

На данный момент, кластеры создавались по набору переменных и не включали ключевые сосудистые параметры, такие как маркеры воспаления и липидный профиль. Важно отметить, что в контексте сердечно-сосудистой патологии пять кластеров не смогли продемонстрировать различия в исходах заболеваний коронарных артерий и цереброваскулярных заболеваний, что ставит под сомнение их практическое использование в прогнозировании сосудистых заболеваний. Дополнительные исследования показали, что фенотипические показатели превосходят кластеры для прогнозирования конкретных исходов и, поэтому в настоящее время оценка риска на индивидуальном уровне имеет наибольшую клиническую ценность.

Оценка сердечно-сосудистого риска у больных сахарным диабетом 2 типа

Важным пунктом рекомендаций является новая система оценки сердечно-сосудистого риска. У пациентов с СД без симптомных АССЗ или ТПОМ рекомендуется оценить риск развития ССЗ в течение ближайших 10 лет по новой шкале, специфичной для СД, — SCORE2-Diabetes [8]. При наличии АССЗ или ТПОМ риск расценивается как очень высокий. ТПОМ можно определить при наличии, как минимум, одного из перечисленного:

- расчетная скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) <45 мл/мин/1,73 м², независимо от альбуминурии;
- рСКФ 45–59 мл/мин/1,73 м² и микроальбуминурия (соотношение альбумина к креатину 30–300 мг/г; стадия A2);
- протеинурия (соотношение альбумина к креатину >300 мг/г; стадия A3);
- наличие микрососудистых заболеваний, как минимум, трех разных локализаций (например, микроальбуминурия (стадия A2) плюс ретинопатия, плюс нейропатия) [24, 25].

Категории сердечно-сосудистого риска при СД 2 типа представлены на рисунке 2.

10-летняя модель риска SCORE2-Diabetes оценивает вероятность фатальных и не смертельных сердечно-сосудистых событий (ИМ, инсульт) и предназначена для лиц с СД 2 типа в возрасте 40–69 лет без АССЗ или ТПОМ. SCORE2-Diabetes объединяет информацию об обычных факторах риска ССЗ (возраст, статус курения, систолическое артериальное давление (САД), уровень липопротеинов высокой плотности) со специфичными для

Скрининг на диабет

Лица из группы высокого риска (с избыточной массой тела, ожирением, маркерами резистентности к инсулину) должны регулярно проходить обследование, особенно после 45 лет. ADA предложила простую 7-балльную систему оценки риска на основе возраста, пола, веса, физической активности, истории ГСД, наличия артериальной гипертензии (АГ) и семейного анамнеза диабета. Рекомендуется, чтобы лица с баллом ≥ 5 проходили обследование на диабет.

У пациентов с ССЗ (острым коронарным синдромом — ОКС, СН, ФП) наблюдается высокая распространенность диабета. Это может привести к худшим клиническим исходам. Особенно при данных острых событиях пациенты должны быть проверены на наличие диабета.

СД 2 типа данными (возраст на момент постановки диагноза диабета, уровень HbA1c и рСКФ). Модель привычно калибруется по четырем кластерам стран (низкий, средний, высокий и очень высокий риск ССЗ). Новая система стратификации сердечно-сосудистого риска у пациентов с СД 2 типа представлена на рисунке 3.

Уточняется, что предложенные пороговые значения риска не являются окончательными, а скорее предназначены для того, чтобы побудить пациентов к совместному принятию решений об интенсивности лечения (например, назначения иНГЛТ-2 или агПП-1), а также о дополнительных вмешательствах.

Раздел, посвященный снижению сердечно-сосудистого риска, классически начинается с мероприятий, посвященных модификации образа жизни, которые рассматриваются как ведущая мера в лечении СД 2 типа [26]. В данном разделе значимых изменений по сравнению с предыдущими рекомендациями нами не обнаружено. У пациентов с ожирением и СД 2 типа с ССЗ или без них снижение веса в сочетании с увеличением ежедневной физической нагрузки посредством структурированных тренировок является ключевым компонентом для улучшения метаболического менеджмента и клинических исходов. Уже потеря 5% веса у пациентов с его избытком сопряжена с улучшением гликемического контроля, липидного профиля и артериального давления (АД).

