

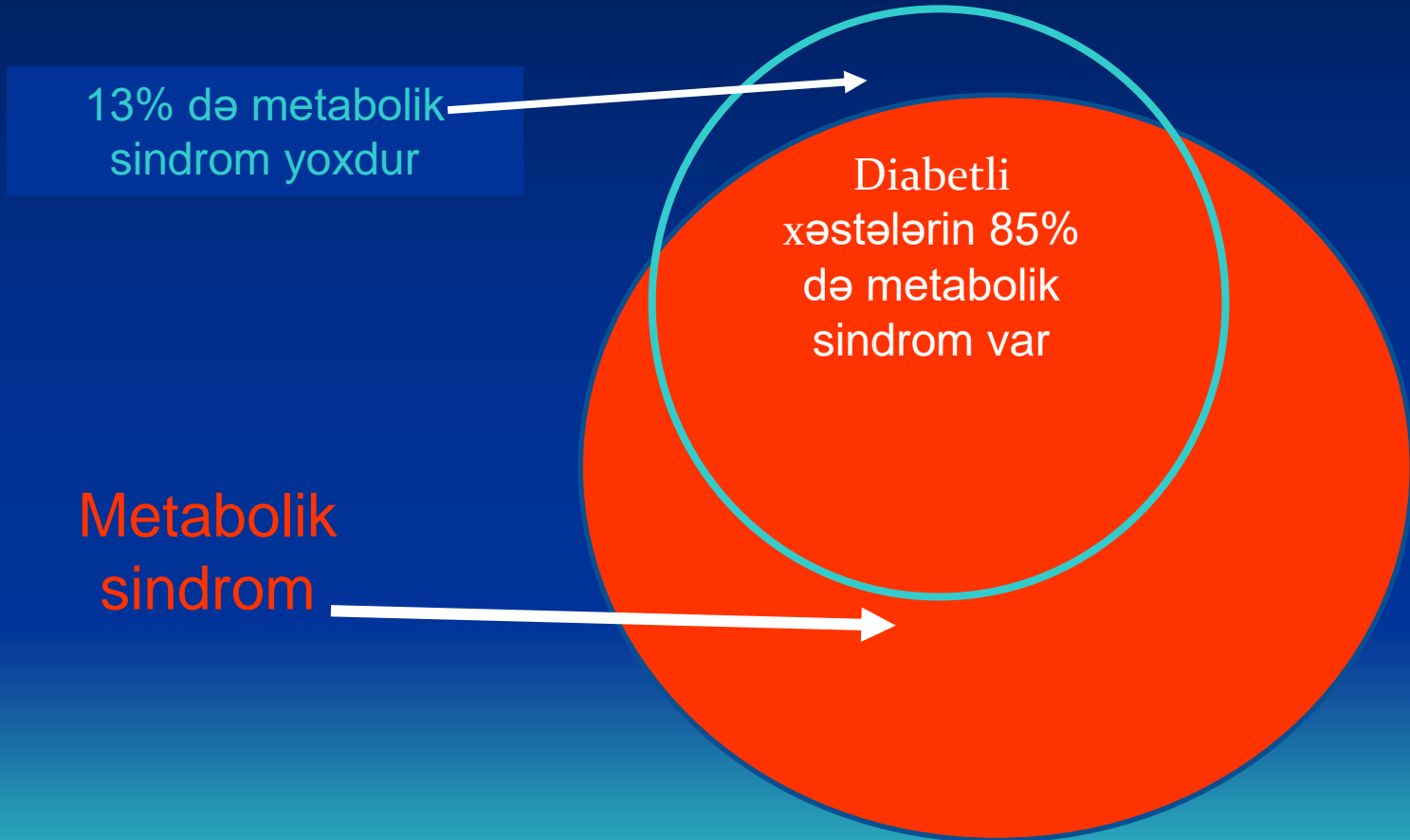
ŞƏKƏRLİ DİABET VƏ МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ



- Metababolik sindrom dedikdə insulin rezistentliyi nəticəsində yaranan xəstəlik və patoloji hallar qrupu nəzərdə tutulur.
- Metabolik sindrom tip2 ŞD- in uvertyurasi, başqa sözlə inki.afının başlanğıc mərhələsi hesab olunur.

