

вращающего фермента (ИАПФ) и блокаторы рецепторов ангиотензина помогают улучшить симптоматику и приводят к снижению смертности при сердечной недостаточности. В дополнение к ИАПФ (или, если не переносится, БРА) бета-блокатор следует давать всем пациентам с фракцией выброса (ФВ) ЛЖ $\leq 40\%$, чтобы уменьшить смертность и уровень госпитализации. Низкие дозы антагонистов минералокортикоидных рецепторов показаны пациентам с устойчивыми симптомами класса II–IV по NYHA и ФВ ЛЖ $\leq 35\%$, несмотря на лечение ИАПФ (или, если не переносится, БРА) и бета-блокаторами. Диуретики могут быть использованы для облегчения одышки и отеков у пациентов с задержкой жидкости, с предпочтением петлевых диуретиков, а не тиазидов, которые могут способствовать гипергликемии. Добавление ивабрадина к ИАПФ, бета-блокатору и MRA может рассматриваться у пациентов с синусовым ритмом с СД 2-го типа с сердечной недостаточностью и ФВ ЛЖ $< 40\%$, у которых упорно сохраняются симптомы (класс II–IV по NYHA) и ЧСС > 70 . Рекомендации по нефармакологической терапии сердечной недостаточности такие же, как для небольших сахарным диабетом. Использование метформина было связано с более низкой смертностью, низкой госпитализацией и меньшим количеством побочных эффектов. Тиазолидиндионы не следует применять у пациентов с сердечной недостаточностью и СД 2-го типа, так как задержка воды может ухудшить или провоцировать сердечную недостаточность [17].

Внезапная сердечная смерть

Скрининг на факторы риска внезапной сердечной смерти следует рассматривать у больных СД. У больных СД 2-го типа с застойной сердечной недостаточностью или перенесших ИМ фракция выброса ЛЖ должна измеряться с целью выявления кандидатов на профилактическую имплантацию дефибриллятора. Вторичная профилактика с помощью имплантируемого дефибриллятора показана больным с СД, реанимированным после фибрилляции желудочков или устойчивой желудочковой тахикардии.

Болезнь сонных артерий

Сахарный диабет является независимым фактором риска развития ишемического инсульта с частотой в 2,5–3,5 раза выше, чем у пациентов без СД. Пациенты, перенесшие инсульт или транзиторную ишемическую атаку в течение последних шести месяцев, считаются симптоматическими. Дуплексное УЗИ, компьютерная томография сосудов и магнитно-резонансная томография призваны оценить наличие стеноза сонной артерии. Каротидная эндартерэктомия, вероятно, имеет явное преимущество перед консервативным лечением у пациентов с симптоматической болезнью сонной артерии, однако роль реваскуляризации у бессимптомных пациентов остается окончательно не выясненной.

Выводы

Многофакторная оценка рисков и управление образом жизни в профилактике и лечении СД и ССЗ должны быть одной из основных целей в повседневной клинической практике. Пациент-ориентированный подход рекомендуется для успешной борьбы против болезни и принятия решений с учетом приоритетов и целей пациента. Комплексный подход к ведению больных СД требует междисциплинарного сотрудничества разных специалистов в области кардиологии, диабетологии, врачей первичного звена и ряда других. Текущий образ жизни и жизнь в эпоху ограниченных ресурсов здравоохранения диктуют необходимость проведения сердечно-сосудистой профилактики и скрининга на сахарный диабет в качестве основных приоритетов национально-ориентированной стратегии здравоохранения.

Частота назначения эритропоезтимулирующих агентов при анемии у пациентов из конечной стадией заболевания почек

Hahn D., Cody J.D., Hodson E.M. Frequency of administration of erythropoiesis-stimulating agents for the anaemia of end-stage kidney disease in dialysis patients // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2014 May 28. — 5. — CD003895. doi: 10.1002/14651858.CD003895.pub3. (Review) PMID: 24872328, <http://plus.mcmaster.ca/EvidenceUpdates/NewArticles.aspx?Page=1&ArticleID=58919#Data>

Передумови. Переваги еритропоезтимулюючих агентів (ЕСА) для діалітичних пацієнтів були неодноразово продемонстровані. Проте залишається неясним, чи ефективні і безпечні нові ЕСА тривалої дії еквівалентні рекомбінантному еритропоєтину людини (рЛЕПО). Це оновлений варіант огляду, вперше опублікованого в 2002 році, що останній раз оновлювався в 2005 році.