Как основной вариант питания рекомендуется средиземноморская диета с добавлением оливкового масла и/или орехов, а также использо-

Очень высокий сердечно-сосудистый риск	Пациенты с СД 2 типа с: <ul style="list-style-type: none"> • Клинически установленное АССЗ или • Тяжелое поражение органов-мишеней или • 10-летний риск развития ССЗ $\geq 20\%$ по шкале SCORE2-Diabetes
Высокий сердечно-сосудистый риск	Пациенты с СД 2 типа, не соответствующие критериям очень высокого риска, и: <ul style="list-style-type: none"> • 10-летний риск развития ССЗ от 10 до $< 20\%$ по шкале SCORE2-Diabetes
Умеренный сердечно-сосудистый риск	Пациенты с СД 2 типа, не соответствующие критериям очень высокого риска, и: <ul style="list-style-type: none"> • 10-летний риск развития ССЗ от 5 до $< 10\%$ по шкале SCORE2-Diabetes
Низкий сердечно-сосудистый риск	Пациенты с СД 2 типа, не соответствующие критериям очень высокого риска, и: <ul style="list-style-type: none"> • 10-летний риск развития ССЗ $< 5\%$ по шкале SCORE2-Diabetes

Рис. 2. Категории сердечно-сосудистого риска при СД 2 типа

вание соли с пониженным содержанием натрия. Употребление алкоголя должно быть умеренным, так как любое его количество повышает АД и вес. Среди лекарственных средств рассматриваются как орлистат, представленный в Российской Федерации, так и налтрексон/бупропион и фентермин/топирамат, отсутствующие на отечественном лекарственном рынке [27]. Препараты, снижающие уровень глюкозы и вес (прежде всего агПП-1

и, в меньшей степени, инГЛТ-2) следует предпочитать при лечении пациентов с избыточным весом или ожирением, поскольку на сегодняшний день показано, что лекарства от ожирения уменьшают частоту сердечно-сосудистых событий. Бариатрическое вмешательство следует рассматривать у пациентов с СД 2 типа и ИМТ ≥ 35 кг/м² (ожирение \geq II стадии по классификации ВОЗ) для достижения долгосрочной потери веса, снижения

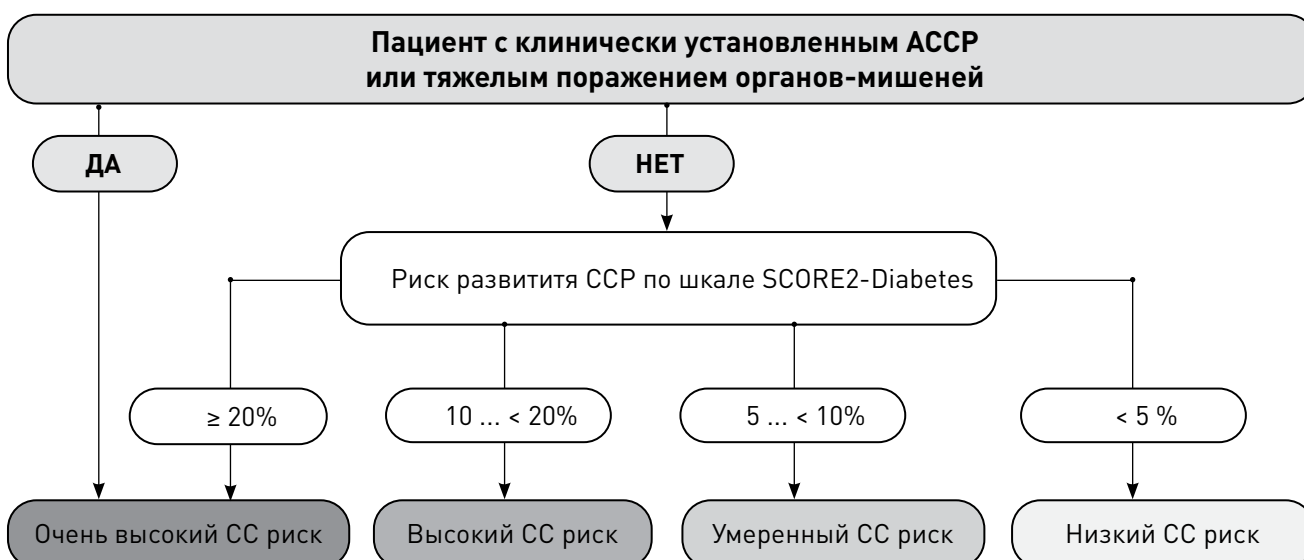


Рис. 3. Стратификация сердечно-сосудистого риска у пациентов с СД 2 типа

уровня глюкозы крови и модификации факторов риска ССЗ. Тем не менее, потенциальные нежелательные явления данного вмешательства также должны быть оценены [28].