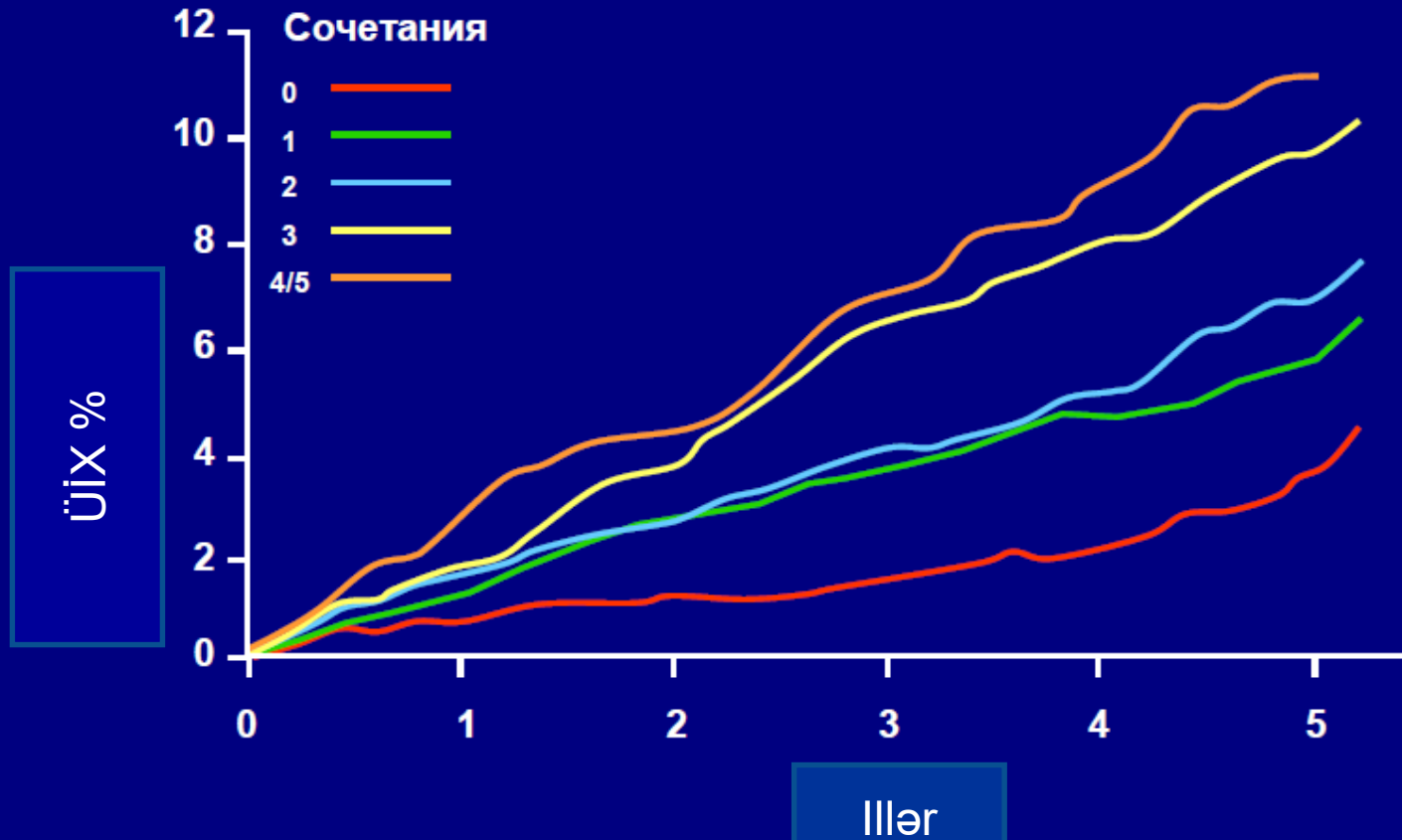


Metabolik sindrom və şəkərli diabet arasında udur.dsix əlaqə mövcuddur.



