

Лікування серцево-судинних захворювань у пацієнтів із діабетом

На цукровий діабет (ЦД) 2021 р. страждало близько 537 млн осіб у всьому світі (10,5%), до 2045 р. їхня кількість може зрости до 783 млн (12,2%) (Sun et al., 2021). ЦД можна підозрювати за наявності специфічних симптомів, як-от поліурія, полідипсія, втомлюваність, розмитість зору, втрата ваги, погане загоєння ран і рецидивні інфекції. Проте цей стан може бути безсимптомним, через що ЦД не діагностують у >40% випадків (від 24 до 75%) (Beagley et al., 2014). У серпні поточного року Європейське товариство кардіологів (ESC, 2023) оновило рекомендації з лікування серцево-судинних захворювань (ССЗ) в осіб із ЦД, ґрунтуючись на оцінюванні та узагальненні наявних доказів, щоб запропонувати медичним працівникам найкращий діагностичний або терапевтичний підхід у цій популяції пацієнтів. Пропонуємо до вашої уваги основні положення цього документа, які було опубліковано у виданні *European Heart Journal* (2023; 44: 4043-4140).

ОСНОВНІ АСПЕКТИ

Пацієнти з діабетом мають підвищений ризик розвитку ССЗ із симптомами ішемічної хвороби серця (ІХС), серцевої недостатності (СН), фібриляції передсердь (ФП) та інсульту, а також захворювань аорти та периферичних артерій. ЦД є основним чинником ризику розвитку хронічної хвороби нирок (ХНН), яка, своєю чергою, пов'язана з розвитком ССЗ. Поєднання ЦД із цими серцево-нирковими супутніми захворюваннями підвищує ризик ССЗ та смертності від усіх причин. За останнє десятиліття результати досліджень серцево-судинних результатів у пацієнтів із ЦД із високим серцево-судинним ризиком у разі застосування нових цукрознижувальних засобів, як-от інгібітори натрійзалежного котранспортера глюкози 2-го типу (ІНЗКТГ-2) та агоністи рецепторів глікоагоноподібного пептиду-1 (арГПП-1), а також нові нестероїдні антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів (АМКР), зокрема фінренон, значно розширили доступні терапевтичні можливості, що спонукало до розроблення оновлених рекомендацій, заснованих на доказах.

На відміну від попередніх рекомендацій ESC (2019) щодо лікування діабету, предіабету та ССЗ, в оновленому варіанті увагу зосереджено лише на ССЗ і ЦД, через брак чітких доказів не розглянуто період, що передує діабету і предіабету. Зокрема, в оновленому документі надано рекомендації щодо стратифікації серцево-судинного ризику, а також скринінгу, діагностики та лікування ССЗ у хворих на ЦД. Щодо інших аспектів, які стосуються ведення пацієнтів із ЦД, автори посилаються на настанови діабетичних асоціацій, як-от Європейської асоціації з вивчення діабету (EASD) або Американської діабетичної асоціації (ADA). Ці керівництва пропонують засновані на доказах рекомендації щодо управління серцево-судинним ризиком у пацієнтів із ЦД і містять вказівки щодо лікування атеросклеротичного серцево-судинного захворювання (АССЗ) у пацієнтів із діабетом.

Щоб індивідуалізувати стратегії лікування, в оновлених рекомендаціях було запроваджено нове спеціальне 10-річне оцінювання ризику ССЗ (SCORE2-Diabetes), специфічне для ЦД 2-го типу в пацієнтів із цим захворюванням без АССЗ або тяжкого ураження органів-мішеней. Зазначений підхід розширює встановлений алгоритм прогнозування SCORE2 для ЦД 2-го типу

та на підставі індивідуальних характеристик пацієнта і надає дані про 10-річний ризик розвитку летальних і нефатальних ССЗ (інфаркт міокарда [ІМ], інсульт). Власне, SCORE2-Diabetes слугує керівництвом для прийняття клінічних рішень щодо лікування пацієнтів із ЦД 2-го типу з низьким, помірним, високим або дуже високим ризиком, але без клінічно виразного АССЗ або тяжкого ураження органів-мішеней.

