



Библиотечка фонда «Кардиопрогресс»

мамедов м.н.,  
бондаренко и.з., мареев ю.в.,  
канорский с.г., халимов ю.ш.,  
агафонов п.в.

## НОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

АССОЦИАЦИИ ПО СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ  
ПО ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ:

## КОММЕНТАРИИ РОССИЙСКИХ ЭКСПЕРТОВ



Мамедов М.Н., Бондаренко И.З., Мареев Ю.В., Канорский С.Г.,  
Халимов Ю.Ш., Агафонов П.В.

**Новое положение Ассоциации  
по сердечной недостаточности  
Европейского общества кардиологов  
по хронической сердечной  
недостаточности у больных сахарным  
диабетом: комментарии российских  
экспертов**

Кардиопрогресс

Москва

2019

**Новое положение Ассоциации по сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов по хронической сердечной недостаточности у больных сахарным диабетом: комментарии российских экспертов.** — М. Фонд Кардиопрогресс, 2019. — 20 с.

ISBN 978-5-6040456-0-2

В 2018 году на Европейском журнале по сердечной недостаточности (СН) опубликовано новое положение по хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных сахарным диабетом (СД). В нем представлены данные крупных исследований об эпидемиологии ХСН у больных сахарным диабетом, клинических особенностях и осложнениях ХСН, патофизиологических аспектах дисфункции миокарда, лечении ХСН у больных СД, безопасности и возможности применения сахароснижающих препаратов у больных ХСН и СД. В настоящей статье представлены комментарии российских экспертов по основным пунктам нового положения ХСН у больных сахарным диабетом.

**Сведения об экспертах**

Мамедов Мехман Ниязиевич, д.м.н, профессор, руководитель лаборатории междисциплинарного подхода в профилактике ХНИЗ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва.

Бондаренко Ирина Зиятовна, д.м.н., главный научный сотрудник отдела кардиологии, эндоваскулярной и сосудистой хирургии ФГБУ «Национальный Медицинский Исследовательский Центр Эндокринологии» Минздрава России, Москва.

Мареев Юрий Вячеславович, к.м.н., научный сотрудник отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва.

Канорский Сергей Григорьевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии №2 факультета повышения квалификации и последипломной переподготовки специалистов ФГБОУ высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Халимов Юрий Шавкатович, д.м.н., профессор, начальник кафедры военно-полевой терапии, заместитель главного терапевта МО РФ, ФГБВОУВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», Санкт-Петербург.

Агафонов Павел Владимирович, к.м.н., преподаватель кафедры военно-полевой терапии, ФГБВОУВО «Военно-медицинская академия им.С.М.Кирова», Санкт-Петербург.

ISBN 978-5-6040456-0-2

© Фонд Кардиопрогресс, 2019

## Содержание

Список сокращений.....	4
Введение.....	5
Эпидемиология ХСН при сахарном диабете.....	6
Сахарный диабет и ХСН: клинические проявления и сердечно-сосудистые прогнозы.....	7
Патофизиологические аспекты дисфункции миокарда у пациентов с сахарным диабетом.....	9
Фенотипы ХСН у пациентов с сахарным диабетом.....	9
Диабетическая кардиомиопатия.....	10
Лечение сердечной недостаточности у пациентов с сахарным диабетом.....	10
Препараты для лечения сахарного диабета и риск развития СН.....	12
Заключение.....	14
Список литературы.....	15

## Список сокращений

ESC	— Европейское общество кардиологов
HbA1c	— гликированный гемоглобин
NT-proBNP	— N-терминальный фрагмент мозгового натрийуретического пептида
ГПП-1	— агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида 1 типа
ИБС	— ишемическая болезнь сердца
иДПП-4	— ингибитор дипиптедилпептидазы-4
иНГЛТ2	— ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа
рСКФ	— расчетная скорость клубочковой скорости
СД	— сахарный диабет
СД2Т	— сахарный диабет 2 типа
СН	— сердечная недостаточность
СН-нФВ	— сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса левого желудочка
СН –срФВ	— сердечная недостаточность с диапазоном с нормальной фракцией выброса левого желудочка
СН –сФВ	— сердечная недостаточность с нормальной фракцией выброса левого желудочка
ССЗ	— сердечно-сосудистые заболевания
ХСН	— хроническая сердечная недостаточность

## **Введение**

В 2018 году на Европейском журнале по сердечной недостаточности (СН) опубликовано новое положение по хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных сахарным диабетом (СД). Документ подготовлен группой международных экспертов (Petar M. Seferovic, Mark C. Petrie, Gerasimos S. Filippatos и соавторы, всего 35 экспертов, в том числе из России, — профессор Лопатин Ю.М.) [1].