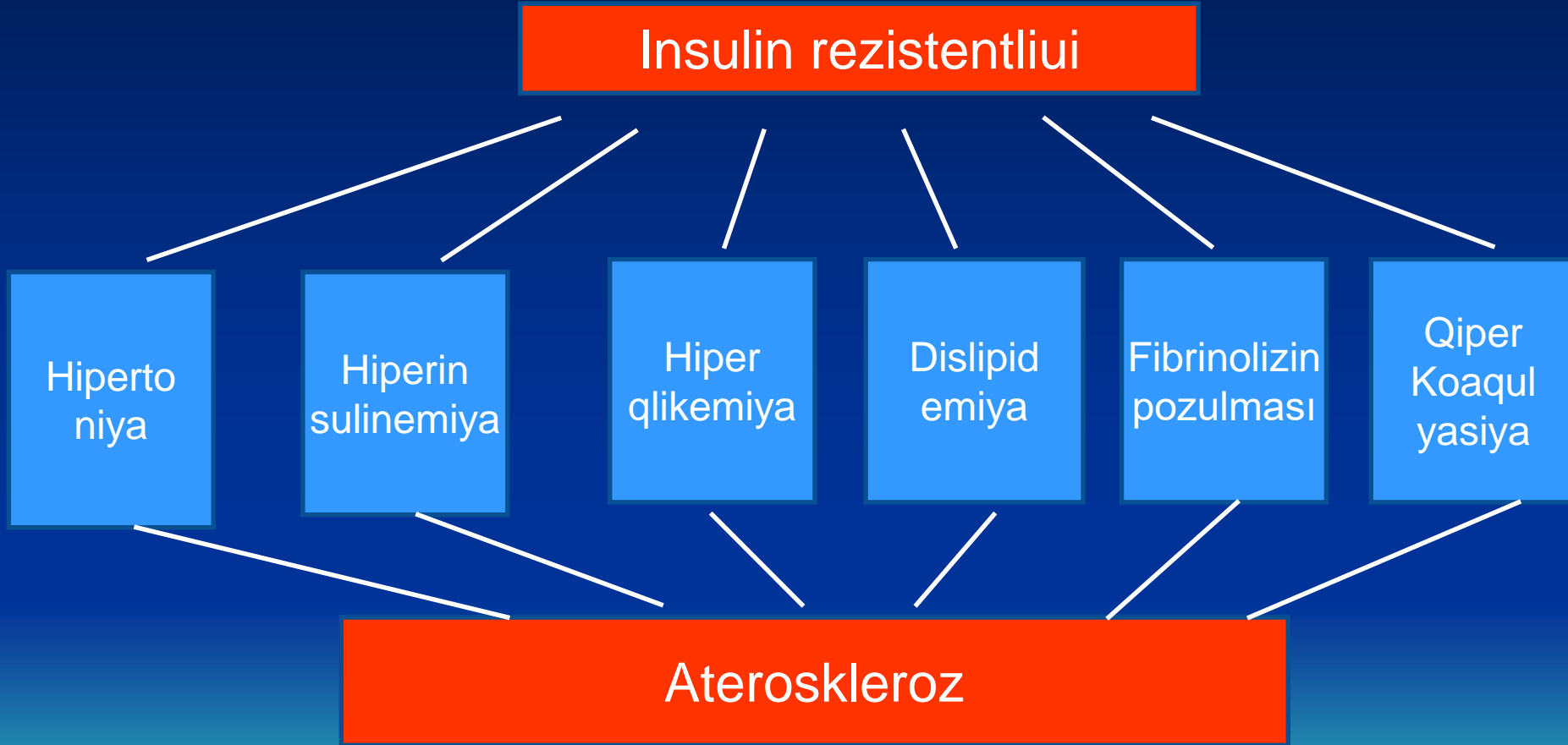


Metabolik sindromla ÜİX arasında əlaqə



