



СТАНДАРТИ ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ АМЕРИКАНСЬКОЇ ДІАБЕТОЛОГІЧНОЇ АСОЦІАЦІЇ (ADA, 2023)

Скорочений виклад для медичних працівників первинної ланки

Переклав і адаптував д-р мед. наук Костянтин Бобришев

УРАЖЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ТА ЗНИЖЕННЯ РИЗИКУ

До атеросклеротичних уражень серцево-судинної системи (АУССС) відносять ішемічну хворобу серця (ІХС), цереброваскулярну хворобу та хворобу периферичних артерій (ХПА). Їх, а також серцеву недостатність (СН) вважають провідними причинами смертності та захворюваності в пацієнтів із цукровим діабетом (ЦД). Контроль за окремими чинниками серцево-судинного ризику допомагає запобігати розвитку атеросклеротичних уражень за ЦД або уповільнювати їх. До таких чинників ризику належать ожиріння / надлишкова маса тіла, артеріальна гіпертензія (АГ), дисліпідемія, паління, ранній розвиток ІХС у близьких родичів, хронічна хвороба нирок (ХХН) і альбумінурія. Щоб запобігати атеросклеротичним ураженням і СН і лікувати їх, чинники ризику треба моніторувати якнайменше щорічно.

Калькулятор ризику

Калькулятор ризику АУССС (Risk Estimator Plus) було розроблено Американською колегією кардіологів й Американською асоціацією серця (ACC/AHA). Він оцінює 10-річний ризик розвитку першого атеросклеротичного ураження. Калькулятор доступний онлайн за посиланням tools.acc.org/ASCVD-Risk-Estimator-Plus.

Артеріальна гіпертензія / контроль артеріального тиску

АГ є частим чинником ризику серед осіб із ЦД як 1, так і 2 типу. Артеріальний тиск (АТ) треба

вимірювати кожного чергового візиту пацієнта до медичного закладу. Якщо це можливо, щоб діагностувати АГ, в осіб із підвищеним АТ (систолический АТ – 120-129 мм рт. ст., діастолічний АТ <80 мм рт. ст.) отримані результати мають підтверджуватися кількома вимірюваннями, в т. ч. здійсненими в окремий день (рекомендація 10.1, А). АГ діагностують за систолічного АТ ≥ 130 мм рт. ст. або діастолічного АТ ≥ 80 мм рт. ст., котрі обчислюють як середнє значення з ≥ 2 вимірювань, здійснених упродовж ≥ 2 візитів (рекомендація 10.1, А). В осіб з АТ $\geq 180/110$ мм рт. ст. і серцево-судинною патологією АГ можна діагностувати вже за результатами першого візиту (рекомендація 10.1, Е).

Усі особи з АГ і ЦД мають моніторувати власний АТ у домашніх умовах (рекомендація 10.2, А).

В осіб з АГ і ЦД визначати цільовий рівень АТ треба індивідуально, залучаючи до прийняття рішення пацієнта та враховуючи рівень його серцево-судинного ризику, можливу побічну дію антигіпертензивних медикаментів і бажання самого хворого (рекомендація 10.3, В).

Особам з АГ і ЦД треба призначати лікування антигіпертензивними медикаментами, якщо АТ є постійно підвищеним на рівні $\geq 130/80$ мм рт. ст. Цільовий рівень АТ на тлі лікування становить <130/80 мм рт. ст. за можливості його безпечного досягнення (рекомендація 10.4, В).

Для осіб з АТ >120/80 мм рт. ст. зміни способу життя складаються зі зменшення маси тіла (за показаннями), стилю харчування DASH (включаючи обмеження натрію та збільшення калію в дієті), помірного вживання алкоголю й підвищення фізичної активності (рекомендація 10.6, А).

Особи, в яких за результатами офісного вимірювання було підтверджено рівень АТ $\geq 160/100$ мм рт. ст., окрім модифікації способу

життя мають швидко розпочати та вчасно титрувати терапію або однією таблеткою комбінованого засобу, або двома медикаментами, здатними зменшувати частоту серцево-судинних подій у пацієнтів із ЦД (рекомендація 10.8, А).

Зазвичай, щоб досягти цільового рівня АТ, треба призначати терапію кількома медикаментами. Проте не слід користуватися комбінаціями інгібітора ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) із блокатором рецепторів ангіотензину II (БРА) чи іАПФ із БРА та прямим інгібітором реніну (рекомендація 10.10, А).