В этом документе представлены данные крупных исследований об эпидемиологии ХСН у больных сахарным диабетом, клинических особенностях и осложнениях ХСН, патофизиологических аспектах дисфункции миокарда, лечении ХСН у больных СД, безопасности и возможности применения сахароснижающих препаратов у больных ХСН и СД.

Ниже представлены комментарии российских экспертов по основным пунктам нового положения ХСН у больных сахарным диабетом.

## **Эпидемиология ХСН при сахарном диабете**

СД и СН являются серьезными хроническими заболеваниями, которые существенно влияют на прогноз и продолжительность жизни пациентов. Наличие СД у пациентов ХСН как с нормальной, так и с низкой фракцией выброса, увеличивает смертность от ССЗ и от всех причин по сравнению с больными ХСН без сахарного диабета. И в тоже время ХСН является независимым предиктором смертельных и несмертельных осложнений у пациентов с СД 2 типа. Основными причинами сердечной недостаточности у больных СД являются ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ), но диабетическая кардиопатия также играет существенную роль в его развитии [2].

Известно, что в структуре сахарного диабета 90–95 % случаев занимает СД2Т. Его частота в последнее время заметно увеличилась. Если в 1980 году распространенность диабета составила 4,7 %, то в 2014 году она увеличилась до 8,5 % среди лиц трудоспособного возраста. В настоящий момент средняя его распространенность во всем мире составляет 11,8 % (4,7–13,3 %) [3].

Исследования по изучению эпидемиологии ХСН среди больных СД малочисленны. По разным данным ее частота составляет 12 % и с возрастом увеличивается в среднем до 19 % [4–7]. Среди больных ХСН распространенность СД выше в 2–4 раза (от 24 % и выше), в зависимости от региона, по сравнению с лицами без ХСН. В реестрах госпитализированных пациентов с ХСН в Северной Америке и Европе распространенность СД составляет 40–45 %. В шведском регистре ХСН (68 % стационарных и 32 % амбулаторных пациентов) СД был выявлен в 30 % случаев, тогда как у лиц без ХСН его частота составила 19 %.

По данным исследования Kaiser Permanente за 5-летний период наблюдения у пациентов с ХСН риск новых случаев СД оказался выше по сравнению с лицами без ХСН (13,6 случаев на 1000 человек против

9,2 случаев на 1000 человек). В целом, у больных СД наиболее часто встречаемым ССЗ является ХСН, нежели инфаркт миокарда и мозговой инсульт [8]. Согласно данным проспективного исследования UKPDS 35 у больных СД, включая недавно диагностированных пациентов, вероятность ХСН возрастала в зависимости от уровня гипергликемии (от 2,3 до 11,9/ 1000 человеко-лет для пациентов с гликированным гемоглобином (HbA1c) <6 % и HbA1c > 10 % соответственно) [9]. Результаты исследования ARIC свидетельствуют, что на этапе ранних нарушений углеводного обмена (предиабет) частота ХСН оказалась больше по сравнению с пациентами с нормогликемией [10].

Очевидно, что ХСН является одним из частых макрососудистых осложнений при сахарном диабете. С другой стороны, среди лиц с ХСН также отмечается высокая частота нарушений углеводного обмена, в том числе новые случаи СД. Возраст и уровень гликемии играют важное значение в развитии заболеваемости и осложнений.

## **Сахарный диабет и ХСН: клинические проявления и сердечно-сосудистые прогнозы**

Ключевым моментом в стратегии ведения и лечения пациентов с ХСН является выявление причины ее развития. Клиническое и прогностическое значение имеет оценка тяжести диастолической/систолической дисфункции левого желудочка [10]. Пациенты со сниженной фракцией выброса левого желудочка (СН-нФВ), как правило, имеют тяжелые заболевания, ассоциированные с атеросклерозом, и хирургическая реваскуляризация миокарда у таких больных приносит одинаковую пользу для снижения сердечно-сосудистой смертности, независимо от наличия или отсутствия СД [11].

Рабочая группа по диагностике и лечению острой и хронической СН Европейского Общества кардиологов (ESC) в 2016 году, помимо пациентов с нормальной фракцией выброса ЛЖ (СНсФВ) выделила дополнительную группу пациентов с ХСН и фракцией выброса ЛЖ 40–49 %, так называемая «СН с диапазоном средних ФВ (СН-срФВ)». Количество пациентов в обеих группах неизменно растет, в основном, за счет паци-

ентов с СД без ИБС, имеющих неишемическую этиологию поражения сердечно-сосудистой системы: кардиоваскулярную форму автономной нейропатии, специфическое поражение кардиомиоцитов вследствие глюкозотоксичности и оксидативного стресса, интерстициальный фиброз, снижение коронарного резерва за счет микроангиопатии [12]. Именно поэтому так важна концепция ранней стратегии в предупреждении развития ХСН у пациентов с СД.