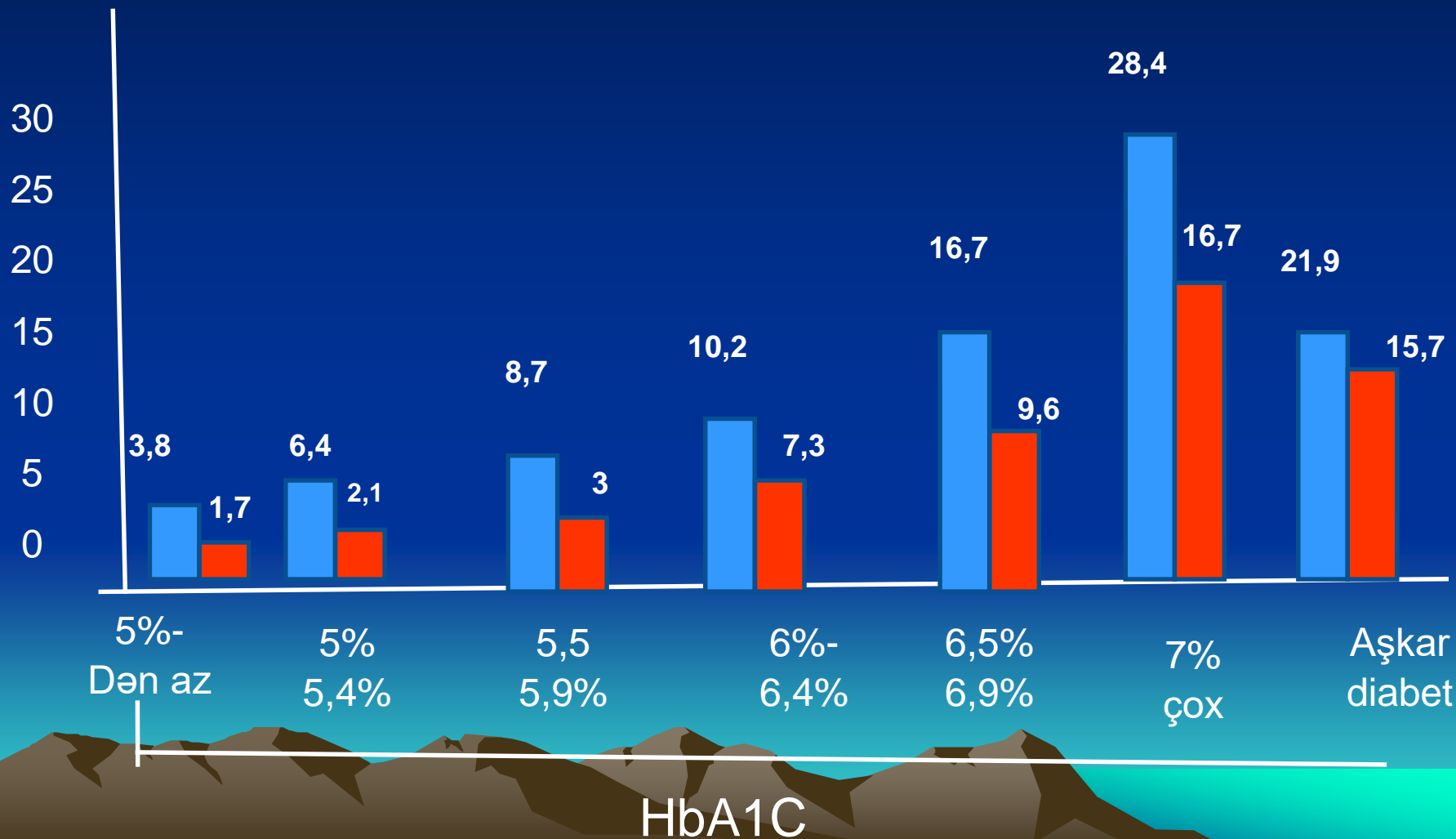
Sattar N et al. *Circulation*. 2003;108:414-419.