Зважаючи на високу поширеність невиявленого ЦД у пацієнтів із ССЗ, а також підвищений ризик і терапевтичні наслідки за обох захворювань, за новими рекомендаціями запропоновано систематичне обстеження на діабет усіх пацієнтів із ССЗ. Крім того, усі пацієнти з діабетом потребують оцінювання ризику та наявності ССЗ та хронічної хвороби нирок (ХХН).

Базуючись на даних, отриманих у великих дослідженнях серцево-судинних результатів, новий документ містить рекомендації щодо лікування пацієнтів із діабетом і клінічними ознаками серцево-судинних і ниркових захворювань. Пацієнтам із ЦД та АССЗ рекомендовано застосування аРГПП-1 та/або ІНЗКТГ-2 для зниження серцево-судинного ризику, незалежно від контролю рівня глюкози та на додаток до стандартного лікування, наприклад антиагрегантної, антигіпертензивної або гіполіпідемічної терапії.

Особливу увагу в рекомендаціях приділено лікуванню СН за ЦД. На підставі даних великих досліджень, як зазначають автори, слід лікувати пацієнтів із діабетом і хронічною СН (незалежно від фракції викиду лівого шлуночка (ФВЛШ) за допомогою ІНЗКТГ-2, щоб зменшити частоту госпіталізації через СН. Пацієнтам із ЦД та ХХН рекомендовано призначати ІНЗКТГ-2 та/або фінеренон, оскільки такі препарати знижують ризик серцево-судинної та ниркової недостатності на додаток до стандартного лікування.

КЛАС РЕКОМЕНДАЦІЇ ТА РІВЕНЬ ДОКАЗОВСТІ

Робоча група критично оцінювала діагностичні та терапевтичні підходи, зокрема співвідношення ризику і користі. Сила кожної рекомендації та рівень підтверджених доказів були вивчені та оцінені відповідно до попередньо визначених шкал.

Клас рекомендації I передбачає наявність доказів та/або загальної згоди щодо того, що лікування чи процедура є корисними та ефективними, а отже, рекомендованими або показаними.

Клас рекомендації II – наявність суперечливих доказів та/або розбіжностей щодо придатності / ефективності лікування чи процедури (*IIa* – докази / думки щодо користі / ефективності необхідно зважити; *IIb* – користь / ефективність встановлена на підставі слабших доказів / думки, але може бути розглянуто).

Клас рекомендації III – наукові дані вказують на те, що лікування або процедура не є корисними / ефективними, а в деяких випадках можуть бути навіть шкідливими, отже, їх застосування не рекомендовано.

Рівень доказовості A означає, що дані, на яких ґрунтується рекомендація, отримано на підставі багатьох рандомізованих клінічних досліджень або метааналізів; *рівень доказовості B* – дані отримано з одного рандомізованого клінічного дослідження або великих нерандомізованих досліджень; *рівень доказовості C* – підґрунтям для рекомендації є консенсус думок експертів та/або невеликі дослідження, ретроспективні дослідження або реєстри.

Традиційно було переглянуто деякі попередні рекомендації ESC (2019) щодо діабету, предіабету та ССЗ, розроблені у співпраці з Європейською асоціацією з вивчення ЦД (EASD), які оновлено 2023 р. (таблиця) (Cosentino et al., 2019; Marx et al., 2023)

Робоча група дотримувалася процедур голосування ESC, і всі затверджені рекомендації підлягали голосуванню, під час якого серед її членів було досягнуто принаймні 75% згоди.