іАПФ або БРА в максимальній дозі, яка показана для корекції АТ і яку здатний перенести пацієнт, є препаратами першої лінії, що рекомендовані для лікування АГ в осіб із ЦД та співвідношенням альбумін/креатинін у сечі ≥ 300 мг/г креатиніну (рекомендація 10.11, А) чи 30-299 мг/г креатиніну (рекомендація 10.11, В). Якщо пацієнт не переносить прийом якогось препарату із зазначених класів, цей засіб треба замінити медикаментом іншого класу (рекомендація 10.11, В).

У пацієнтів, які приймають іАПФ, БРА чи діуретик, треба якнайменше щорічно монітувати сироватковий рівень креатиніну / розрахункову швидкість клубочкової фільтрації (рШКФ) і сироватковий рівень калію (рекомендація 10.12, В).

У пацієнтів з АГ, у яких прийомом антигіпертензивних медикаментів трьох різних класів (включно з діуретиком) не вдалося досягти цільового рівня АТ, треба розглянути доцільність терапії антагоністом мінералокортикоїдних рецепторів (рекомендація 10.13, А).

Корекція ліпідного профілю

Зміни в способі життя треба зосередити на зменшенні маси тіла (за показаннями); впровадженні принципів харчування, заснованих на середземноморській або DASH-дієті; зниженні насичених жирів і трансжирів; підвищенні споживання ω_3 -жирних кислот, харчових волокон і рослинних станолів/стеролів; збільшенні фізичної активності. Ці зміни треба рекомендувати особам із ЦД, щоб поліпшити їхній ліпідний профіль і зменшити в них ризик розвитку АУССС (рекомендація 10.14, А).

Інтенсифікуйте терапевтичні заходи зі змін у способі життя й оптимізуйте контроль за глікемією в пацієнтів із підвищеним рівнем тригліцеридів – ТГ (≥ 150 мг/дл, або $\geq 1,7$ ммоль/л) та/чи зменшеним рівнем холестерину (ХС) ліпопротеїнів високої щільності (< 40 мг/дл, або $< 1,0$ ммоль/л, у чоловіків; < 50 мг/дл, або $< 1,3$ ммоль/л, у жінок) (рекомендація 10.15, С).

В осіб віком до 40 років, які не приймають статинів або інших гіполіпідемічних засобів, ліпідний профіль доцільно визначати при встановленні початкового діагнозу ЦД, першому медичному обстеженні та щодня 5 років або частіше (за показаннями) по тому (рекомендація 10.16, Е).

Досліджуйте ліпідний профіль, починаючи терапію статинами чи іншими гіполіпідемічними засобами, через 4-12 тижнів, у разі зміни дози, а також рік по тому. Це допомагає монітувати ефективність терапії та відстежувати прийом медикаментів (рекомендація 10.17, Е).

В осіб із ЦД віком 40-75 років без АУССС на додаток до заходів зі змін у способі життя використовуйте помірно інтенсивну терапію статинами (рекомендація 10.18, А).

В осіб із ЦД віком 20-39 років, які мають додаткові чинники ризику АУССС, може бути доцільним на додаток до змін у способі життя розпочати терапію статинами (рекомендація 10.19, С).

Особам із ЦД віком 40-75 років, які мають вищий кардіоваскулярний ризик, у т. ч. особам з ≥ 1 чинником ризику АУССС, рекомендовано призначати високоінтенсивну терапію статинами, щоби зменшити ХС ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ) на $\geq 50\%$ від вихідного рівня та досягти цільового рівня ХС ЛПНЩ < 70 мг/дл (рекомендація 10.20, В).

Особам із ЦД віком 40-75 років, які мають вищий кардіоваскулярний ризик, зокрема особам із множинними чинниками ризику АУССС і ХС ЛПНЩ ≥ 70 мг/дл, може бути доцільним додати езетиміб або інгібітор PCSK9 до статинів, призначені в максимально переносимих дозах (рекомендація 10.21, С).

В осіб із ЦД віком > 75 років, які вже приймають статини, доцільно цю терапію продовжувати (рекомендація 10.22, В).

В осіб із ЦД віком > 75 років може бути доцільним розпочати помірноінтенсивну терапію статинами після обговорення з пацієнтом її можливих ризиків і позитивних ефектів (рекомендація 10.23, С).

