

## **СД 2 типа и ассоциированные хронические заболевания. Кардиоваскулярные риски, диагностика и коррекция.**

### **ДИАБЕТИЧЕСКИЕ МАКРОАНГИОПАТИИ (сердечно-сосудистые заболевания атеросклеротического генеза)**

СД является одним из основных факторов, влияющих на раннее развитие и быстрое прогрессирование атеросклероза артерий.

Атеросклеротическое поражение крупных и средних артерий при СД принято называть макроангиопатиями.

К основным сердечно-сосудистым заболеваниям атеросклеротического генеза относятся:

1. ишемическая болезнь сердца (ИБС).
2. цереброваскулярные заболевания.
3. заболевания артерий нижних конечностей.

Перечисленные заболевания не являются непосредственно осложнениями СД, однако СД приводит к раннему развитию, увеличивает тяжесть, ухудшает течение, видоизменяет клинические проявления этих заболеваний.

Большинство остальных больных СД относятся к высокому сердечно-сосудистому риску.

Основной задачей у больных СД в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний является модификация образа жизни и контроль факторов риска.

Основные задачи лечения у больных СД:

- Изменение образа жизни
- Контроль массы тела
- Отказ от курения
- Сбалансированная диета
- Регулярные физические тренировки
- Достижение целевых показателей:
  1. АД
  2. уровня холестерина ЛНП (ХЛНП)
  3. уровня гликемии и гликированного гемоглобина

У пожилых больных с длительно существующим СД или низкой ожидаемой продолжительностью жизни или тяжелыми сопутствующими заболеваниями целевые показатели лечения, прежде всего гликемии, могут быть не столь строгие.

### **ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА (ИБС)**

СД является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Наличие СД повышает риск развития ИБС в 2-4 раза. К возрасту старше 40 лет у 40-50% больных СД возникает, по меньшей мере одно ССЗ. Более половины пациентов на момент верификации диагноза СД 2 типа уже страдают ИБС. Течение ИБС зависит от длительности СД. ИБС во многих случаях протекает бессимптомно. Часто диагностируется диффузное поражение коронарных артерий. Имеется большая вероятность рестеноза в месте имплантации стента. Смертность при развитии острого коронарного синдрома (ОКС) у больных СД выше в 2-3 раза.

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИБС ПРИ СД**

1. Высокая частота безболевых («немых») форм ИБС и инфаркта миокарда (ИМ)
2. Высокий риск «внезапной смерти»
3. Высокая частота развития постинфарктных осложнений:
  - кардиогенного шока,
  - застойной сердечной недостаточности,
  - нарушений сердечного ритма.

### **ДИАГНОСТИКА**

## Оценка факторов риска(ФР), влияющих на развитие ИБС при СД

- Семейный анамнез по ИБС (<65 женщина и <55 мужчина родственник).
- Масса тела и перераспределение жира, оценка анамнеза, ИМТ (ожирение - >30 кг/м<sup>2</sup>) и окружность талии (абдоминальное ожирение - > 94 см у мужчин и > 80 см у женщин).
- Физическая активность - оценивается в настоящее время и в прошлом.
- Дислипидемия (снижение ХЛВП и повышение триглицеридов).
- Артериальная гипертензия (более 140/85 мм рт.ст.).
- Табакокурение (на текущий момент, в прошлом и интенсивность).
- ХБП (уровень креатинина плазмы (СКФ) и анализ мочи на альбумин).
- СД (возраст пациента на момент дебюта гипергликемии, наследственность по СД, сосудистые осложнения, уровень глюкозы плазмы натощак, уровень ИьД1с).

## ЛЕЧЕНИЕ

### Модификация образа жизни при СД и ИБС

- Прекращение курения.
- Общее содержание жиров в питании следует снизить <35%, насыщенных жиров <10% и мононенасыщенных жиров >10% от общей калорийности.
- Содержание пищевых волокон должно быть >40 г/день (или 20 г/1000 ккал/день).
- Любая диета с ограничением калорийности может быть рекомендована для снижения избыточной массы тела.
- Умеренная физическая нагрузка >150 мин/неделю.
- Аэробные упражнения и тренировки на сопротивление, возможны их комбинации для предотвращения развития СД 2 типа и контроля СД.
- 

### Гликемический контроль при СД и АССЗ

- Целевые значения показателей углеводного обмена должны быть индивидуализированы
- Строгий контроль гипергликемии снижает риск микрососудистых осложнений и в значительно меньшей степени влияет на развитие и прогрессирование АССЗ

### Стратегия лечения АГ при СД Мероприятия по изменению образа жизни (EHS/ESC 2018)

- Ограничение употребления поваренной соли до 5 г/сут (УУР А, УДД 1).
- Увеличение потребления овощей до 300 гр в сутки, орехов, ненасыщенных жирных кислот - оливкового масла; низкое потребление красного мяса; потребление молочных продуктов с низким содержанием жира; употребление рыбы не реже 2 раз в неделю
- Контроль массы тела (поддерживать ИМТ 20-25 кг/м<sup>2</sup>, окружность талии менее 102 см у мужчин и менее 88 см у женщин)
- Употребление алкоголя не более 14 единиц в неделю для мужчин и 7 единиц в неделю для женщин (1 единица = 125 мл вина или 250 мл пива)
- Отказ от курения
- Регулярные аэробные физические нагрузки по 30-40 минут 5-7 дней в неделю

### Целевые значения АД на фоне терапии АГ у пациентов с СД (при условии хорошей переносимости)

Возраст	Систолическое АД, мм рт.ст.	Диастолическое АД, мм рт.ст.
18 - 65 лет	> 120 и < 130	> 70 и < 80
> 65 лет	> 130 и < 140	