Физические упражнения следует рекомендовать всем пациентам с ССЗ и СД 2 типа, следуя парадигме «каждый шаг имеет значение». Даже дополнительные 1000 шагов ходьбы в день полезны и могут быть отправной точкой для многих пациентов. Оптимальной является еженедельная активность по 150 минут умеренной интенсивности или 75 минут высокой интенсивности (упражнения на выносливость). Рекомендуется выполнять упражнения с сопротивлением в дополнение к упражнениям на выносливость не реже двух раз в неделю и адаптировать физическую нагрузку к сопутствующим заболеваниям, связанным с СД 2 типа («хрупкость», нейропатия или ретинопатия). Пациентам с СД 2 типа и установленными ССЗ, такими как ИБС, СН во всем диапазоне фракции выброса или ФП также рекомендуется использовать структурированные физические упражнения для улучшения

метаболического контроля, качества жизни, а также для снижения риска развития сердечно-сосудистых событий. Следует рассмотреть возможность проведения максимально переносимого стресс-теста с физической нагрузкой у пациентов с СД 2 типа и установленными ССЗ, прежде чем приступить к структурированной программе упражнений. Приветствуется использование носимых трекеров активности, например смартфонов [29].

Для курильщиков прекращение курения является важнейшей целью изменения образа жизни, независимо от наличия или отсутствия ССЗ. Если совет, поддержка и мотивация недостаточны, то следует как можно раньше рассмотреть вопрос о медикаментозном лечении, включая никотинзаместительную терапию (жевательная резинка, трансдермальный никотиновый пластырь, назальный спрей, ингалятор, сублингвальные таблетки) с последующим назначением бупропиона. У пациентов с АССЗ варениклин, бупропион и индивидуальное или телефонное консультирование повышают показатели успеха [30].

Снижение сердечно-сосудистого риска у пациентов с диабетом: цели и методы лечения

Образ жизни и диабет

Изменение образа жизни рекомендуется в качестве основной меры профилактики и лечения СД 2 типа [31].

Консультации по изменению образа жизни должны носить многофакторный индивидуализированный характер, учитывающий особенности здоровья пациента и его медицинскую грамотность.

Интенсивное изменение образа жизни с помощью физических тренировок, консультирования по вопросам питания и его модификации у пациентов с СД 2 типа и ожирением, как это было установлено в исследовании Action for Health in Diabetes (Look AHEAD), сопровождалось снижением веса в среднем на 8,6% и было связано со значительным улучшением контроля гликемии и АД [32]. Через 8–10 лет наблюдения в группе интенсивного изменения образа жизни был значимо снижен риск развития ХБП на 31% [33]. Несмотря на то, что через 16,7 лет после начала исследования (9,6 лет вмешательства) в общей группе участников этой программы значимых изменений риска ССЗ и смертности не определялось, у пациентов, потерявших $\geq 10\%$ веса за 1-й год вмешательства, риск смертности снизился на 21% [34].

Рекомендации по модификации образа жизни пациентов с СД 2 типа и избыточным весом или ожирением с их участием в программах, направленных на снижение веса тела, основываются не столько на ожиданиях снижения риска смертности, сколько на дополнительном повышении качества жизни и продолжительности здоровых лет жизни.

Уменьшение веса

У пациентов с ожирением и СД 2 типа снижение веса является одним из краеугольных камней лечения. Потеря $>5\%$ веса улучшает гликемический контроль, уровень липидов и АД у взрослых с избыточным весом и ожирением с СД 2 типа.

Снижение веса достигается с помощью немедикаментозных воздействий, направленных на улучшение энергетического баланса и/или ряда фармакологических препаратов (табл. 2).

Учитывая дополнительные положительные эффекты агПП-1 типа и иНГЛТ-2 на исходы ССЗ при СД 2 типа, эти препараты должны быть предпочтительными сахароснижающими препаратами у пациентов с СД 2 типа и сердечно-сосудистой патологией, имеющих избыточную массу тела или ожирение. До недавнего времени отсутствовали