Таблиця. **Зміни щодо класу рекомендації та рівня доказовості**

Рекомендації ESC (2019) у співпраці з EASD	Клас /рівень доказів	Рекомендації ESC (2023)	Клас /рівень доказів
Зміна дієти та режиму харчування хворих на діабет			
Середземноморську дієту, багату на поліненасичені мононенасичені жири, вважають такою, що знижує ризик серцево-судинних подій	IIa, B	Для зменшення серцево-судинного ризику рекомендовано дотримуватися середземноморської або рослинної дієти з високим вмістом ненасичених жирів	I, A
Зниження ризику АССЗ за допомогою цукрознижувальних препаратів у разі ЦД			
Для зменшення ризику кардіоваскулярних подій пацієнтам із ЦД 2-го типу та ССЗ або дуже високим / високим серцево-судинним ризиком рекомендовано емпагліфлозин, канагліфлозин або дапагліфлозин	I, A	Пацієнтам із ЦД 2-го типу та ССЗ для зменшення ризику серцево-судинних подій рекомендовано іНЗКТГ-2 із доведеною серцево-судинною дією, незалежно від початкового або цільового рівня глікованого гемоглобіну (HbA1c) і супутнього приймання цукрознижувальних препаратів	I, A
		У пацієнтів із ЦД 2-го типу без АССЗ або тяжкого ураження органів-мішеней, але з розрахованим 10-річним ризиком ССЗ $\geq 10\%$, для зниження ризику ССЗ можливо розглянути призначення іНЗКТГ-2 або арГПП-1	IIb, C
Ліраглутид, семаглутид або дулаглутид рекомендовано пацієнтам із ЦД 2-го типу та ССЗ або дуже високим / високим серцево-судинним ризиком для зменшення кардіоваскулярних подій	I, A	Пацієнтам із ЦД 2-го типу та АССЗ рекомендовано арГПП-1 із доведеною серцево-судинною перевагою для зменшення ризику серцево-судинних подій незалежно від базового або цільового рівня HbA1c і супутнього приймання цукрознижувальних препаратів	I, A
		У пацієнтів із ЦД 2-го типу без АССЗ або тяжкого ураження органів-мішеней, але з розрахованим 10-річним ризиком ССЗ $\geq 10\%$, доцільність призначення іНЗКТГ-2 або арГПП-1 можна розглянути для зниження ризику ССЗ	IIb, C
Антитромботична терапія хворих на ЦД			
Для запобігання шлунково-кишковим кровотечам у разі застосування малих доз АСК слід розглянути доцільність призначення інгібіторів протонної помпи	IIa, A	У разі комплексного застосування антитромботичних препаратів інгібітори протонної помпи рекомендовано для запобігання шлунково-кишковим кровотечам	I, A
		У разі застосування антитромбоцитарного або антикоагулянтного препарату слід розглянути доцільність призначення інгібіторів протонної помпи для запобігання шлунково-кишковим кровотечам, зважаючи на ризик кровотечі в кожного окремого пацієнта	IIa, A
Багатофакторний підхід до управління чинниками ризику у хворих на ЦД			
У пацієнтів із ЦД та ССЗ слід розглянути можливість застосування багатофакторного підходу до ведення діабету зі встановленням цільових показників лікування	IIa, B	Рекомендовано багатофакторний підхід до ведення пацієнтів із ЦД 2-го типу з досягненням цілей лікування	I, B
Серцева недостатність і цукровий діабет			
Представники арГПП-1 (ліксисенатид, ліраглутид, семаглутид, ексенатид, дулаглутид) не мають впливу на ризик госпіталізації з приводу СН і можуть розглядатися для лікування діабету в пацієнтів із СН	IIb, A	Представники арГПП-1 (ліксисенатид, ліраглутид, семаглутид, ексенатид ER, дулаглутид, ефегленатид) не мають впливу на ризик госпіталізації з приводу СН і можуть розглядатися як засоби цукрознижувальної терапії у пацієнтів із ЦД 2-го типу, які мають СН або перебувають у групі ризику її розвитку	IIa, A
У пацієнтів із прогресуючою систолічною СНзНФВ можна розглянути призначення інсуліну	IIb, C	Базальні інсуліни (гларгін і деглудек) не мають впливу на ризик госпіталізації з приводу СН, що слід враховувати за цукрознижувальної терапії у пацієнтів із ЦД 2-го типу, які мають СН або перебувають у групі ризику її розвитку	IIa, B
Фібриляція передсердь і діабет			
У пацієнтів віком >65 років із ЦД за підозри на ФП слід виконати відповідний скринінг за допомогою пальпачії пульсу та підтвердити її за допомогою ЕКГ, оскільки ФП у пацієнтів із ЦД збільшує захворюваність і смертність	IIa, C	У пацієнтів віком ≥ 65 років рекомендовано виконувати скринінг ФП за допомогою через визначення пульсу або ЕКГ	I, B
Хронічна хвороба нирок і діабет			
Застосування арГПП-1 ліраглутиду і семаглутиду пов'язане з меншим ризиком досягнення кінцевих ниркових точок, що слід враховувати за лікування діабету, якщо рШКФ >30 мл/хв/1,73 м ²	IIa, B	Представники арГПП-1 рекомендовано за рШКФ >15 мл/хв/1,73 м ² для адекватного контролю глікемії, завдяки низькому ризику гіпоглікемії та сприятливому впливу на вагу, серцево-судинний ризик і альбумінурію	I, A