Интересно, что некоторые клинические исследования продемонстрировали достоверно более высокий риск развития СД у пациентов с ХСН, что, по-видимому, связано с нарушением у них чувствительности к инсулину: чем более выражена инсулинорезистентность, тем тяжелее проявляет себя СН. В масштабном исследовании SHARM почти у 8 % включенных больных с ХСН за 3-х летний период наблюдения развился СД. При этом, чем тяжелее проявляет себя недостаточность кровообращения, тем выше вероятность заболеваемости диабетом [13]. В свою очередь, у пациентов с СД, в сравнении с пациентами без СД, более тяжело протекают клинические проявления ХСН, несмотря на сходные показатели насосной функции сердца. У них более высокая вероятность умереть от сердечно-сосудистых причин как ишемической, так и неишемической этиологии [14]. Декомпенсация углеводного обмена, оцененная по уровню HbA1c, также негативно влияет на сердечно-сосудистый прогноз у пациентов с СД и ХСН.

Обсервационные исследования демонстрируют, что значительная доля пациентов (около 30 %) и возрастом более 60 лет могут иметь бессимптомное течение ХСН (22,9 % и 4,8 %, СН-сФВ и СН-нФВ, соответственно). С другой стороны, недиагностированные случаи СД и преддиабета одинаково часто встречаются в популяции с ХСН [10, 15].

В исследовании PARADIGM-HF в 13 % случаев у пациентов с ХСН не был диагностирован СД, в 25 % случаев — преддиабет [16]. В исследовании SHARM СД не распознан с одинаковой частотой как у пациентов с сохраненной, так и сниженной фракцией выброса ЛЖ [17].

Не вызывает сомнения, что СД в сочетании с ХСН — тяжелое коморбидное состояние, и каждое из его составляющих сопряжено с крайне высоким сердечно-сосудистым риском. Эти пациенты требуют ранней диагностики как нарушения углеводного обмена, так и доклинических проявлений ХСН.

## **Патофизиологические аспекты дисфункции миокарда у пациентов с сахарным диабетом**

У пациентов с СД2Т наличие сопутствующих ИБС и АГ может приводить к развитию ХСН. Также выдвигается предположение, что патологические процессы при сахарном диабете могут напрямую влиять на структуру и функцию сердца [18]. Основными факторами, способными вызвать дисфункцию миокарда при СД, являются инсулинорезистентность и повышение уровня инсулина [19]. Их неблагоприятное воздействие связано с такими процессами, как депонирование конечных продуктов гликозилирования, липотоксичность и микроваскулярная rareфикация [18]. При инсулинрезистентности увеличивается количество свободных жирных кислот [20, 21]. Их захват кардиомиоцитами в количестве, превышающем возможности бета-окисления, приводит к аккумулярованию триглицеридов в миокарде, что может проявляться стеатозом, который, в свою очередь, может приводить к диастолической дисфункции [22]. Также инсулинрезистентность является фактором развития гипертрофии левого желудочка [23].

Гипергликемия также оказывает влияние на сердечнососудистую систему, нарушая функцию кардиомиоцитов, митохондрий и активируя протеинкиназу С [24, 25]. Кроме этого, гипергликемия приводит к активации активных форм кислорода, депонированию конечных продуктов гликозилирования как в эндотелии, так и в гладкомышечных клетках, что приводит к концентрическому ремоделированию миокарда и увеличению диастолической жесткости левого желудочка [25].

## **Фенотипы ХСН у пациентов с сахарным диабетом**

Диастолическая дисфункция присутствует у 75 % пациентов с СД2Т, при этом она развивается на ранних стадиях заболевания [26, 27], и выраженность диастолической дисфункции коррелирует с дисрегуляцией метаболизма глюкозы, встречаемостью ХСН и сердечнососудистой смертностью. Около половины пациентов с сочетанием ХСН и СД 2 типа

имеют СНсФВ. Основными причинами развития СНсФВ при СД2Т является сопутствующая ИБС, вероятность развития которой увеличивается у пациентов с СД2Т. СНсФВ чаще проявляется на ранних стадиях СД2Т в то время, как СНсФВ при более выраженном СД2Т, что позволяет сделать предположение, что выраженность и тяжесть гипергликемии важны для развития дисфункции левого желудочка.

