитывая цели исследования, все пациенты были разделены на 2 группы. К I группе относятся пациенты без диагноза ИБС в амбулаторной карте – 284 (24,78 %), ко II – пациенты с диагнозом ИБС в амбулаторной карте – 862 (75,22 %). Отметим, что речь идет только о записи в карте диагноза. Вопрос о том, верен ли этот диагноз, подтвержден ли он соответствующими результатами диагностических процедур не рассматривался.

Таблица 2

## Проведение диагностических процедур

| Процедура                                                                                                       | Все, %     | ИБС, %     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| Измерение ОХС хотя бы 1 раз за 2 г                                                                              | 45,90±1,47 | 45,48±1,70 |
| Измерение ТГ хотя бы 1 раз за 2 г                                                                               | 38,31±1,44 | 38,17±1,65 |
| Измерение ХС ЛНП хотя бы 1 раз за 2 г                                                                           | 13,79±1,02 | 13,69±1,17 |
| Измерение ХС ЛВП хотя бы 1 раз за 2 г                                                                           | 15,10±1,06 | 15,20±1,22 |
| Значение глюкозы натощак хотя бы 1 раз за 2 г измерено в лаборатории поликлиники и внесено в амбулаторную карту | 83,60±1,09 | 84,11±1,25 |
| Не менее 4 измерений HbA1c за 2 года                                                                            | 3,32±0,53  | 2,67±0,55  |
| Анализ мочи                                                                                                     | 74,78±1,28 | 75,87±1,46 |
| Анализ на содержание белка в моче                                                                               | 63,87±1,42 | 65,78±1,62 |
| Анализ на содержание глюкозы в моче                                                                             | 73,21±1,31 | 74,13±1,49 |
| Анализ на содержание альбумина в моче                                                                           | 0,00       | 0,00       |
| ЭКГ                                                                                                             | 63,53±1,42 | 67,40±1,60 |
| ЭхоКГ                                                                                                           | 12,57±0,98 | 14,27±1,19 |
| Нагрузочная проба                                                                                               | 0,09±0,09  | 0,12±0,12  |
| Суточное мониторирование АД                                                                                     | 0,00       | 0          |
| Холтеровское мониторирование ЭКГ                                                                                | 1,05±0,30  | 1,16±0,36  |
| Рентген                                                                                                         | 23,82±1,26 | 25,41±1,48 |
| КАГ                                                                                                             | 0,35±0,17  | 0,46±0,23  |



Среди всех, включенных в исследование пациентов, 787 (68,67 %) имели группу инвалидности. Осложнения, связанные с ИБС, занимают первое место у больных СД-2, на что указывает высокий процент инвалидности у этой части больных – 677 (78,54 %).

**Регистрация ФР ССЗ.** Согласно международным и отечественным рекомендациям по первичной и вторичной профилактике ССЗ у пациентов с СД-2 врач должен обращать внимание, прежде всего, на такие общие неспецифические ФР как АГ, ДЛП, ожирение, курение, гиподинамия и на специфические ФР, которые характерны только для больных СД-2: гипергликемия, ГИ и ИР. Из этого следует, что у пациента с СД-2 необходимо регулярно измерять такие параметры как рост, вес, артериальное давление (АД), полный ЛП – общий холестерин (ОХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП), ХС липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП), триглицериды (ТГ), сахар крови, гликированный гемоглобин (HbA1c). Также следует проводить беседу с пациентом об оздоровлении образа жизни: отказ от курения, повышение ФА, контроль избыточной массы тела (МТ); данная информация должна быть отражена в амбулаторной карте больного.

Врачи амбулаторного звена оказывают недостаточное внимание ФР. Частота рекомендаций, отраженных в амбулаторных картах пациентов, минимальна (таблица 1). Для сравнения, в международном исследовании EUROASPIRE II больным СД рекомендации по отказу от курения были даны – 89,2 % курящих, по снижению веса – 73,7 % пациентам с МТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup>, рекомендации по диете – 42,8 % пациентов с АГ и 64,5 % с ГЛП, а увеличение ФА было рекомендовано – 70,3 % пациентов. Вместе с тем, следует отметить, что европейские данные получены не по записям в историях болезни, а по опросам пациентов в ходе беседы с врачом. Вполне возможно, что во многих случаях врачи московских поликлиник также давали соответствующие рекомендации, однако никак не отражали этот факт в амбулаторных картах.