Metabolik sindrom və ateroskleroz arasında əlaqə



HbA1c və diabet zamanı ÜİX riski arasında əlaqə

ÜİX
Hər 100
Nəfərə



Metabolik sindrom zamanı artıq bədən çəkisinin aktiv fiziki hərəkətlərlə normal həddə yaxınlaşdırılması və pəhrizə əməl olunması 50% hallarda şəkərli diabetin inkişaf riskini azaldır.

Digər tərəfdən qeyd etmək lazımdır ki , metabolik sindrom essensial hipertoniya və aterosklerozun patogenezinə də mühüm rol oynayır.

Metabolik sindromu çox vaxt “X” sindromu və ya insulinorezistenlik sindromu da adlandırırlar.



Metabolik sindrroma aşağıdakı simptomlar aiddir :

a) insulina qarşı rezistenlik

b) Perinsulinemiya

c) Qlükozaya qarşı tolerantlığın pozulması

ç) hipertliqliseridemiya

d) Hiperxolesterinemiyaya və dislipidemiya (çox yüksək sıxlıqlı lipoproteidlərin miqdarının azalması və əksinə aşağı və çox aşağı sıxlıqlı lipoproteidlərin miqdarının artması)

e) abdominal tipli piylənmə

ə) arterial hipertenziya.



Yuxarıda göstərilən əlamətlərdən piylənmə , qlükozaya qarşı tolerantlığın pozulması, dislipidemiya, arterial hipertenziya birlikdə bir xəstədə rast gəlsə buna “ölüm kvarteti” deyirlər.



Pəhriz müalicəsi. Şəkərli diabetin yalnız pəhrizlə müalicəsi xəstəliyin ancaq yüngül formalarında və qlükozaya qarşı tolerantlığın pozulması, həmçinin gizli diabet zamanı aparılır. Bununla belə qeyd etmək lazımdır ki, şəkərli diabetin bütün formalarında və xəstəliyin bütün ağırlıq dərəcələrində pəhriz müalicəsi qanda şəkərin səviyyəsini aşağı salan istər sülfanilamid və biquanid həbləri və istərsə də insulinlə müalicə zamanı həmişə birlikdə aparılır. Yəni pəhriz bazis müalicəsi kimi aparılır.



Bu aşağıdakı kimi həyata keçirilir.

1. Pəhriz
2. Pəhriz + sulfanilamid preparatları (şəkərsalıcı)
3. Pəhriz + biquanid preparatları
4. Pəhriz + sulfanilamid + biquanid preparatları
5. Pəhriz + insulin preparatları
6. Pəhriz + insulin + sulfanilamid preparatları
7. Pəhriz + insulin + biquanid preparatları
8. Pəhriz + insulin (və ya sulfanilamid və ya biquanid preparatları)
pioqlitazon preparatları



Şəkərli diabet xəstələrinin müalicəsində ən bəşşlıca prinsip pozulmuş karbohidrat mübadiləsinin, eləcə də pozulmuş digər mübalidə növlərinin də normallaşmasından, yeni kompensasiyasından ibarətdir.

Ümumi qəbul olunmuş fikrə görə karbohidrat mübadiləsinin normallaşdırılması (kompensə olunması) şəkərli diabetin damar fəsadlarının inkişafının, komatoz halların baş verməsinin qabağını alır və xəstələrin əmək qabiliyyətini bərpa edir.