## **Диабетическая кардиомиопатия**

В 1954 году Lundbaek предположил наличие заболевания миокарда при СД, не связанное с артериальной гипертонией или ИБС [28]. Позже Rubler et al [29] описал посмертные изменения в сердце у пациентов с СД и сердечной недостаточностью с низкой ФВЛЖ с неизменными коронарными артериями и без гипертонии и/или поражения клапанов сердца. Следует отметить, что до настоящего времени нет определения диабетической кардиомиопатии, что затрудняет анализ эпидемиологии, патофизиологии и течения этого состояния. Чаще всего под диабетической кардиомиопатией подразумевают дисфункцию миокарда в отсутствие каких-либо ССЗ.

## **Лечение сердечной недостаточности у пациентов с сахарным диабетом**

Согласно результатам субанализов рандомизированных контролируемых исследований стандартная фармакотерапия сердечной недостаточности ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента [30], блокаторами рецепторов к ангиотензину II [31], бета-адреноблокаторами [32], антагонистами минералокортикоидных рецепторов [33], сакубитрилом/валсартаном [34], нитратами и гидралазином [35], ивабрадином [36] при СД столь же эффективна, как и при его отсутствии. Из-за часто встречающегося у больных СД поражения почек требуется тщательный мониторинг уровня калия в крови при лечении ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, блокаторами рецепторов к ангиотензину II, антагонистами минералокортикоидных рецепторов.

Бета-адреноблокаторы способны маскировать проявления развивающейся гипогликемии (тахикардия, тремор).

Имплантация кардиовертера-дефибриллятора [37] и ресинхронизирующая терапия [38] аналогично улучшают прогноз сердечной недостаточности у пациентов с СД2Т и без него. Частота инфекционных и других осложнений, связанных с имплантируемыми устройствами, не зависела от наличия у больных СД2Т.

Хирургическая реваскуляризация миокарда в равной мере влияла на смертность пациентов с СН на фоне ИБС при наличии или отсутствии СД2Т [39].

Выживаемость больных СД2Т с терминальной СН после трансплантации сердца значительно хуже из-за развития дисфункции почек, поражения артерий, инфекционных осложнений на фоне применения иммуносупрессивной терапии, глюкокортикостероидов [40].

Гипогликемизирующие средства из класса тиазолидинионов (розиглитазон, пиоглитазон) [41] и ингибитор дипиптидилпептидазы-4 (иДПП-4) саксаглиптин [42] повышали частоту госпитализаций больных СД2Т по поводу СН. Эти препараты противопоказаны при сочетании СД2Т и СН или высоком риске ее развития. В то же время алоглиптин [43] и ситаглиптин [44] не оказывали подобного негативного влияния.

Инсулин, задерживающий натрий и воду в организме, производные сульфонилмочевины (стимуляторы выработки инсулина), вероятно, способны увеличивать риск развития СН. Поэтому их использование у больных СД2Т может рассматриваться только после назначения метформина и препаратов с позитивным влиянием на прогноз. Опасения развития метаболического ацидоза при применении метформина не подтвердились, и данный препарат рекомендован в качестве гипогликемизирующего средства первой линии для пациентов с СД2Т и СН при скорости клубочковой фильтрации более 30 мл. в минуту [45]. Агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида 1 типа (ГПП-1) не оказывают существенного влияния на риск госпитализации по поводу СН у больных СД2Т [46].

Настоящим прорывом следует признать установление возможности снижения риска госпитализации по поводу СН пациентов с СД2Т, получающих ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа. Значительное уменьшение частоты таких госпитализаций в сравнении с плацебо отмечалось при лечении эмпаглифлозином (на 35 %  $p=0,0017$ ) в исследовании EMPA-REG OUTCOME ( $n=7020$ ) [47], а также канаглифло-

зином (на 33 %) в программе CANVAS (n=10143) [48]. К сожалению, во втором из этих проектов наблюдалось двукратное увеличение риска ампутаций нижних конечностей при применении канаглифлозина [49].

В 2017 году начались крупные рандомизированные плацебо-контролируемые исследования ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа с целью определения их прогностического действия у пациентов с СД2Т и без него. Эмпаглифлозин оценивается в отношении влияния на смертность от ССЗ или госпитализации по поводу СН у больных со сниженной (EMPEROR-Reduced, NCT03057977) и сохраненной фракцией выброса левого желудочка (EMPEROR-Preserved, NCT03057951), дапаглифлозин — у пациентов со сниженной фракцией выброса левого желудочка (Dapa-HF, NCT03036124).

