

Рубрика: Эндокринолог

## Особенности течения ишемической болезни сердца у больных сахарным диабетом



МКБ-10

**I79.2** Периферическая ангиопатия при болезнях, классифицированных в других рубриках

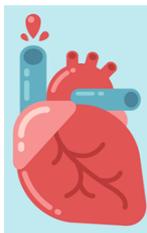
К моменту постановки диагноза Сахарного диабета (СД) 2-го типа более чем у половины больных выявляется клинически выраженная диабетическая макроангиопатия.

**Основные проявления диабетической макроангиопатии:**

- ишемическая болезнь сердца (ИБС)
- цереброваскулярные заболевания,
- заболевания артерий нижних конечностей [1]

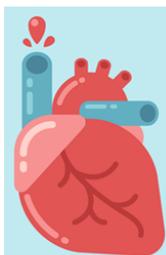
СД - один из основных факторов, влияющих на раннее развитие и быстрое прогрессирование атеросклероза крупных и средних артерий.

Диабетическая макроангиопатия не имеет специфических отличий от атеросклеротических изменений у людей без нарушений углеводного обмена.



**Атеросклероз при СД имеет ряд особенностей:**

- Развивается на 10–15 лет раньше, чем у лиц без нарушений углеводного обмена, и характеризуется быстрым прогрессированием.
- Отсутствует специфическое распределение по половому признаку. У лиц без нарушений углеводного обмена мужской пол - фактор риска атеросклероза в соотношении 30:1 по сравнению с 2:1 у пациентов с СД.
- Характерно мультисегментарное, чаще симметричное поражение дистально расположенных артерий среднего и малого калибра с вовлечением сосудов, расположенных рядом с местом окклюзии. Если у больных атеросклерозом без СД процесс поражает чаще венечные, мозговые или периферические сосуды, то при диабете он затрагивает большинство артерий. [1]



## Особенности ИБС у пациентов с СД

У больных СД ИБС:

- в 2–4 раза чаще, чем среди людей того же возраста без диабета
- развивается в более молодом возрасте, с одинаковой частотой у мужчин и у женщин. [1]

**Сочетание заболеваний приводит к более частому бессимптомному течению ИБС** - у пациентов с длительным стажем СД ИБС может протекать бессимптомно в виде безболевого ишемии миокарда, вплоть до безболевого ИМ. Это обусловлено развитием кардиоваскулярной формы автономной нейропатии. [1]

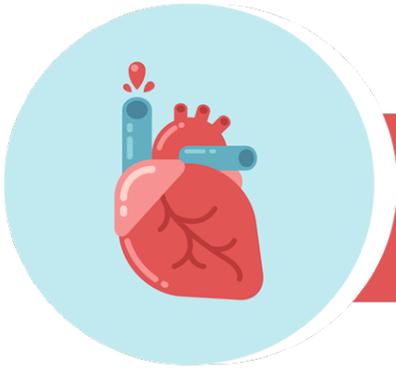
Для атипичного течения ИБС у больных СД характерны жалобы, связанные с физической нагрузкой, не расцениваемые как признаки стенокардии или ее эквивалентов.:

- одышка,
- кашель,
- гастроинтестинальные явления (изжога, тошнота),
- выраженное утомление[1]

Это приводит к более позднему обнаружению заболевания, часто уже на стадии тяжелых осложнений в виде внезапной смерти или хронической сердечной недостаточности.

**Сложность диагностики ИБС при СД диктует необходимость проведения активного скрининга патологии сердца у больных СД 2-го типа в группах высокого риска даже при отсутствии клинической симптоматики.**

Больные СД 2-го типа имеют более тяжелое течение ИБС, чаще страдают трехсосудистым коронарным поражением, поражением с вовлечением дистальных сегментов артерий. Формирование нестабильных атеросклеротических бляшек, характерных для СД, ведет к повышенному риску развития у них острого коронарного синдрома. [1]



## Клинические особенности ИМ у больных СД:[1]

*тромбоз коронарных артерий наблюдается вдвое чаще, чем в отсутствие СД*



*течение ИМ более тяжелое, так как он чаще осложняется кардиогенным шоком, тромбоэмболией легочной артерии, аневризмой левого желудочка, разрывом сердца*



*постинфарктный период протекает более длительно и тяжело, чем у лиц без СД, постинфарктный кардиосклероз чаще приводит к развитию сердечной недостаточности*



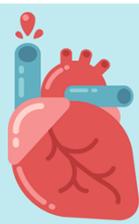
*Смертность от ИМ среди больных с СД в 1,5–2 раза выше, чем среди людей, не страдающих этим заболеванием, как в острой стадии ИМ, так и при продолжительном наблюдении*



*ИМ чаще бывает трансмуральным и повторным*



*у 23–40% больных - безболевого начало ИМ, что связано с нарушением вегетативной иннервации сердца*



## Основные лечебно-профилактические мероприятия

Основа профилактики и консервативного лечения диабетической макроангиопатии - исключение факторов риска развития атеросклероза:

- достижение оптимального метаболического контроля,
- активное лечение гипертензии (обучение, контроль АД, назначение комбинированной антигипертензивной терапии при стойкой гипертензии);
- снижение массы тела, дозированная физическая нагрузка, отказ от курения.