Исходя из анализа данных, полученных согласно записям в амбулаторных картах больных СД-2, выявлено несоответствие между современными рекомендациями и их выполнением в реальной практике (таблицы 1 и 2). Рекомендации по контролю за МТ отражены только в 1,05 % случаев, несмотря на данные об избыточной МТ, более чем у 30 % пациентов и наличии ожирения более чем у 45 % обследованных.

Отмечен недостаточный контроль липидного спектра крови, хотя по существующим рекомендациям у пациентов с СД содержание липидов должно контролироваться не реже 1 раза в год и чаще, по показаниям.

Уровень глюкозы натощак хотя бы 1 раз за 2 года измерен в лаборатории поликлиники и внесен

в амбулаторную карту практически у всех пациентов – 958 человек (83,60 %). Отсутствие значений этого важного показателя у меньшей части больных можно объяснить наблюдением части больных на дому (соматически тяжелые пациенты), наличием результатов анализов на руках у пациентов или их отсутствием по неизвестным причинам. Всего у 2,53 % пациентов HbA1c измеряли 2 раза в год, что является крайне недостаточным для адекватного контроля компенсации СД-2 и оценки эффективности терапии.

Анализ мочи проводили в большинстве случаев (74,78 %), за исключением пациентов, наблюдающихся на дому, наличия результата анализа на руках у самого пациента или его отсутствия по неизвестным причинам. Известно, что микроальбуминурия (МАУ) – самый ранний маркер поражения почек при СД. Обнаружение МАУ при СД-2 является предвестником клинической стадии диабетической нефропатии и существенным ФР формирования ССЗ. Тест на МАУ не проводили ни одному из пациентов, хотя его следует выполнять по существующим рекомендациям 2 раза в год у больных СД-2.

Необходимо обратить внимание на практически полное отсутствие записей результатов нагрузочных проб (0,09 %) несмотря на то, что у значительного числа пациентов диагностированы ИБС (75,22 %) и стабильная стенокардия (64,22 %); на сравнительно небольшое число пациентов (12,57 %), которым выполняли эхокардиографию (ЭхоКГ), несмотря на то, что очень большому числу пациентов поставлен диагноз хроническая сердечная недостаточность (ХСН) или недостаточность кровообращения (НК) (30,63 %); значительное число пациентов имеют диагноз АГ (88,57 %), получают антигипертензивную терапию, но отсутствуют больные, которым когда-либо проводилось суточное мониторирование АД; на то, что среди небольшого числа пациентов с различными аритмиями (3,75 %), очень мало таких, которым когда-либо проводили холтеровское мониторирование электрокардиограммы (ЭКГ) (1,05 %). Результаты анализа показывают, что при постановке диагноза и выбора терапии редко используются современные диагностические методы.

Низкий % коронароангиографии (КАГ), возможно связан с неполным отражением этой диагностической процедуры в амбулаторных картах пациентов (таблица 2).

**Достижение целевых значений основных характеристик пациентов.** Международными руководствами установлены следующие целевые значения основных характеристик больных СД [6,10,15],

- Для ИМТ  $< 25,0$  кг/м<sup>2</sup>
- Для систолического АД (САД)  $< 130$  мм рт.ст.
- Для диастолического АД (ДАД)  $< 80$  мм рт.ст.
- Для ОХС  $< 4,5$  ммоль/л
- Для ТГ  $< 1,7$  ммоль/л