## **Препараты для лечения сахарного диабета и риск развития СН**

Исследования последних лет выявили различное влияние отдельных классов сахароснижающих препаратов на наиболее частые заболевания сердечно-сосудистой системы и их осложнения, в том числе на ХСН. Важность этого обстоятельства подчеркивается принятым в 2008 году решением FDA о повышении требований к регистрации гипогликемических препаратов, которые должны не только снижать уровень гликемии, но и обладать безопасным кардиологическим профилем [50]. Вместе с тем, до последнего времени в современной диабетологии не были четко сформулированы принципы использования сахароснижающих препаратов с учетом их влияния на риск развития и прогрессирования СН.

Большим шагом вперед в данном вопросе явилось новое положение Ассоциации по сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов 2018 г. по ХСН у больных СД2Т, где впервые весь арсенал сахароснижающих препаратов был разделен на четыре группы в зависимости от их влияния на риск развития ХСН. К препаратам, несомненно повышающим риск развития ХСН, отнесены гипогликемизирующие средства из класса тиазолидиндионов (розиглитазон, пиоглитазон) [41] и иДПП-4 саксаглиптин [42], которые повышали частоту госпитализаций больных СД2Т по поводу ХСН. Наибольший риск наблюдался у пациентов с данными анамнеза о ХСН, расчетной скоростью клубочковой фильтрации (pСКФ)

≤ 60 мл/мин, а также повышенным исходным уровнем маркера сердечной недостаточности NT-proBNP. Таким образом, розиглитазон, пиоглитазон и саксаглиптин противопоказаны при сочетании СД2Т и ХСН или при высоком риске развития ХСН. В то же время другой представитель группы иДПП-4 ситаглиптин не оказывал какого-либо негативного влияния на течение ХСН и может использоваться у этой категории пациентов [51]. Хотя увеличение риска прогрессирования ХСН при использовании алоглиптина у больных с СД2Т после недавно перенесенного острого коронарного синдрома оказалось недостоверным [43], указанный иДПП-4 противопоказан при наличии у больных СД2Т с ХСН III—IV ФК.

К группе сахароснижающих препаратов, которые могут увеличивать риск развития ХСН, отнесен инсулин, задерживающий натрий и воду в организме, а также производные сульфонилмочевины, механизм действия которых связан со стимуляцией секреции инсулина. Применение данных препаратов при ХСН может рассматриваться только после назначения метформина, а также препаратов с позитивным влиянием на прогноз таких пациентов.

В группу препаратов с возможным безопасным применением при ХСН включен метформин. Опасения относительно развития метаболического ацидоза при применении метформина не подтвердились, и данный препарат рекомендован в качестве гипогликемизирующего средства первой линии для пациентов с СД2Т и ХСН с сохраненной или умеренно сниженной функцией почек (СКФ > 30 мл. в минуту) [45]. Также к препаратам с нейтральным эффектом на риск госпитализации по поводу ХСН отнесли ГПП-1 лираглутид, эксенатид, ликсисенатид, семаглутид [46].

Новой вехой фармакотерапии в современной диабетологии и кардиологии стало выделение группы сахароснижающих препаратов, обеспечивающих снижение риска прогрессирования ХСН-ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (иНГЛТ2). Применение эмпаглифлозина (исследование EMPA-REG OUTCOME, n=7020) [47] и канаглифлозина (программа CANVAS, n=10143) [48] сопровождалось значительным уменьшением частоты госпитализаций по поводу ХСН (на 35 % и на 33 % соответственно). Учитывая многочисленные механизмы кардио- и нефропротективного действия глифлозинов предполагается, что препараты этой группы могут оказаться эффективными для лечения ХСН у пациентов без СД2Т. Для подтверждения данной гипотезы в 2017 г. инициированы крупные рандомизированные плацебо-контролируемые исследования эмпаглифлозина (по оценке влияния на смертность от ССЗ

или госпитализации в связи с ХСН у больных со сниженной фракцией выброса — исследование EMPEROR-Reduced и с сохраненной фракцией выброса — исследование EMPEROR-Preserved), а также дапаглифлозина (влияние на смертность от ССЗ или госпитализации в связи с ХСН у больных со сниженной фракцией выброса — исследование Dapa-HF). По результатам данных исследований может быть принято решение о расширении показаний к применению представителей группы иНГЛТ2 за счет больных ХСН без нарушений углеводного обмена.

## **Заключение**

Таким образом, СД2Т и сердечная недостаточность встречаются часто. Основной причиной развития ХСН у больных СД2Т являются ИБС и АГ, при этом прямое действие гипергликемии на миокард (диабетическая кардиомиопатия) также является очевидным. Данные регистров и проспективных исследований свидетельствуют, что вне зависимости от этиологии и фенотипов риск развития осложнений у больных СД2Т и СН высокий. Некоторые новые антидиабетические препараты имеют нейтральный или благоприятный эффект в снижении госпитализаций по поводу СН у больных сахарным диабетом.

