



Инфаркт миокарда и сахарный диабет

ассистент кафедры кардиологии ФПК и ППС

ФГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»

Л.В. Балеева

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ДРУГИХ НАРУШЕНИЙ ГЛИКЕМИИ

(ВОЗ, 1999–2013) Сахарный диабет

Гликированный гемоглобин (Hb A1c), %	$\geq 6,5$
Гликемия натощак, ммоль/л	≥ 7
Гликемия через 2 часа после нагрузки глюкозой, ммоль/л	$\geq 11,1$
Случайное определение + симптомы, ммоль/л	$\geq 11,1$
Нарушение толерантности к глюкозе	
Гликемия натощак (если определяется), ммоль/л	< 7
Гликемия через 2 часа после нагрузки, ммоль/л	7,8 – 11,1
Нарушение гликемии натощак	
Гликемия натощак, ммоль/л	6,1 – 6,9
Гликемия через 2 часа после нагрузки, ммоль/л	$< 7,8$

Если диагноз остается неясным или сомнительным –

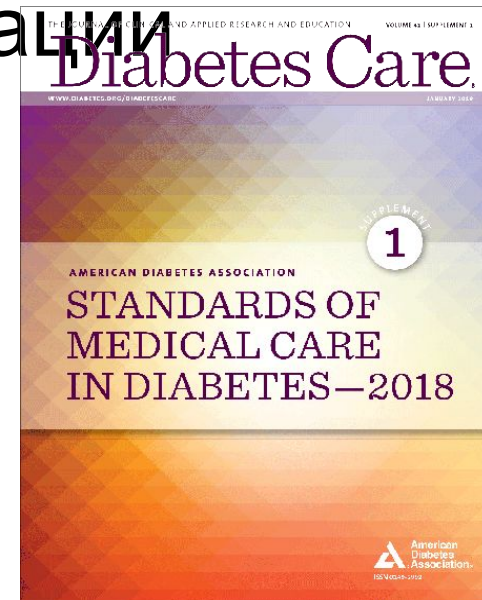
пероральный глюкозотолерантный тест

не ранее чем через 4–5 дней после ОКС

Гипергликемия у госпитализированных больных
глюкоза в крови $> 7,8$ ммоль/л

Если у пациента $HbA1c \geq 6.5\%$

Сахарный диабет предшествовал госпитализации



СД увеличивает:

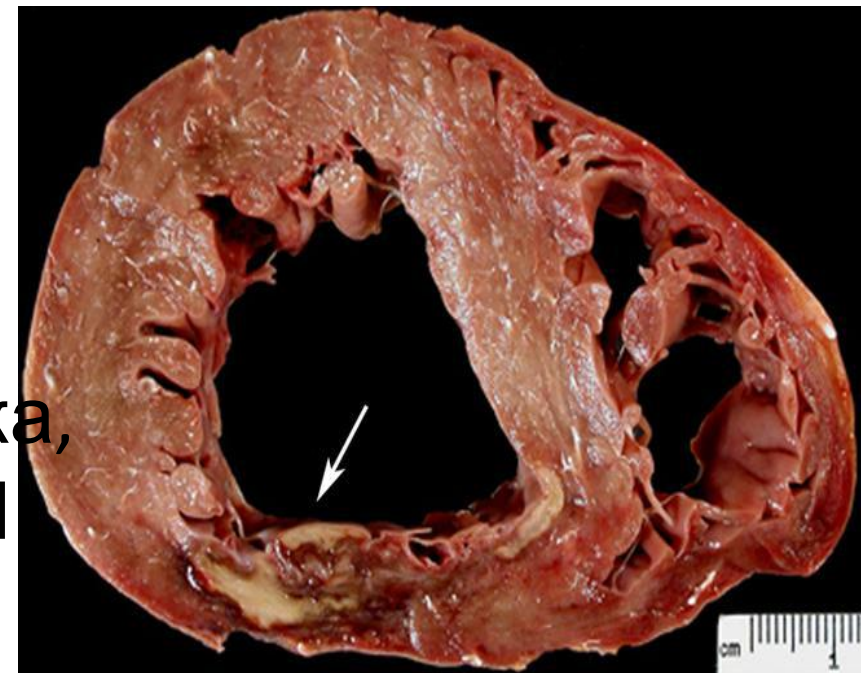
В 6 раз риск развития ИМ

В 2-4 раза риск летального исхода при ИМ

Риск «внезапной смерти», кардиогенного шока, сердечной недостаточности, аритмий при ИМ