Таблица 3

## Достижение целевого уровня основных показателей

| Основные показатели                                            | Число пациентов (%) |            |               |
|----------------------------------------------------------------|---------------------|------------|---------------|
|                                                                | Все                 | ИБС        | EUROASPIRE II |
| ИМТ < 25 кг/м <sup>2</sup>                                     | 10,56±0,97          | 10,44±1,11 | -             |
| САД < 130 и/или ДАД < 80 мм рт.ст.                             | 4,36±0,60           | 3,60±0,63  | 22,4          |
| САД < 140 и/или ДАД < 90 мм рт.ст.                             | 22,51±1,23          | 17,75±1,30 | 43,0          |
| ОХС < 4,5 ммоль/л                                              | 9,68±1,29           | 8,35±1,40  | 28,8          |
| ТГ < 1,7 ммоль/л                                               | 52,97±2,38          | 53,35±2,75 | -             |
| ХС ЛНП < 2,5 ммоль/л                                           | 18,35±3,08          | 19,49±3,65 | 24,6          |
| ХС ЛВП > 1 ммоль/л у мужчин и<br>ХС ЛВП > 1,2 ммоль/л у женщин | 77,33±3,18          | 78,46±3,59 | -             |
| Глюкоза натощак ≤ 6,0 ммоль/л                                  | 27,67±1,45          | 28,61±1,68 | -             |
| Капиллярная глюкоза натощак ≤ 5,5 ммоль/л                      | 9,94±0,97           | 9,26±1,08  | -             |
| HbA1c < 6,5 %                                                  | 24,80±1,46          | 26,10±1,73 | -             |

Примечание. \* — % в таблице указаны от числа пациентов, у которых параметр измерялся; EUROASPIRE II — учитывались данные только подгруппы больных СД.

Таблица 4

## Первичная и вторичная профилактика ИБС и ее осложнений

|               | Все, %     | ИБС, %     | EUROASPIRE-II, % |
|---------------|------------|------------|------------------|
| Антиагреганты | 20,94±1,20 | 26,22±1,50 | 83,4             |
| β-АБ          | 30,80±1,36 | 37,01±1,64 | 62,1             |
| ИАПФ          | 53,84±1,47 | 61,83±1,65 | 49,2             |
| Статины       | 2,44±0,46  | 2,78±0,56  | 54,0             |

- Для ХС ЛНП < 2,5 ммоль/л
- Для ХС ЛВП > 1,0 ммоль/л у мужчин и > 1,2 ммоль/л у женщин
- Для HbA1c < 6,5 %
- Для глюкозы капиллярной крови натощак ≤ 5,5 ммоль/л
- Для глюкозы плазмы крови натощак ≤ 6,0 ммоль/л.

В таблице 3 представлены данные о достижении целевых значений основных показателей у пациентов с СД-2 в нескольких московских поликлиниках.

Результаты указывают на отсутствие адекватного контроля компенсации СД-2 и эффективности терапии, соответственно высокому риску развития ССЗ и их осложнений.

**Назначение пациентам препаратов основных профилактических групп.** Международные и отечественные руководства по профилактике ССЗ, в частности ИБС, к медикаментозным средствам профилактики относят — антиагреганты, статины, ИАПФ, β-АБ [2,15]. В таблице 4 отражены данные о назначениях препаратов этих групп пациентам в изучаемой популяции в поликлиниках г. Москвы.

По сравнению с исследованием EUROASPIRE II в меньшем % случаев используются такие группы лекарственных препаратов как — β-АБ, антиагреганты и особенно статины. Согласно международным и отечественным рекоменда-

ям все больные ИБС должны принимать статины и антиагреганты. Препараты из группы ИАПФ показаны в большинстве случаев, учитывая высокую нефро- и кардиопротективную эффективность ИАПФ при СД-2. Следует отметить роль этой группы препаратов в улучшении качества жизни и влиянии на ее продолжительность. β-АБ используются в комплексной терапии больных ИБС в сочетании с СД-2 по показаниям, поскольку они достоверно снижают риск общей и сердечно-сосудистой смертности.

**Выводы**

Согласно записям в амбулаторных картах отмечено недостаточное отражение ФР и представлений рекомендаций по их коррекции. Такие важные ФР, как отношение к алкоголю и курение, отражены всего в 0,53 % и 6,19 % случаев, соответственно. Рекомендации по поводу алкоголя отмечены в 0,70 %, курения — в 1,83 %, употребления соли — в 2,44 % случаев. Рекомендации по контролю глюкозы зафиксированы у 78,97 % пациентов с СД-2. Рекомендации по контролю за МТ отражены только в 1,05 % случаев, несмотря на данные об избыточном весе у более чем 30 % пациентов и наличии ожирения у более чем 45 % обследованных.