Şəkərli diabetin tam (maksimal) kompensasiyasını meyarlarına bunlar aiddir:

- a) xəstələrin əmək qabiliyyətinin bərpa olunması
- b) bədən çəkisinin normal rəqəmlər civarında olması
- c) hipoqlikemiyanın olması (sutka ərzində)
- ç) ac qarına qanda qlukozaın normada olması, yeməkdən 2 saat sonra isə 8 mmol/l-dən çox olması
- d) sidikdə şəkərin olmaması, qanda xolesterin və triqliseridlərin normal səviyyədə olması



Lakin qeyd etmək lazımdır ki, şəkərli diabetin tam kompensasiyasına xəstələrdə nail olmaq çətin olur və buna çox hallarda II tip şəkərli diabetin yüngül formalarında müəssər olmaq mümkün olur.

Şəkərli diabetin subkompensasiya meyarlarına isə aşağıdakilər aiddir:

- a) ac qarına qanda qlükozanın səviyyəsi 8 mmol/l, yeməkdən 2 saat sonra və eləcə də sutka ərzində 10 mmol/l-dən çox olmur
- b) HbA1c- 8 %-dən çox olmur
- c) sutkalıq qlükozuriya 15-20 qr
- ç) xəstələrdə arıqlama və əvvəlki iş qabiliyyətini itirmə halları olur.



Sutkada 5 dəfə qidalanma I tip  k rli diabet xəstələri  c n nəzərdə tutulmuşdur.

II tip  k rli diabet xəstələrinin sutkada 4 dəfə qidalanması məsləhətdir.



Şəkərli diabet xəstələrinə Pevznerin 9 saylı pəhrizi məsləhət görülür. Ümumi qəbul olunmuş qaydaya görə qidanın 60%-ni karbohidratlar, 16%-ni zülallar, 24%-ni isə yağlar təşkil etməlidir.

Qəbul edilən yağların 50%-ni heyvani, 50%-nin isə bitki mənşəli olması məsləhət görülür.



Şəxsin (xəstənin) fenotipini Ketl indeksinə (bəzi ədəbiyyatlarda Qrou indeksi gedir) əsasən hesablayırlar.



Ketl indeksi 20-24,9-dək olarsa bu normal fenotip və normal bədən çəkisinə malik şəxs hesab olunur.

Hərgah Ketl indeksi 20-dən aşağı olarsa, o zaman şəxsin fenotipi arıq kimi qiymətləndirilir.