Цілі. Встановлення оптимальної частоти введення ЕСА з точки зору ефективності (корекції анемії й відсутності несприятливих подій) та ефективності (оптимальне використання ресурсу) різних схем і доз ЕСА.

Методи. Аналіз спеціалізованого реєстру Cochrane Renal Group's станом на 21 березня 2013.

Критерії вибору. Рандомізовані контрольовані випробування, що порівнюють різні частоти призначення ЕСА в діалітичних хворих. Збір та аналіз даних: два учасники незалежно оцінювали дані. Результати виражали як відношення ризиків (ВР) або відмінностей ризиків (РР) з 95% довірчими інтервалами (ДІ) для дихотомічних фіналів.

Основні результати. Цей огляд включав 33 дослідження (5526 учасників), 22 із яких були додані для цього оновлення. Аналізували активатори рецепторів еритропоєтину тривалої дії (СЕРА) порівняно з іншими ЕСА (дарбепоєтин або рЛЕПО); різні

частоти призначення дарбепоетину; дарбепоетину проти рлЕПО; різні частоти призначення рлЕПО. Не було встановлено жодних істотних відмінностей у збереженні остаточного гемоглобіну між CERA із двотижневим інтервалом (4 дослідження, 1762 учасники: MD 0,08 г/дл, 95% ДІ -0,04–0,21) або чотирижневими інтервалами (два дослідження, 1245 учасників: MD -0,03 г/дл, 95% ДІ -0,17–0,12) порівняно з рлЕПО, що вводили 2–3 рази на тиждень. В одному дослідженні при порівнянні CERA, який вводили кожні два тижні, з дарбепоетином один раз на тиждень не було істотного розходження в кінцевому рівні гемоглобіну (313 учасників: MD 0,30 г/дл, 95% ДІ 0,05–0,55). У порівнянні введення раз на тиждень із введенням раз на два тижні дарбепоетину (два дослідження, 356 учасників: MD 0,04 г/дл, 95% ДІ -0,45–0,52) і один раз на два тижні із щомісячним дарбепоетином (одне дослідження, 64 учасники: MD 0,40 г/дл, 95% ДІ -0,37–1,17) не було істотних відмінностей у кінцевих рівнях гемоглобіну. У восьми дослідженнях дарбепоетин раз на тиждень порівняно з рлЕПО два-три рази на тиждень; статистичної різниці в остаточному гемоглобіні не було продемонстровано (6 досліджень, 1638 учасників: MD 0,02 г/дл, 95% ДІ -0,09–0,12). Чотирнадцять досліджень порівнювали різні частоти рлЕПО. Не було виявлено статистичної різниці за кінцевим гемоглобіном (7 досліджень, 393 учасники: MD -0,17 г/дл, 95% ДІ -0,39–0,05). Небажані явища істотно не відрізнялися при порівнянні.

Висновки. ЕСА тривалої дії (дарбепоетин і CERA), які вводять один раз на 1–4 тижні, не гірші, ніж рлЕПО із введенням один-три рази на тиждень, з точки зору досягнення цільового гемоглобіну без будь-яких істотних відмінностей у несприятливих подіях у хворих, які перебувають на гемодіалізі. Додаткові дослідження потрібні для оцінки ефективності різних ЕСА у пацієнтів на перитонеальному діалізі та в дитячому віці.