## Список литературы

1. Petar M. Seferovic, Mark C. Petrie, Gerasimos S. Filippatos, Stefan D. Anker, Giuseppe Rosano, Johann Bauersachs, Walter J. Paulus, Michel Komajda, Francesco Cosentino, Rudolf A. de Boer, Dimitrios Farmakis, Wolfram Doehner, Ekaterini Lambrinou, Yuri Lopatin, Massimo F. Piepoli, Michael J. Theodorakis, Henrik Wiggers, John Lekakis, Alexandre Mebazaa, Mamas A. Mamas, Carsten Tschope, Arno W. Hoes, Jelena P. Seferovic, Jennifer Logue, Theresa McDonagh, Jillian P. Riley, Ivan Milinkovic, Marija Polovina, Dirk J. van Veldhuisen, Mitja Lainscak, Aldo P. Maggioni, Frank Ruschitzka and John J.V. McMurray. Type 2 diabetes mellitus and heart failure: a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*. 2018; 20: 853–872, doi:10.1002/ehf.1170
2. MacDonald MR, Petrie MC, Hawkins NM, Petrie JR, Fisher M, McKelvie R, Aquilar D, Krum H, McMurray JJ. Diabetes, left ventricular systolic dysfunction, and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2008; 29:1224–1240.
3. van Riet EE, Hoes AW, Wagenaar KP, Limburg A, Landman MA, Rutten FH. Epidemiology of heart failure: the prevalence of heart failure and ventricular dysfunction in older adults over time. A systematic review. *Eur J Heart Fail* 2016; 18:242–252.
4. Thrainsdottir IS, Aspelund T, Thorgeirsson G, Gudnason V, Hardarson T, Malmberg K, Sigurdsson G, Ryden L. The association between glucose abnormalities and heart failure in the population-based Reykjavik study. *Diabetes Care* 2005; 28:612–616.
5. Win TT, Davis HT, Laskey WK. Mortality among patients hospitalized with heart failure and diabetes mellitus: results from the National Inpatient Sample 2000 to 2010. *Circ Heart Fail* 2016; 9: e003023.
6. Johansson I, Dahlstrom U, Edner M, Nasman P, Ryden L, Norhammar A. Risk factors, treatment and prognosis in men and women with heart failure with and without diabetes. *Heart* 2015; 101:1139–1148.
7. Nichols GA, Hillier TA, Erbey JR, Brown JB. Congestive heart failure in type 2 diabetes: prevalence, incidence, and risk factors. *Diabetes Care* 2001; 24:1614–1619.
8. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, Hadden D, Turner RC, Holman RR. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ* 2000; 321:405–412.
9. Pazin-Filho A, Kottgen A, Bertoni AG, Russell SD, Selvin E, Rosamond WD, Coresh J. HbA 1c as a risk factor for heart failure in persons with diabetes: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Diabetologia* 2008; 51:2197–2204.
10. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal* (2016) 37, 2129–2200 doi:10.1093/eurheartj/ehw128.