Адаптовано за F. Cosentino et al., 2019; W. Marx et al., 2023.

Застосування ліків поза показаннями наведено в поточних рекомендаціях, якщо є достатній рівень доказів, що його можна вважати доречним за певного стану. Втім, остаточне рішення щодо кожного окремого пацієнта приймає медичний працівник, звертаючи особливу увагу на:

- Конкретний стан пацієнта (якщо інше не передбачено національними правилами, застосування ліків не за показаннями має обмежуватися ситуаціями, коли це відповідає його потребам щодо якості, безпеки та ефективності лікування, і лише після того, як його поінформовано та отримано згоду).
- Специфічні для країни правила охорони здоров'я, нормативні акти державних регулювальних органів із лікарських засобів та етичні норми і правила.

ОНОВЛЕНІ ПОЛОЖЕННЯ

Оцінка серцево-судинного ризику та зниження ваги

У пацієнтів із ЦД 2-го типу без симптомів АССЗ або тяжкого ураження органів-мішеней необхідно оцінювати 10-річний ризик ССЗ за допомогою SCORE2-Diabetes (*клас рекомендації I, рівень доказовості B*).

Рекомендовано, щоб пацієнти з надмірною вагою або ожирінням намагалися зменшити вагу та збільшити фізичні навантаження для поліпшення метаболічного контролю та загального профілю ризику ССЗ (*клас рекомендації I, рівень доказовості A*).

Пацієнтам із надмірною вагою або ожирінням слід розглянути можливість застосування цукрознижувальних препаратів, які сприяють втраті ваги (наприклад, агПП-1) (*клас рекомендації IIa, рівень доказовості B*).

Бариатричну хірургію слід розглядати у пацієнтів із високим і дуже високим ризиком з індексом маси тіла (ІМТ) ≥ 35 кг/м² (*клас рекомендації II*), коли повторювані та структуровані заходи щодо зміни способу життя в поєднанні з медикаментозною терапією для зниження ваги виявляються неефективними (*клас рекомендації IIa, рівень доказовості B*).

Підвищення фізичної активності та фізичних вправ у хворих на цукровий діабет

Необхідно адаптувати фізичні втручання до наявних супутніх захворювань, пов'язаних із ЦД 2-го типу, наприклад слабкості, нейропатії або ретинопатії (*клас рекомендації I, рівень доказовості B*). Зокрема, рекомендовано запроваджувати структуроване тренування з фізичними вправами у пацієнтів із ЦД 2-го типу та серцево-судинних захворювань (ССЗ) як-от ішемічна хвороба серця (ІХС), серцева недостатність (СН) зі збереженою фракцією викиду (СНзбФВ), помірно зниженою фракцією викиду (СНпзФВ), зниженою фракцією викиду (СНзнФВ) або фібриляцією передсердь (ФП), для поліпшення метаболічного контролю, фізичної форми та якості життя, а також для зменшення ризику серцево-судинних подій (*клас рекомендації I, рівень доказовості B*).

Насамперед слід розглянути втручання, які ґрунтуються на теорії поведінки, як-от постановка і переоцінка цілей, самоконтроль і зворотний зв'язок, що сприятиме належній фізичній активності пацієнта (*клас рекомендації IIa, рівень доказовості B*). Для підвищення фізичної активності можна розглянути використання переносних трекерів активності (*клас рекомендації IIb, рівень доказовості B*).

