

16 % ($p=0,004$), в том числе у больных СД, но увеличивало частоту большого кровотечения по шкале TIMI в 2,32 раза, а также одышки, приводившей к прекращению приема препарата.

Следует рассматривать возможность продления ДАТ свыше 12 месяцев (до 3 лет) у пациентов с СД, которые переносят ДАТ без больших кровотечений.

Нет доказательств, подтверждающих сокращение продолжительности или деэскалацию ДАТ после ОКС у пациентов с СД, а также пользу рутинного тестирования функции тромбоцитов при проведении антитромбоцитарной терапии после ЧКВ. В рандомизированном исследовании TROPICAL-ACS при переходе от прасургела к клопидогрелу после 2 недель ДАТ на основании результатов тестирования функции тромбоцитов в подгруппе пациентов с СД отмечалось увеличение риска больших сердечно-сосудистых осложнений. Более того, смертность от ССЗ в группе деэскалации оказалась значительно (в 2,42 раза; $p=0,04$) выше у больных СД по сравнению с пациентами без СД [122].

Поэтому пациентам с СД не рекомендуются укорочение менее 12 месяцев или деэскалация ДАТ в течение года после ОКС. Имеющиеся данные не поддерживают тестирование функции тромбоцитов для корректировки ДАТ.

Пациенты с атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями и/или реваскуляризацией, нуждающиеся в длительном приеме пероральных антикоагулянтов

У пациентов, нуждающихся в длительной терапии пероральными антикоагулянтами, например, из-за ФП, перенесших ЧКВ по поводу ОКС или стабильной ИБС, ДАТ комбинируют с пероральными антикоагулянтами — тройная антитромботическая терапия (ТАТ), которая повышает риск больших кровотечений. Проведенные рандомизированные исследования не имели достаточных статистической мощности и продолжительности, количества участников с СД для получения обоснованных заключений об эффективности ДАТ и безопасности (риск большого кровотечения) ТАТ у пациентов с СД. Результаты

метаанализа показали значительно более высокую частоту ИМ и тромбоза стента при использовании ДАТ по сравнению с ТАТ, что требует осторожной и систематической оценки риска тромбоза и кровотечения у отдельного пациента с СД при выборе продолжительности ТАТ [123].

У отдельных пациентов с ОКС или стабильной ИБС и СД, перенесших имплантацию коронарного стента и имеющих показания к антикоагулянтной терапии, можно рассмотреть возможность продления ТАТ низкой дозой АСК, клопидогрелом и прямым пероральным антикоагулянтом максимум до 3 месяцев, если риск тромбоза превышает риск кровотечения.

Профилактика желудочно-кишечных кровотечений

Проведенные исследования установили одинаковую частоту желудочно-кишечных кровотечений при монотерапии низкими дозами АСК или ингибиторами $P2Y_{12}$ -рецепторов (клопидогрелом или тикагрелором). По-видимому, желудочно-кишечные кровотечения связаны с ранее существовавшими поражениями слизистой оболочки, а не со специфическим действием антитромбоцитарного препарата. Метаанализ показал, что гастропротекторные препараты значительно снижают риск желудочно-кишечных кровотечений у пациентов, принимавших моно- или комбинированную антитромботическую терапию [124]. Защитный эффект пантопразола наблюдался в заранее определенной подгруппе из 6732 пациентов с СД в исследовании COMPASS [125].

При комбинированном применении антитромботических препаратов для предотвращения желудочно-кишечных кровотечений рекомендуются ингибиторы протонной помпы. При использовании одного антитромбоцитарного или антикоагулянтного препарата следует рассмотреть возможность применения ингибиторов протонной помпы для предотвращения желудочно-кишечного кровотечения, учитывая риск кровотечения у конкретного пациента. Омепразол и эзомепразол не рекомендуются для защиты желудка при использовании клопидогрела, действие которого они ослабляют.