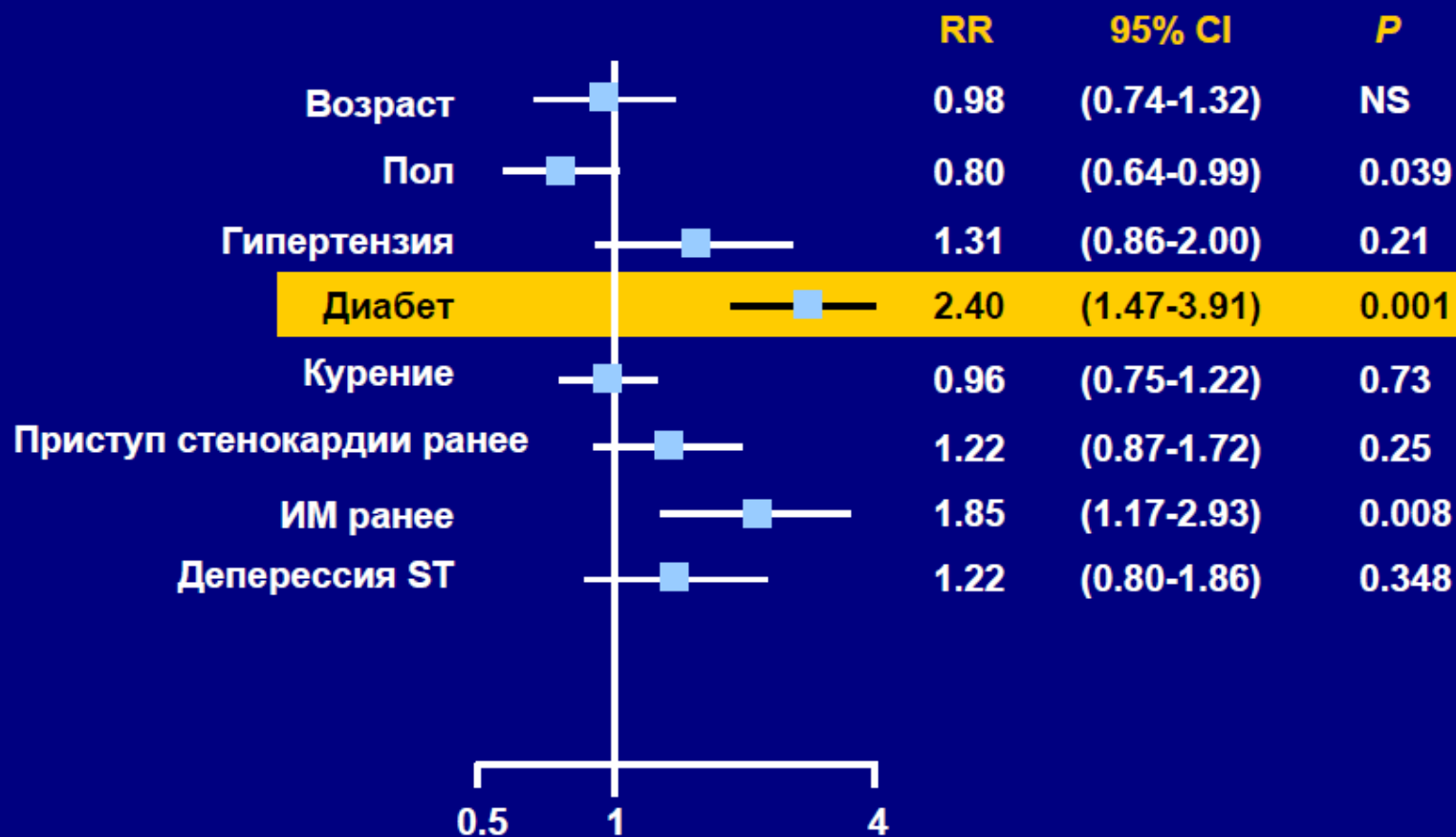
İndeks 25-29,9-dək olarsa I dərəcəli piylənmə hesab olunur; əgər bu indeks 30-dan yuxarı olarsa, o zaman III dərəcəli piylənməyə uyğun gəlir.

İndeks 35-dən yuxarı olarsa bu IV dərəcəli piylənmə hesab olunur.





СД2 как наиболее важный независимый прогностический фактор смерти и инфаркта миокарда



RR=степень риска

Norhammar A et al. *J Am Coll Cardiol.* 2004;43:585-591.



Гипертензия как фактор риска

- У лиц старше 50 лет, систолическое АД >140 mm является существенно более важным фактором риска СС болезней, чем величина диастолического АД
- С уровня 117/75 mm Hg, риск СС болезней удваивается при увеличении АД на каждые 20/10 mm Hg
- Артериальное давление систолическое от 120 to 139 mm Hg или диастолическое от 80 до 89 mm Hg следует считать предгипертоническим

JNC 7 = Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.

Chobanian AV et al. *JAMA*. 2003;289:2560-2572.



Классификация АД

АД (mm Hg)

Классификация	Систолич		Диастол
Норма	<120	и	<80
Прегипертензия	120-139	или	80-89
Стадия 1	140-159	или	90-99
Стадия 2	≥160	или	≥100



Целевые значения АД, при лечении гипертензии у больных диабетом

	Систол	Диастол
	(mm Hg)	
Цель	<130	<80
Лечение, направлено на изменение образа жизни (максимум 3 мес; если цель не достигнута, присоединяется лекарственная терапия)	130–139	80–89
Комбинация изменения образа жизни + лекарства	≥140	≥90

BP=blood pressure.

ADA. *Diabetes Care*. 2005;28(suppl 1):S4-S36.