Безболевые («немые») формы ИМ

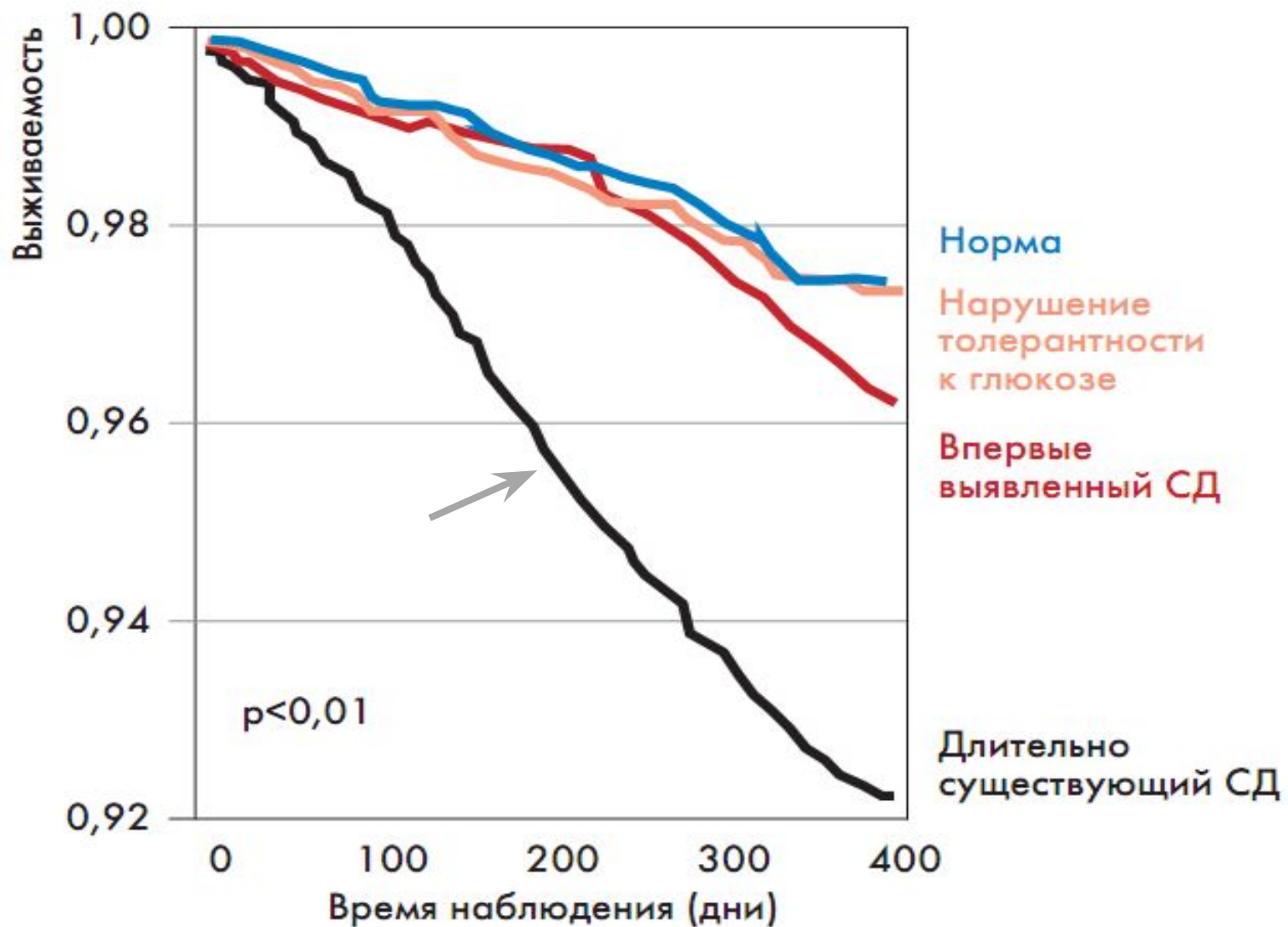
Имеется большая вероятность рестеноза стента



GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS PRESENTING WITH ST-SEGMENT ELEVATION. ESC 2017

«АЛГОРИТМЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ»,

Выживаемость после острого ИМ в зависимости от уровня глюкозы в крови



Пациент П.

Мужчина 65 лет Пенсионер

06.04.18 г.

Выраженная боль в груди жгуче-давящего характера, продолжительная , рецидивирующая.

От вызова СП воздержался.

Принимал корвалол, пенталгин.

11.04.18 г. боль в груди с иррадиацией в левое плечо, одышка, потливость

Обратился в поликлинику

Пациент П.