Многофакторный подход к управлению факторами риска при диабете

Многофакторный подход в борьбе с факторами риска, раннее выявление и коррекция сопутствующих заболеваний имеют важное значение в профилак-

тике осложнений у больных СД 2 типа. По данным Шведского национального регистра диабета достижение целевых уровней основных факторов (HbA1c,

ХС ЛПНП, альбуминурия, курение и САД) приводит к улучшению клинических исходов [126]. В случае, когда у пациентов с диабетом имеются осложнения (исследование Steno-2, 7,8 лет наблюдения) интенсивная многофакторная терапия способствовала уменьшению риска микро- и макрососудистых событий на 50 % [127]. Результаты многоцентрового исследования EUROASPIRE V продемонстрировали, что у 29,7 % пациентов с ССЗ диагностирован СД, в то время 41,1 % пациентов имели различные нарушения углеводного обмена [128]. Среди больных диабетом рекомендации по достижению целевых уровней основных показателей выполняются частично. Приверженность изменению образа жизни со временем ослабевает. Анализ проводимой лекарственной терапии свидетельствует, что основные группы препаратов (антитромбоцитарная терапия, БАБ, ингибиторы РААС, статины) назначались до 60 % случаев. Концепция полипилла, содержащего аспирин, рамиприл и аторвастатин, может улучшить прогноз клинических событий при вторичной сердечно-сосудистой профилактике [129]. Исследования также показали преимущества поэтапного подхода по сравнению с интенсивной терапией факторов риска. В результате достижения целей лечения отмечаются аналогичные исходы, но побочные эффекты при поэтапном подходе регистрируются реже, а удовле-

творенность пациентов оказывается значительно выше [130, 131].

Для достижения высокой приверженности и оптимизации достижения целевых уровней значимых показателей диалог с пациентом имеет решающее значение и должен включать персонализированный подход для улучшения выполнения принципов изменения образа жизни и соблюдения режима лекарственной терапии. Приверженность к лечению зависит от множества факторов, включая индивидуальные, когнитивные и эмоциональные состояния, образовательный статус, социально-экономические факторы, которые должен учитывать врач.

Комплексный подход (регулярные физические упражнения, психологическая поддержка и диета) более эффективен по сравнению с обучением правильному питанию. Приложения для мобильных телефонов могут улучшить как приверженность к лечению, так и изменить поведение. Но для доказательства результативности этой концепции требуются дополнительные исследования, особенно у пациентов с ССЗ и СД 2 типа. Также необходимо подчеркнуть, что индивидуальное обучение более эффективно, чем дистанционное обучение с помощью интернета и мобильных устройств [132].

Лечение ишемической болезни сердца при сахарном диабете

У пациентов с СД 2 типа повышен риск неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. Клинически ИБС зачастую протекает бессимптомно даже при очень тяжелом поражении коронарных артерий. В исследовании BARI 2D [133] у пациентов с ангиографически подтвержденной ИБС и средней продолжительностью диабета 10,4 года типичная стенокардия, ее эквиваленты или их комбинация наблюдались у 19 %, 21 % и 42 % пациентов соответственно, а в 18 % случаев заподозрить этот диагноз при опросе было крайне трудно даже опытному клиницисту. Еще более высокая частота стенозирующего атеросклероза была выявлена при аутопсии бессимптомных умерших с СД.

Скрининг и диагностика бессимптомных пациентов

Целесообразность проведения скрининга бессимптомной ИБС при СД остается спорной. Различные РКИ, оценивающие влияние рутинного скрининга у бессимптомных пациентов с СД, не выявили различий в исходах ССЗ у тех, кто проходил и не прохо-

дил рутинный скрининг на выявление заболеваний, ассоциированных с атеросклерозом [134]. При этом данные метаанализов РКИ, с участием бессимптомных пациентов с СД, показали, что неинвазивная оценка атеросклероза достоверно снизила частоту всех сердечных событий на 27 % (ОР: 0,73; 95 % ДИ 0,55–0,97; $p=0,028$), в том числе наблюдалось незначительное снижение частоты ИМ без летального исхода (ОР: 0,65; $p=0,062$) и госпитализаций по поводу хронической сердечной недостаточности (ХСН) (ОР: 0,61; $p=0,1$). Тем не менее, рутинный скрининг ИБС у таких пациентов не рекомендуется, так как не влияет на тактику дальнейшего ведения пациента.

Медикаментозная терапия ишемической болезни сердца при сахарном диабете

Ведение пациентов с СД и ИБС должно начинаться с устранения модифицируемых факторов риска, таких как ожирение, АГ, дислипидемия, малоподвижный образ жизни, курение табака. Целью фармако-терапии должно быть назначение лекарственных