Лечение ИБС у больных СД 2-го типа диктует необходимость более агрессивного вмешательства и более жестких требований к коррекции дислипидемии и уровня АД, чем у пациентов без СД.

### Консервативная терапия ИБС на фоне СД включает назначение:

- антиагрегантов,
- β-адреноблокаторов,
- антагонистов кальция,
- нитратов, ИАПФ,
- статинов,
- миокардиальных цитопротекторов. [1]

Консервативную терапию ИБС у пациентов с СД 2-го типа, как и у всех больных ИБС, нужно дополнять инвазивными методами – механической реваскуляризацией и др., а в отсутствие реваскуляризации в первые 6 ч после начала приступа – тромболитической терапией.

**Самостоятельный мониторинг глюкозы крови (ГК) признан одним из важных компонентов в лечении пациентов с сахарным диабетом (СД). Особую важность занимает контроль ГК у пациентов с ИБС.**

Важный аспект самоконтроля глюкозы крови - выбор глюкометра, при котором следует обращать внимание на характеристики прибора. [2]

Результаты тестирования глюкометров оценивают в соответствии с критериями Международной организации по стандартизации ISO («Системы для диагностики in vitro. Требования к системам мониторинга уровня глюкозы в крови для самоконтроля при лечении сахарного диабета»).

К сожалению, не всегда глюкометры гарантируют точность измерения, что может привести к неправильному подбору дозы сахароснижающего препарата, повысить риск гипо- и гипергликемии. [2]

## Частота контроля гликемии в соответствии с Российскими клиническими рекомендациями [3]

Показатель	Частота контроля	
	СД 1-го типа	СД 2-го типа
Ежедневный контроль	не менее 4 раз (до еды, через 2 ч после еды, на ночь, периодически ночью)	
Дополнительный контроль	перед физическими нагрузками и после них	На диетотерапии - <b>не менее 1 раза в неделю</b>
	при подозрении на гипогликемию и после ее лечения	При применении пероральной сахароснижающей терапии и/или аргПП-1 и/или базального инсулина - <b>не менее 1 раза в сутки</b> в разное время + <b>1 гликемический профиль</b> (измерения не менее 4 раз в сутки) в неделю.
	при сопутствующих заболеваниях, если предстоят действия, которые могут быть опасны для окружающих (например, вождение автомобиля)	На фоне терапии готовыми смесями инсулина – <b>не менее 2 раз в сутки</b> в разное время + <b>1 гликемический профиль</b> (измерения не менее 4 раз в сутки) в неделю  на интенсифицированной инсулинотерапии – ежедневно <b>не менее 4 раз</b> (до еды, через 2 ч после еды, на ночь, периодически ночью)
При наличии признаков хронических осложнений СД, присоединении сопутствующих заболеваний, появлении дополнительных факторов риска вопрос о частоте обследований решается индивидуально		



## Глюкометр для вашего пациента с лабораторной точностью! [3]

Глюкометр Контур плюс (Contour Plus)



*По точности глюкометр превосходит требования стандарта ISO 15197:2013: по данным исследований 100% результатов укладываются в требуемый диапазон [4]*



Имеет стильный внешний вид, небольшие размер (77×57×19 мм) и вес (47,5 г) – удобно носить с собой [4]



Очень прост и удобен в освоении и эксплуатации для пациентов любого возраста [4]



Крупный экран, занимающий 1/2 лицевой поверхности [4]



Время измерения – 5 с. [4]



Звуковой сигнал сообщает о заполнении тест-полоски [4]



В течение 30 с можно добавить кровь на ту же полоску, если первой капли крови было недостаточно для измерения – это технология «Второй шанс», позволяющая более экономно использовать полоски [4]



Имеет память на 480 измерений гликемии с указанием времени и даты, что позволит врачу следить за колебаниями измерений [4]



Технология «Без кодирования» - самостоятельно считывает характеристики каждой тест-полоски при ее введении в прибор. Пациенту не нужно вводить код тест-полосок вручную, менять кодирующий чип или кодирующую полоску, проверять код каждой новой упаковки тест-полосок. Это устраняет риск неточных результатов, связанных с неправильным кодированием, так как для ряда пациентов введение кода является проблематичным [4]

Литература:

1. А.Ф. Вербовой, А.В. Пашенцева, Н.И. Вербовая. Диабетическая макроангиопатия .  
Терапевтический архив . 2019; 10: 139-143
2. Г.А. Батрак, С.Е. Мясоедова, А.Н. Бродовская. Роль самоконтроля гликемии в снижении риска  
развития диабетических микро- и макроангиопатий. Consilium Medicum. 2019; 12: 55-58
3. Е.В. Бирюкова. Современные возможности самоконтроля гликемии в лечении сахарного  
диабета. Consilium Medicum. 2019; 10: 117-121
4. И.И.Кочергина. Важность самоконтроля гликемии у больных сахарным диабетом. Применение  
глюкометра Контур Плюс. Справочник поликлинического врача. 2018; 03: 54-59