Антимікробна профілактика у дітей із міхурово-сечовідним рефлюксом

RIVUR Trial Investigators. Antimicrobial Prophylaxis for Children with Vesicoureteral Reflux // N. Engl. J. Med. — 2014 May 4. (Original). PMID: 24795142, <http://plus.mcmaster.ca/EvidenceUpdates/NewArticles.aspx?Page=1&ArticleID=58666#Data>

Обґрунтування. Діти з фебрильною інфекцією сечовивідних шляхів зазвичай мають міхурово-сечовідний рефлюкс (МСР). Результати досліджень із використанням антимікробних препаратів для профілактики й запобігання рецидивам у дітей із рефлюксом залишаються спірними.

Методи. У цьому 2-річному багатоцентровому рандомізованому плацебо-контрольованому дослідженні за участю 607 дітей із МСР, який було діагностовано після першого або другого епізоду симптоматичної інфекції сечовивідних шляхів, ми оцінювали ефективність триметоприму-сульфаме-

токсазолу для профілактики рецидивів (первинний результат). Вторинними результатами були формування ниркових рубців, неефективність лікування (сумарна кінцева точка — рецидиви і рубці) і стійкість до протимікробних препаратів.

Результати. Повторні епізоди інфекції сечовивідних шляхів спостерігали у 39 із 302 дітей, які отримували профілактику, порівняно з 72 із 305 дітей, які отримували плацебо (відносний ризик 0,55, 95% довірчий інтервал (ДІ) 0,38–0,78). Профілактика знижує ризик рецидивів на 50 % (відношення ризиків 0,50, 95% ДІ 0,34–0,74) і є особливо ефективною в дітей із фебрильною температурою (відношення ризиків 0,41, 95% ДІ 0,26–0,64) та в тих, які мали дисфункцію міхура й кишечника (відношення ризиків 0,21, 95% ДІ 0,08–0,58). Виникнення ниркових рубців суттєво не відрізнялося в групах, що отримували профілактику або плацебо (11,9 і 10,2 % відповідно). Серед 87 дітей із першим рецидивом, спричиненим *E.coli*, частка культур, які були стійкі до триметоприму-сульфаметоксазолу, становила 63 % у групі профілактики та 19 % — у групі плацебо.

Висновок. Серед дітей із МСР після інфекції сечовивідних шляхів антибіотикопрофілактика була пов'язана з істотно меншим ризиком рецидиву, але не формуванням ниркових рубців.

Ефективність та безпечність дулаглутиду проти ситагліптину в лікуванні діабету 2-го типу протягом 52 тижнів: рандомізоване контрольоване дослідження

Nauck M., Weinstock R.S., Umpierrez G.E. et al. Efficacy and Safety of Dulaglutide Versus Sitagliptin After 52 Weeks in Type 2 Diabetes in a Randomized Controlled Trial (AWARD-5) // Diabetes Care. — 2014 Apr 17 (Original). PMID: 24742660, <http://plus.mcmaster.ca/EvidenceUpdates/MMA.aspx?ArticleID=58347>

Об'єкт дослідження. Мета — порівняти ефективність і безпеку двох доз один раз на тиждень дулаглутиду, глюкагон-подібного агоніста рецептора пептиду-1, із ситагліптином у лікуванні хворих на цукровий діабет 2-го типу, які не досягли цільових значень при терапії метформіном, за даними рівня глікозильованого гемоглобіну A1c (HbA1c), при лікуванні протягом 52 тижнів.

Дизайн і методи. Багатоцентрове адаптивне подвійне сліпе в паралельних групах рандомізоване дослідження (N = 1098 пацієнтів; середній вік 54 роки; HbA1c 8,1 % (65 ммоль/моль); середня маса тіла 86,4 кг; тривалість діабету 7 років), дози дулаглутиду 1,5 мг, 0,75 мг, ситагліптину 100 мг або плацебо (плацебо-контрольований період до 26 тижнів). Період лікування тривав 104 тижні, із 52-тижневою оцінкою первинної кінцевої точки.

Результати. Зміни HbA1c до 52-го тижня були такими: $-1,10 \pm 0,06$ % ($-12,0 \pm 0,7$ ммоль/моль), $-0,87 \pm 0,06$ % ($9,5 \pm 0,7$ ммоль/моль) і $-0,39 \pm 0,06$ %