Особам будь-якого віку з ЦД й АУССС на додаток до змін у способі життя треба призначати високоінтенсивну терапію статинами (рекомендація 10.25, А).

Особам із ЦД й АУССС рекомендовано призначати високоінтенсивну терапію статинами, щоби досягти цільового зменшення ХС ЛПНЩ на $\geq 50\%$ від вихідного рівня та цільового рівня ХС ЛПНЩ < 55 мг/дл. Якщо за допомогою терапії максимально переносимими дозами статинів наведених цілей досягти не вдалося, рекомендується додати езетиміб або інгібітор PCSK9, які в цій популяції хворих мають доведену ефективність (рекомендація 10.26, В).

В осіб, які не переносять терапію статинами потрібної інтенсивності, треба використовувати їхні максимально переносимі дози (*рекомендація 10.27, E*).

В осіб із рівнем ТГ натщесерце ≥ 500 мг/дл виключіть вторинні причини гіпертригліцеридемії й обговоріть медикаментозну терапію, щоби зменшити ризик розвитку панкреатиту (*рекомендація 10.28, C*).

У дорослих осіб із помірною гіпертригліцеридемією (рівень ТГ натщесерце або не натщесерце 175-499 мг/дл) медичні працівники мають ідентифікувати та корегувати чинники способу життя (ожиріння й метаболічний синдром), вторинні чинники (ЦД, хронічна хвороба печінки, ХХН і/або нефротичний синдром, гіпотироїдизм), а також прийом медикаментів, здатних підвищувати ТГ (*рекомендація 10.29, C*).

Якщо особи з АУССС чи іншими кардіоваскулярними чинниками ризику приймають статини та мають цільовий рівень ХС ЛПНЩ, але збільшену концентрацію ТГ (135-499 мг/дл), треба розглянути доцільність додаткового призначення ікозапенту етилу, щоби зменшити серцево-судинний ризик (*рекомендація 10.30, A*).

Довести, що комбінована терапія статинами та фібратами зменшує АУССС, не вдалося, а отже, проведення такої терапії не рекомендується (*рекомендація 10.31, A*).

Довести, що порівняно з монотерапією статинами їхня комбінація з ніацином забезпечує додаткові корисні кардіоваскулярні ефекти, не вдалося. З іншого боку, ця комбінація може збільшувати ризик інсульту з іншими побічними ефектами. Отже, така комбінована терапія не рекомендується (*рекомендація 10.32, A*).

Побоювання, що гіполіпідемічні засоби можуть негативно вплинути на когнітивну функцію, не мають наукового обґрунтування й не повинні перешкоджати призначенню цих медикаментів.

Антиагрегантні засоби

Призначайте ацетилсаліцилову кислоту – АСК (75-162 мг/добу) як засіб вторинної профілактики в пацієнтів із ЦД й АУССС в анамнезі (*рекомендація 10.33, A*).

В осіб з АУССС і підтвердженою алергією до АСК треба призначати клопідогрель (75 мг/добу) (*рекомендація 10.34, B*).

Подвійна антиагрегантна терапія (малі дози АСК й інгібітор P2Y₁₂) є доцільною впродовж року після розвитку гострого коронарного синдрому та може мати позитивні ефекти й після цього періоду (*рекомендація 10.35, A*).

В осіб із попереднім втручанням на коронарних артеріях, високим ішемічним ризиком і низьким

ризиком кровотечі треба розглянути доцільність довготривалої подвійної антиагрегантної терапії, щоби запобігти великим несприятливим кардіоваскулярним подіям (*рекомендація 10.36, A*).

В осіб із хронічною ІХС і/або ХПА та низьким ризиком кровотечі треба розглянути доцільність комбінованої терапії АСК з малими дозами ривароксабану, щоби запобігти великим несприятливим кардіоваскулярним подіям і подіям для кінцівок (*рекомендація 10.37, A*).

За ЦД можна розглянути доцільність призначення АСК (75-162 мг/добу) як засобу первинної профілактики в осіб, що мають підвищений кардіоваскулярний ризик. Цьому має передувати докладна розмова з пацієнтом, у якій слід порівняти позитивні ефекти такого призначення й відносно збільшений ризик кровотечі (*рекомендація 10.38, A*).