11. Gilbert RE, Krum H. Heart failure in diabetes: effects of anti-hyperglycaemic drug therapy. *Lancet* 2015; 385:2107–2117.
12. Marwick T. Diabetic heart disease. *Heart, BMJ*. 2006. 92:296–300.
13. Predictors of development of diabetes in patients with chronic heart failure in the Candesartan in Heart Failure Assessment of Reduction in Mortality and Morbidity (CHARM) program. *Diabetes Care* 2009; 32:915–920.
14. From AM, Leibson CL, Bursi F, Redfield MM, Weston SA, Jacobsen SJ, Rodeheffer RJ, Roger VL. Diabetes in heart failure: prevalence and impact on outcome in the population. *Am J Med* 2006;119:591–599;
15. Boonman-de Winter LJ, Rutten FH, Cramer MJ, Landman MJ, Liem AH, Rutten GE, Hoes AW. High prevalence of previously unknown heart failure and left ventricular dysfunction in patients with type 2 diabetes. *Diabetologia*. 2012; 55:2154–2162.
16. Kristensen SL, Preiss D, Jhund PS, Squire I, Cardoso JS, Merkely B, Martinez F, Starling RC, Desai AS, Lefkowitz MP, Rizkala AR, Rouleau JL, Shi VC, Solomon SD, Swedberg K, Zile MR, McMurray JJ, Packer M; PARADIGM-HF Investigators and Committees. Risk related to pre-diabetes mellitus and diabetes mellitus in heart failure with reduced ejection fraction: insights from Prospective Comparison of ARNIWith ACEI to Determine Impact on Global Mortality and Morbidity in Heart Failure Trial. *Circ Heart Fail* 2016; 9:e002560.
17. Kristensen SL, Jhund PS, Lee MM, Kober L, Solomon SD, Granger CB, Yusuf S, Pfeffer MA, Swedberg K, McMurray JJ; CHARM Investigators and Committees. Prevalence of prediabetes and undiagnosed diabetes in patients with HFpEF and HFrEF and associated clinical outcomes. *Cardiovasc Drugs Ther* 2017; 31:545–549.
18. Seferović P. M. and Paulus W. J. Clinical diabetic cardiomyopathy: a two-faced disease with restrictive and dilated phenotypes. *Eur. Heart J*. 2015; 36 (27): 1718–1727.
19. Poornima I. G., Parikh P, Shannon R. P. Diabetic Cardiomyopathy: The Search for a Unifying Hypothesis. *Circ. Res* 2006; 98 (5): 596–605.
20. Doehner W, Frenneaux M., Anker S. D.. Metabolic Impairment in Heart Failure. *J. Am. Coll. Cardiol* 2014; 64 (13): 388–1400.
21. Delarue J.and Magnan C. Free fatty acids and insulin resistance. *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care* 2007; 10 (2): 142–8.
22. Rijzewijk L. J. et al. Myocardial Steatosis Is an Independent Predictor of Diastolic Dysfunction in Type 2 Diabetes Mellitus. *J. Am. Coll. Cardiol* 2008; 52 (22), 1793–1799.
23. Paternostro G., Pagano D., Gneccchi-Ruscione T., Bonser R. S., and Camici P. G. Insulin resistance in patients with cardiac hypertrophy. *Cardiovasc Res* 1999; vol. 42, no. 1, 246–53.

24. Zhang M. et al. Glycated Proteins Stimulate Reactive Oxygen Species Production in Cardiac Myocytes: Involvement of Nox2 (gp91phox) - Containing NADPH Oxidase. *Circulation* 2006; 113 (9): 1235–1243.
25. L. van Heerebeek et al. Diastolic Stiffness of the Failing Diabetic Heart: Importance of Fibrosis, Advanced Glycation End Products, and Myocyte Resting Tension. *Circulation* 2008; 117 (1): 43–51.
26. Liu J. E. et al. The impact of diabetes on left ventricular filling pattern in normotensive and hypertensive adults: the Strong Heart Study. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2001; 37 (7): 1943–9.
27. Boyer J. K., Thanigaraj S., Schechtman K. B., and Pérez J. E. Prevalence of ventricular diastolic dysfunction in asymptomatic, normotensive patients with diabetes mellitus. *Am. J. Cardiol.* 2004; 93 (7): 870–875.
28. Lundbæk K. Diabetic angiopathy: a specific vascular disease. *Lancet* 1954; 263 (6808): 377–379.
29. Rubler S., Dlugash J., Yuceoglu Y. Z., Kumral T., Branwood A. W., and Grishman A. New type of cardiomyopathy associated with diabetic glomerulosclerosis. *Am. J. Cardiol.*, 1972; 30 (6): 595–602.
30. Shekelle PG, Rich MW, Morton SC, et al. Efficacy of angiotensin-converting enzyme inhibitors and beta-blockers in the management of left ventricular systolic dysfunction according to race, gender, and diabetic status: a meta-analysis of major clinical trials. *J Am Coll Cardiol* 2003;41 (9): 1529–1538.
31. Konstam MA, Neaton JD, Dickstein K, et al. Effects of high-dose versus low-dose losartan on clinical outcomes in patients with heart failure (HEAAL study): a randomised, double-blind trial. *Lancet* 2009; 374 (9704): 1840–1848.
32. Haas SJ, Vos T, Gilbert RE, Krum H. Are beta-blockers as efficacious in patients with diabetes mellitus as in patients without diabetes mellitus who have chronic heart failure? A meta-analysis of large-scale clinical trials. *Am Heart J* 2003; 146 (5): 848–853.
33. Zannad F, McMurray JJ, Krum H, et al. Eplerenone in patients with systolic heart failure and mild symptoms. *N Engl J Med* 2011; 364 (1): 11–21.
34. Kristensen SL, Preiss D, Jhund PS, et al. Risk Related to Pre-Diabetes Mellitus and Diabetes Mellitus in Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: Insights From Prospective Comparison of ARNI With ACEI to Determine Impact on Global Mortality and Morbidity in Heart Failure Trial. *Circ Heart Fail* 2016; 9 (1): e002560.
35. Taylor AL, Ziesche S, Yancy CW, et al. Early and sustained benefit on event-free survival and heart failure hospitalization from fixed-dose combination of isosorbide dinitrate/hydralazine: consistency across subgroups in the African-American Heart Failure Trial. *Circulation* 2007;115 (13): 1747–1753.