Для підвищення успішності відмови від куріння слід розглянути доцільність замісної нікотинної терапії, вареникліну і бупропіону, а також індивідуальних або телефонних консультацій (*клас рекомендації IIa, рівень доказовості B*).

Необхідно встановити суворий глікемічний контроль для зниження ризику ІХС у довгостроковій перспективі, використовуючи переважно препарати з доведеною серцево-судинною дією (*клас рекомендації IIa, рівень доказовості B*).

Зниження ризику атеросклеротичних серцево-судинних захворювань за допомогою цукрознижувальних препаратів

Для зниження ризику атеросклеротичних серцево-судинних захворювань (АССЗ) слід віддавати перевагу застосуванню цукрознижувальних засобів із доведеною серцево-судинною користю, а також препаратам із доведеною серцево-судинною безпекою над препаратами без доведеної серцево-судинної користі або підтвердженої серцево-судинної безпеки (*клас рекомендації I, рівень доказовості C*).

Якщо необхідний додатковий контроль рівня глюкози, пацієнтам із ЦД 2-го типу та ССЗ необхідно розглянути призначення метформіну (*клас рекомендації IIa, рівень доказовості C*).

Якщо потрібен додатковий контроль рівня глюкози, у пацієнтів із ЦД 2-го типу та АССЗ без СН можливо розглянути призначення піоглітазону (*клас рекомендації IIb, рівень доказовості B*).

Усім пацієнтам із ЦД для виявлення та лікування артеріальної гіпертонії (АГ) та зниження ризику ССЗ рекомендовано регулярно вимірювати артеріальний тиск (*клас рекомендації I, рівень доказовості A*).

Ліпіди та діабет

Пацієнтам із дуже високим серцево-судинним ризиком, зі стійким високим рівнем холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ), попри застосування максимально переносимої дози статину в комбінації з езетимібом або із непереносимістю статинів рекомендований інгібітор PCSK9 (*клас рекомендації I, рівень доказовості A*).

У разі непереносимості статинів у будь-якій дозі (навіть після повторної провокації), слід розглянути можливість додавання інгібітора PCSK9 до езетимібу (*клас рекомендації IIa, рівень доказовості B*).

Якщо статини пацієнт не переносить у будь-якій дозі (навіть після повторної провокації), слід запропонувати застосування езетимібу (*клас рекомендації IIa, рівень доказовості C*).

У пацієнтів із гіпертригліцеридемією можливо розглянути доцільність призначення високих доз ікосапентетилу (2 г двічі на добу) у комбінації зі статином (*клас рекомендації IIb, рівень доказовості B*).

Антитромботична терапія хворих на цукровий діабет

Клопідогрель (75 мг) раз на добу рекомендовано після відповідного навантаження (наприклад, 600 мг або щонайменше 5 днів підтримувальної терапії) на додаток до ацетилсаліцилової кислоти (АСК) протягом 6 міс. після коронарного стентування пацієнтам із хронічним коронарним синдромом (ХКС), незалежно від типу стента, якщо не показана коротша тривалість через ризик або розвиток небезпечної для життя кровотечі (*клас рекомендації I, рівень доказовості A*).

Пацієнтам із діабетом і гострим коронарним синдромом (ГКС), які отримують подвійну антитромбоцитарну терапію та яким виконано аортокоронарне шунтування (АКШ), і вони не потребують тривалої терапії оральними антикоагулянтами (ОАК), рекомендовано відновити приймання інгібітора рецептора P2Y₁₂, щойно це буде визнано безпечним після хірургічного втручання, та продовжувати його до 12 міс. (*клас рекомендації I, рівень доказовості C*).

У пацієнтів із ЦД і ХКС або симптоматичним захворюванням периферичних артерій (ЗПА) без високого ризику кровотечі слід розглянути можливість додавання до низьких доз АСК дуже низьких доз ривароксабану для довгострокової профілактики серйозних судинних подій (*клас рекомендації IIa, рівень доказовості B*).