Рекомендации по лечению дислипидемии при СД2

- Целью лечения, направленного на снижение липидов, является предотвращение сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности у больных ИБС при СД2
- Лечение статинами направлено на предотвращение макрососудистых осложнений при СД2 и других сердечно-сосудистых факторов риска
- Если больному назначено лечение статинами, то больной СД2 должен получать, по крайней мере, среднетерапевтическую дозу препарата
- Только в особых случаях целесообразно регулярно контролировать на фоне лечения статинами, функциональные печеночные тесты и мышечные ферменты

ACP=American College of Physicians;
CV=cardiovascular; CAD=coronary artery disease.

Snow V et al. *Ann Intern Med.* 2004;140:644-649.



Цели лечения дислипидемии при СД2

	Цели (мг%)
Х-ЛПВП	>40 у муж >50 у жен
Х-ЛПНП*	<100
Триглицериды	<150

*У больных >40 лет с диабетом и ТГ ≥ 135 мг% без СС болезней статины назначаются с целью снижения Х-ЛПВП на 30% – 40%, независимо от исходных значений. У больных с очень высоким риском, например, при сочетании диабета и СС болезней цель лечения – снижение Х-ЛПВП <70 мг%.



Цели лечения для Х-ЛПВП у взрослых с диабетом в зависимости от сочетания с СС болезнями

Диабет в комбинации с СС болезнями

- Больные диабетом, у которых имеются СС болезни имеют большой риск их прогрессирования
- Цель лечения статинами – снижение Х-ЛПНП <100 мг%
- Оптимальным может быть уровень Х-ЛПНП может быть <70 мг% на фоне высоких доз статинов
be considered

Диабет без СС болезней

- Возраст < 40 лет
 - Изменение образа жизни, если Х-ЛПВП >100 мг%
 - Если необходимо, добавляется фармакотерапия для достижения целевых значений <100 мг%
- Возраст \geq 40 лет
 - Статины назначаются, когда уровень общего холестерина \geq 135 мг% для снижения Х-ЛПВП на 30%–40% независимо от исходного уровня Х-ЛПВП



Ключевые рекомендации при лечении метаболического синдрома в сочетании с диабетом

- Изменения стиля жизни является ведущим компонентом в лечении, направленным на снижение уровня Х-ЛПНП и метаболического синдрома
- Больные диабетом относятся к категории высокого риска по отношению к СС болезням
- Больные диабетом в сочетании с СС болезней относятся к категории очень высокого риска и цель лечения:
 - цель снижения Х-ЛПВП <70 мг% у этих больных
- У больных диабетом, но без СС болезней, цель снижения Х-ЛПНП остается <100 мг%
 - если уровень Х-ЛПНП находится к близким к цели значениям, то липидоснижающая терапия назначается на усмотрение клинициста
- У больных с высоким риском или умеренно высоким риском, лекарственная терапия должна снижать уровень Х-ЛПНП по крайней мере на 30%-40%

TLC=therapeutic lifestyle changes; CVD=cardiovascular disease



Показания для кардиального стресс тестирования у больных диабетом

- Типичные или атипичные кардиальные симптомы
- На ЭКГ в покое имеются признаки ишемии или перенесенного инфаркта
- Окклюзивные болезни периферических сосудов или каротид
- Сидячий образ жизни, возраст >35 лет и намерение начать активно заниматься спортом
- Два или более факторов риска на фоне диабета:
 - дислипидеми
 - гипертензия
 - курение
 - ИБС в семье в молодом возрасте
 - Микро- или макроальбуминурия

American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2005;28(suppl 1):S4-S36.



Рекомендации по терапии аспирином у больных диабетом

Рекомендуется:

- Для первичной профилактики у лиц страдающих диабетом 1 или 2 типа и с высоким риском СС болезней, что включает гипертензию, дислипидемию, альбуминурию, курение, возраст старше 40 лет или в семье больным с СС болезнями
- Для вторичной профилактики у больных диабетом и историей ИМ, коронарного шунтирования, инсультом, поражением периферических артерий, стенокардией, перемещающейся хромотой

SON