36. Komajda M, Tavazzi L, Francq BG, et al. Efficacy and safety of ivabradine in patients with chronic systolic heart failure and diabetes: an analysis from the SHIFT trial. *Eur J Heart Fail* 2015;17 (12): 1294–1301.
37. Køber L, Thune JJ, Nielsen JC, et al. Defibrillator Implantation in Patients with Non-ischemic Systolic Heart Failure. *N Engl J Med* 2016; 375 (13): 1221–1230.
38. Martin DT, McNitt S, Nesto RW, et al. Cardiac resynchronization therapy reduces the risk of cardiac events in patients with diabetes enrolled in the multicenter automatic defibrillator implantation trial with cardiac resynchronization therapy (MADIT-CRT). *Circ Heart Fail* 2011;4 (3): 332–338.
39. MacDonald MR, She L, Doenst T, et al. Clinical characteristics and outcomes of patients with and without diabetes in the Surgical Treatment for Ischemic Heart Failure (STICH) trial. *Eur J Heart Fail* 2015;17 (7): 725–734.
40. Kilic A, Weiss ES, George TJ, et al. What predicts long-term survival after heart transplantation? An analysis of 9,400 ten-year survivors. *Ann Thorac Surg* 2012; 93 (3): 699–704.
41. Hernandez AV, Usmani A, Rajamanickam A, Moheet A. Thiazolidinediones and risk of heart failure in patients with or at high risk of type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis and meta-regression analysis of placebo-controlled randomized clinical trials. *Am J Cardiovasc Drugs* 2011;11 (2): 115–128.
42. Scirica BM, Braunwald E, Raz I, et al. Heart Failure, Saxagliptin, and Diabetes Mellitus: Observations from the SAVOR-TIMI 53 Randomized Trial. *Circulation* 2015; 132 (15): e198.
43. Zannad F, Cannon CP, Cushman WC, et al. Heart failure and mortality outcomes in patients with type 2 diabetes taking alogliptin versus placebo in EXAMINE: a multicentre, randomised, double-blind trial. *Lancet* 2015; 385 (9982): 2067–2076.
44. McGuire DK, Van de Werf F, Armstrong PW, et al. Association Between Sitagliptin Use and Heart Failure Hospitalization and Related Outcomes in Type 2 Diabetes Mellitus: Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Cardiol* 2016;1 (2): 126–135.
45. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2016; 37 (27): 2129–2200.
46. Holman RR, Bethel MA, Mentz RJ, et al. Effects of Once-Weekly Exenatide on Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2017; 377 (13): 1228–1239.
47. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2015;373 (22): 2117–2128.

48. Mahaffey KW, Neal B, Perkovic V, et al. Canagliflozin for Primary and Secondary Prevention of Cardiovascular Events: Results From the CANVAS Program (Canagliflozin Cardiovascular Assessment Study). *Circulation* 2018;137 (4): 323–334.
49. Neal B, Perkovic V, Mahaffey KW, et al. Canagliflozin and Cardiovascular and Renal Events in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2017; 377 (7): 644–657.
50. U.S. Food and Drug Administration. Guidance for Industry. Diabetes Mellitus — Evaluating Cardiovascular Risk in New Antidiabetic Therapies to Treat Type 2 Diabetes, December 2008. <https://www.fda.gov/downloads/Drugs/Guidances/ucm071627.pdf>
51. McGuire DK, Van de Werf F, Armstrong PW, et al. Association Between Sitagliptin Use and Heart Failure Hospitalization and Related Outcomes in Type 2 Diabetes Mellitus: Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Cardiol* 2016;1 (2): 126–135.

ФОНД СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ КАРДИОЛОГИИ

## «КАРДИОПРОГРЕСС»

*знание, наблюдение, движение*



Основными видами деятельности Фонда содействия развитию кардиологии «Кардиопрогресс» являются:

- научно-образовательная
- учебно-методическая
- научно-исследовательская
- международное сотрудничество
- редакционно-издательская
- организаторская

Официальный вебсайт Фонда: [www.cardioprogres.ru](http://www.cardioprogres.ru)

Контактный телефон: 007 965 236 1600

Электронная почта: [inf.cardio@gmail.com](mailto:inf.cardio@gmail.com)

Москва, Россия