У пацієнтів із ГКС або ХКС і ЦД, яким виконано імплантацію коронарного стента, за наявності показань до антикоагулянтної терапії, запропонувати продовження потрібної терапії

низькими дозами АСК, клопідогрелю та ОАК упродовж місяця, якщо тромботичний ризик переважає ризик кровотечі (*клас рекомендації Іа, рівень доказовості С*).

У пацієнтів із ГКС або ХКС і ЦД, яким виконано імплантацію коронарного стента, за наявності показань до антикоагулянтної терапії, можна продовжити потрібну терапію низькими дозами АСК, клопідогрелю та ОАК до 3 міс., якщо тромботичний ризик переважає ризик кровотечі (*клас рекомендації Ів, рівень доказовості С*). Застосовуючи клопідогрель, омепразол та езомепразол не рекомендовано використовувати для захисту шлунка (*клас рекомендації ІІІ, рівень доказовості В*).

Багатофакторний підхід у хворих на цукровий діабет

У пацієнтів із ЦД необхідно якомога раніше виявляти та лікувати чинники ризику та супутні захворювання (*клас рекомендації І, рівень доказовості А*).

Рекомендовано розглянути мультидисциплінарні поведінкові підходи, що поєднують знання та навички фахівців різних напрямів, які здійснюють догляд пацієнта (*клас рекомендації І, рівень доказовості С*).

Також слід брати до уваги принципи мотиваційного інтерв'ювання, щоб спонукати пацієнта до відповідних змін у його поведінці (*клас рекомендації Іа, рівень доказовості С*). Як засіб поліпшення профілю ризику можливо розглянути телемедицину (*клас рекомендації ІІв, рівень доказовості В*).

Лікування ішемічної хвороби серця у хворих на цукровий діабет

Реваскуляризація міокарда за ХКС рекомендована, якщо стенокардія зберігається, попри лікування антиангінальними препаратами, або в пацієнтів із документально підтвердженою великою площею ішемії (>10% ЛШ) (*клас рекомендації І, рівень доказовості А*). Повної реваскуляризації потребують пацієнти зі STEMI без кардіогенного шоку та з багатосудинною ІХС (*клас рекомендації І, рівень доказовості А*).

У всіх пацієнтів із ГКС під час первинного оцінювання клінічного стану рекомендовано встановлювати глікемічний статус (*клас рекомендації І, рівень доказовості А*). Повну реваскуляризацію слід розглядати в осіб із ГКС без підйому сегмента ST, без кардіогенного шоку та з багатосудинною ІХС (*клас рекомендації Іа, рівень доказовості С*).

Цукрознижувальну терапію слід розглянути в пацієнтів із ГКС зі стійкою гіперглікемією, при цьому необхідно уникати епізодів гіпоглікемії (*клас рекомендації Іа, рівень доказовості С*).

Для пацієнтів з ІМ та багатосудинним захворюванням, що супроводжується кардіогенним шоком, не рекомендована рутинна негайна реваскуляризація уражень, що не загрожують життю, (*клас рекомендації ІІІ, рівень доказовості В*).

Серцева недостатність та цукровий діабет

У разі підозри на СН необхідно визначити рівень N-кінцевого поліпептиду натрійуретичного гормону (BNP / NT-proBNP) (*клас рекомендації І, рівень доказовості В*). Систематичне обстеження для виявлення симптомів та/або ознак СН рекомендовано під час кожної клінічної зустрічі в усіх пацієнтів із ЦД (*клас рекомендації І, рівень доказовості С*). У всіх пацієнтів із підозрою на СН рекомендовано виконувати ЕКГ у 12 відведеннях (*клас рекомендації І, рівень доказовості С*). Рекомендовано трансторакальну ехокардіографію та рентгенографію грудної клітки (*клас рекомендації І, рівень доказовості С*).

Необхідно виконувати аналіз крові на наявність супутніх захворювань, зокрема загальний аналіз крові, встановлення рівня сечовини, креатиніну та електролітів, визначення функції щитоподібної залози, рівнів ліпідів та статус заліза (феритин і коефіцієнт насичення трансферину (TSAT)) (*клас рекомендації І, рівень доказовості С*).