Ураження серцево-судинної системи

У безсимптомних осіб рутинний скринінг ІХС проводити не рекомендується, оскільки за умов корекції чинників ризику АУССС такий підхід прогнозу не поліпшує (*рекомендація 10.39, A*).

Розгляньте доцільність діагностичного пошуку ІХС за наявності будь-якої ознаки з таких: атипові серцеві скарги (наприклад, незрозуміла задишка чи дискомфорт за грудниною); симптоми, що вказують на ураження судин (зокрема, шум на сонних артеріях, транзиторні ішемічні атаки, інсульт, переміжна кульгавість або ХПА); патологічні зміни електрокардіограми (наприклад, зубця Q) (*рекомендація 10.40, E*).

Особам із ЦД 2 типу, в яких встановлено АУССС або хворобу нирок, рекомендується призначати інгібітор натрійзалежного котранспортера глюкози 2 типу (іНЗКТГ-2) або агоніст рецепторів глюкагоноподібного пептиду-1 (ГПП-1) із доведеними позитивними серцево-судинними ефектами. Ці засоби є частиною комплексного зниження кардіоваскулярного ризику та/чи глюкозознижувальної терапії (*рекомендація 10.41, A*).

В осіб із ЦД 2 типу та встановленим АУССС, множинними чинниками ризику АУССС або діабетичною хворобою нирок рекомендується призначати іНЗКТГ-2 з доведеними позитивними серцево-судинними ефектами, щоби зменшити ризик великих несприятливих кардіоваскулярних подій та/чи госпіталізацій із приводу СН (*рекомендація 10.41a, A*).

В осіб із ЦД 2 типу та встановленим АУССС або множинними чинниками ризику АУССС рекомендується призначати агоніст ГПП-1 із доведеними позитивними серцево-судинними ефектами, щоби зменшувати ризик розвитку великих

несприятливих кардіоваскулярних подій (*рекомендація 10.41b, А*).

В осіб із ЦД 2 типу та встановленим АУССС або множинними чинниками ризику АУССС, щоб додатково зменшити ризик несприятливих кардіоваскулярних або ниркових подій, можна розглянути доцільність призначення комбінованої терапії ІНЗКТГ-2 й агоністом ГПП-1, кожний з яких має доведений позитивний серцево-судинний ефект (*рекомендація 10.41c, А*).

В осіб із ЦД 2 типу та встановленою СН як зі збереженою (СНзбФВ), так і зі зниженою фракцією викиду лівого шлуночка (СНзнФВ), щоби зменшити ризик погіршення перебігу СН або розвитку серцево-судинної смерті, рекомендується призначати ІНЗКТГ-2 з доведеним позитивним впливом у цій популяції пацієнтів (*рекомендація 10.42a, А*).

В осіб із ЦД 2 типу та встановленою СН (як СНзбФВ, так і СНзнФВ), щоби зменшити суб'єктивні ознаки, обмеження фізичної активності й поліпшити якість життя, рекомендується призначати ІНЗКТГ-2 з доведеним позитивним впливом у цій популяції пацієнтів (*рекомендація 10.42b, А*).

В осіб із ЦД 2 типу та ХХН з альбумінурією, які приймають максимально переносимі дози ІАПФ і БРА, рекомендується додатково призначати фінеренон, щоб поліпшити серцево-судинні наслідки та зменшити ризик прогресування ХХН (*рекомендація 10.43, А*).

В осіб із відомим АУССС, особливо ІХС, щоби зменшити ризик розвитку серцево-судинних подій, рекомендується призначати ІАПФ і БРА (*рекомендація 10.44, А*).

В осіб з інфарктом міокарда в анамнезі треба продовжувати прийом β-блокаторів упродовж 3 років після події (*рекомендація 10.45, В*).

Лікування осіб із СНзнФВ має включати β-блокатори з доведеним позитивним впливом на серцево-судинний прогноз, якщо з якихось інших причин ці препарати не протипоказані (*рекомендація 10.46, А*).

В осіб із ЦД 2 типу та СН стабільного перебігу для зниження рівня глюкози прийом метформіну можна продовжувати, якщо рШКФ залишається >30 мл/хв/1,73 м², але цього засобу треба уникати в нестабільних або госпіталізованих пацієнтів із СН (*рекомендація 10.47, В*).



**Американська
Діабетологічна
Асоціація**