Следует отметить недостаточный контроль за компенсацией СД-2: только у 2,53 % пациентов



зафиксированы измерения HbA1c 2 раза в год, хотя по существующим стандартам число измерений должно быть 3; тест на МАУ не проводили ни одному из пациентов, хотя по существующим рекомендациям его следует выполнять 2 раза в год.

На этапе амбулаторного лечения выявлено несоответствие между уровнем АД, показателями липидов, глюкозы крови натощак, HbA1c у больных ИБС и СД-2 и целевыми значениями этих параметров, приведенных в отечественных и меж-

дународных рекомендациях. Целевые значения АД достигнуты у 3,60 %, ОХС – у 8,35 %, ХС ЛНП – у 19,49 %, глюкозы крови натощак – у 28,61 %, HbA1c – у 26,10 % пациентов.

Антиагреганты назначали 26,22 % больных СД-2 и ИБС. Отмечено недостаточное использование гиполипидемической терапии у пациентов с СД-2 и ИБС – всего 2,78 % случаев применения статинов, другие липидоснижающие средства не применяли.

## Литература

1. Дедов И.И., Фадеев В.В. Введение в диабетологию. Москва 1998; 1518 с.
2. Дедов И.И., Шестакова М. В. Алгоритмы специализированной помощи больным сахарным диабетом. Москва “Медиа Сфера” 2006; 104 с.
3. Исакова М.Р., Кондратьева Л.В. Пути коррекции патогенетических звеньев при сахарном диабете 2 типа: препараты сульфонилмочевины и бигуаниды. РМЖ. Раздел: Клиническая фармакология. Антиб. Соц-знач забол 2007; 15(22): 1630–5.
4. Мычка В.Б., Горностаев И.Е., Чазова И.Е. Сердечно-сосудистые осложнения сахарного диабета 2 типа. Кардиология 2002; 4: 73–7.
5. Albert CM, Chae CU, Grodstein F, et al. Prospective study of sudden cardiac death among women in the United States. Circulation 2003; 107: 2096–101.
6. ADA: Clinical practice recommendations 2007. Diabetes Care 2007; 30 (Suppl. 1): S4–11.
7. EUROASPIRE II Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries: principal results from EUROASPIRE II. Eur Heart J 2001; 22: 554–72.
8. EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE: a European Society of Cardiology survey of secondary prevention in coronary heart disease, principal results. Eur Heart J 1997; 18: 1569–82.
9. Haffner SM, Lehto S, Ronnemaa T, et al. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. N Engl J Med 1998; 339: 229–34.
10. International Diabetes Federation. Global Guideline for Type 2 Diabetes. Intern Diabetes Feder 2005; 82.
11. Manson JE, Colditz GA, Stampfer MJ, et al. A prospective study of maturity-onset diabetes mellitus and risk of coronary heart disease and stroke in women. Arch Intern Med 1991; 151: 1141–7.
12. Multiple risk factor intervention trial. Risk factor changes and mortality results. Multiple Risk Factor Intervention Trial research Group. JAMA 1982; 248: 1465–77.
13. Pyörälä K, Lehto S, DeBacker G, et al. Risk factor management in diabetic and non-diabetic patients with coronary heart disease. Finding from the EUROASPIRE I and II. The Diabetologia 2004; 3: 125–42.
14. Rodriguez-Macas Leocadio, Castro Marta, Manzarbeitia Jorge. Cardiovascular Risk and Diabetes in Old People. Br J Diabetes Vasc Dis 2005; 5(1): 7–11.
15. Ryden L, Chairperson C, Standl E, et al. Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of European Society of Cardiology (ESC) and European Association for the Study of Diabetes (EASD). Eur Heart J 2007; 28: 88–136.

Поступила 01/07–2008