Для медикаментозного лікування пацієнтів із СНзнФВ (клас II-IV за NYHA) та ЦД, то ІНЗКТГ-2 (дапагліфлозин, емпагліфлозин або сотагліфлозин) рекомендовано всім пацієнтам із СНзнФВ та ЦД 2-го типу для зниження ризику госпіталізації та серцево-судинної смерті (клас рекомендації I, рівень доказовості A).

Для зменшення повторної госпіталізації або смертності рекомендовано інтенсивну стратегію раннього початку лікування, яке ґрунтується на доказах (ІНЗКТГ-2, іРАН/ іАПФ, бета-блокатори [ББ] та АМР), зі швидким титруванням до досягнення визначених у дослідженні цільових доз, перед випискою та із частими наступними візитами впродовж перших 6 тиж. після госпіталізації з приводу СН (клас рекомендації I, рівень доказовості B).

Щодо інших видів лікування, які показані окремим пацієнтам із СНзнФВ (клас II-IV за NYHA) і ЦД, то в осіб чорношкірої раси із ЦД і ФВ ЛШ $\leq 35\%$ або ФВ ЛШ $< 45\%$ у поєднанні з дилатацією ЛШ і класом III-IV за NYHA, попри лікування інгібіторами ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) / іРАН, ББ та антагоністами мінералокортикоїдних рецепторів (АМР), слід розглянути призначення гідралазину та ізосорбиду динітрату, щоб зменшити ризик госпіталізації та смерті від СН (клас рекомендації IIa, рівень доказовості B).

Доцільність застосування дигоксину можна розглянути в пацієнтів із симптоматичною СНзнФВ у разі синусового ритму, попри лікування сакубітрілом / валсартаном або іАПФ, ББ і АМР, щоб зменшити ризик госпіталізації (клас рекомендації IIb, рівень доказовості B).

Емпагліфлозин або дапагліфлозин рекомендовано пацієнтам із ЦД 2-го типу та ФВ ЛШ $> 40\%$ (СНпзФВ та СНзбФВ) для зменшення ризику госпіталізації з приводу СН або серцево-судинної смерті (клас рекомендації I, рівень доказовості A). Необхідно замінити цукрознижувальну терапію препаратами без доведеної користі для серцево-судинної системи або доведеної безпеки на засоби з доведеною користю для серцево-судинної системи (клас рекомендації I, рівень доказовості C).

Фібриляція передсердь і цукровий діабет

Пацієнтам із ЦД віком до 65 років (особливо за чинників ризику) рекомендовано опортуністичний скринінг на наявність ФП за допомогою вимірювання пульсу або ЕКГ, оскільки в осіб цієї вікової категорії на тлі діабету частіше розвивається ФП у молодшому віці (клас рекомендації I, рівень доказовості C). Слід розглянути можливість виконання систематичного ЕКГ-скринінгу для виявлення ФП у пацієнтів віком ≥ 75 років або у групі високого ризику інсульту (клас рекомендації IIa, рівень доказовості B).

Хронічна хвороба нирок і цукровий діабет

Пацієнтам із хронічною хворобою нирок (ХХН) і ЦД рекомендовано інтенсивне зниження рівня ЛПНЩ за допомогою статинів або комбінації статин / езетиміб (клас рекомендації I, рівень доказовості A). Для зниження ризику ССЗ та ниркової недостатності у пацієнтів із ЦД 2-го типу та ХХН із показником розрахункової швидкості клубочкової фільтрації (рШКФ) ≥ 20 мл/хв/1,73 м² рекомендовано ІНЗКТГ-2 (канагліфлозин, емпагліфлозин або дапагліфлозин) (клас рекомендації I, рівень доказовості A).

Фінеренон рекомендовано на додаток до іАПФ або блокатори рецепторів ангіотензину (БРА) пацієнтам із ЦД 2-го типу та рШКФ > 60 мл/хв/1,73 м² зі співвідношенням альбуміну та креатиніну в сечі ≥ 30 мг/ммоль (≥ 300 мг/г) або рШКФ 25-60 мл/хв/1,73 м² і співвідношенням альбуміну та креатиніну в сечі ≥ 3 мг/ммоль (≥ 30 мг/г) для зменшення серцево-судинних подій і ниркової недостатності (клас рекомендації I, рівень доказовості A).

Пацієнтам із ХХН та ССЗ рекомендовано низькі дози АСК (75-100 мг раз на добу) (клас рекомендації I, рівень доказовості A).

Лікування за допомогою інтенсивної медикаментозної або початкової інвазивної стратегії рекомендовано розглянути у пацієнтів із ХХН, ЦД і стабільною помірною або тяжкою ІХС через подібні результати (*клас рекомендації I, рівень доказовості B*).

Консультація нефролога може бути необхідною в разі підвищеного рівня фосфатів у сироватці, наявності інших ознак ХХН-мінеральних розладів кісток та ниркової анемії (*клас рекомендації Ib, рівень доказовості C*).

Комбіноване застосування БРА з іАПФ не рекомендовано (*клас рекомендації III, рівень доказовості B*).

Захворювання аорти і периферичних артерій та цукровий діабет

У пацієнтів із діабетом та аневризмою аорти рекомендовано застосовувати такі самі діагностичні й терапевтичні стратегії (медикаментозні, хірургічні чи ендоваскулярні), як і пацієнтам без діабету (*клас рекомендації I, рівень доказовості C*).

Рекомендовано, щоб коригування дози цукрознижувальних препаратів відповідало принципам самоконтролю у пацієнтів із ЦД 1-го типу, під керівництвом мультидисциплінарної групи фахівців із діабету (*клас рекомендації I, рівень доказовості C*).

Необхідно уникати епізодів гіпоглікемії, особливо в пацієнтів із діагностованими ССЗ (*клас рекомендації I, рівень доказовості C*).

Для зниження ризику ССЗ у дорослих віком >40 років із ЦД 1-го типу без ССЗ в анамнезі слід розглянути застосування статинів для зниження рівня холестерину ЛПНЩ (*клас рекомендації IIa, рівень доказовості B*).

У дорослих віком до 40 років із ЦД 1-го типу та іншими чинниками ризику ССЗ або мікросудинного ураження кінцевих органів або 10-річного ризику ССЗ $\geq 10\%$ слід розглянути можливість застосування статинів, щоб зменшити ризик ССЗ (*клас рекомендації IIa, рівень доказовості B*). Для оцінювання 10-річного ризику ССЗ у пацієнтів із ЦД 1-го типу можна розглянути використання шотландсько-шведської моделі прогнозування ризику (*клас рекомендації IIb, рівень доказовості B*).

СТАТЕВІ ВІДМІННОСТІ

За даними епідеміологічних досліджень, ЦД є сильнішим чинником ризику розвитку ССЗ у жінок порівняно з чоловіками. Дані, отримані під час дослідження серцево-судинних результатів, не свідчать про статеві відмінності переваг стратегій зниження ризику ССЗ у разі ЦД 2-го типу, зокрема, щодо лікування представниками іНЗКТГ-2 або арГПП-1 (Gaudino et al., 2021; Nussbaum et al., 2022; Clayton et al., 2022).

Попри те, що жінки недостатньо представлені в клінічних дослідженнях, немає жодних доказів щодо рекомендацій лікування ССЗ у пацієнтів із діабетом з урахуванням статі. Епідеміологічні та реальні дані свідчать про те, що терапія, яка ґрунтується на рекомендаціях, рідше застосовується у жінок порівняно з чоловіками.

Останнє потребує подальшого вивчення, тож автори рекомендацій радять впроваджувати стратегії відбору учасників майбутніх досліджень серцево-судинних результатів з урахуванням статі. При цьому наголошується на потребі у забезпеченні жінкам рівних можливостей щодо отримання медичної допомоги з приводу лікування ССЗ за наявності ЦД.

Підготувала **Олександра Демецька**

Оригінальний текст документа читайте на сайті
www.escardio.org