ЭКГ

11.04.2018 г.

16:30

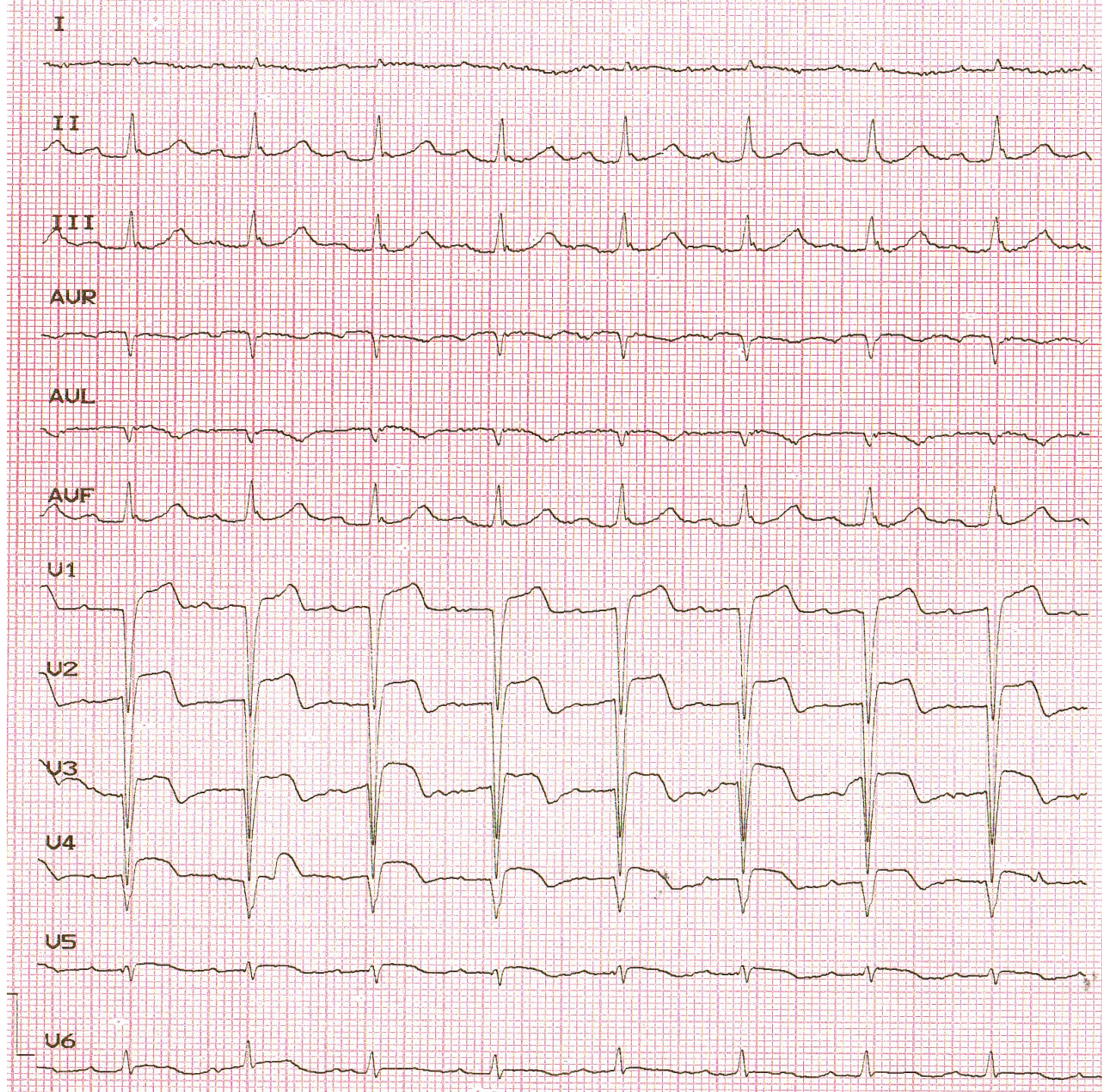
Синусовый ритм

ЧСС 92 в мин

QS V1-V4 AVL

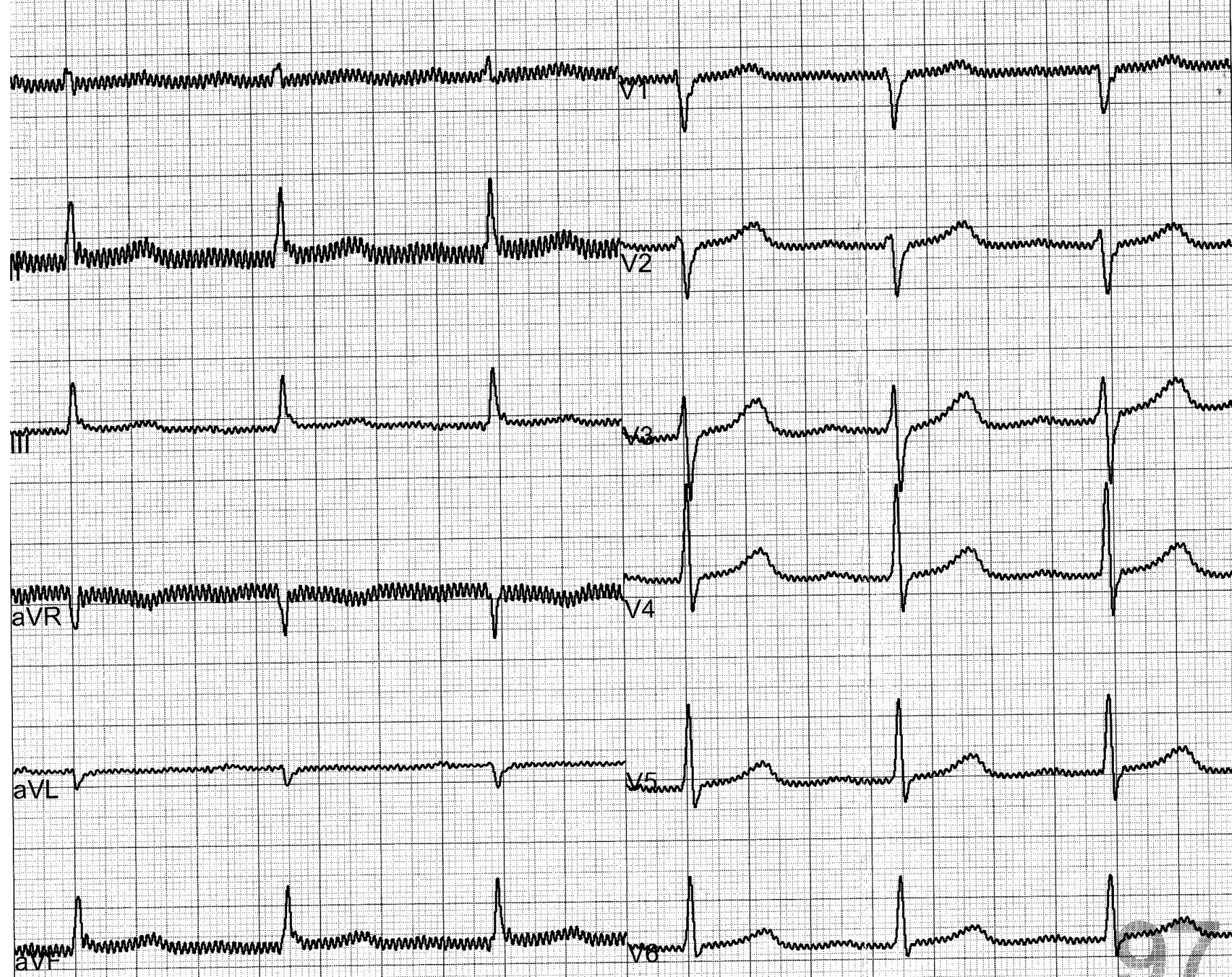
элевация ST

V1-V5



Пациент П.

ЭКГ
февраль
2018 г.



Пациент П.

Скорая помощь

Изокет спрей п/я

Гепарин 5000 ед в/в

Клопидогрел 300 мг

Аспирин 250 мг

доставлен в МКДЦ 17:30

Пациент П.

История заболевания:

2002 г. Сахарный диабет 2 типа.

Метформин 850 мг 2 раза в день, Диабетон МВ 60 мг

2004 г. Повышение АД: до 170/100 мм рт.ст.

Нерегулярный прием гипотензивных препаратов.

2015 г. Боли за грудиной без связи с физической нагрузкой, принимал корвалол

2016 г. Ишемической инсульт

Не курит

Злоупотребление алкоголем: нет

Пациент

П.

Отделение АиР 2

11.04.2018 г. 17:30

Объективный осмотр:

Рост 178 см Вес 72 ИМТ – 22

Сглажена левая носогубная складка

ЧД 19 в мин

АД 100/75 мм рт.ст. ЧСС 88 в мин

Тоны сердца ритмичные ясные, шумы не выслушиваются.

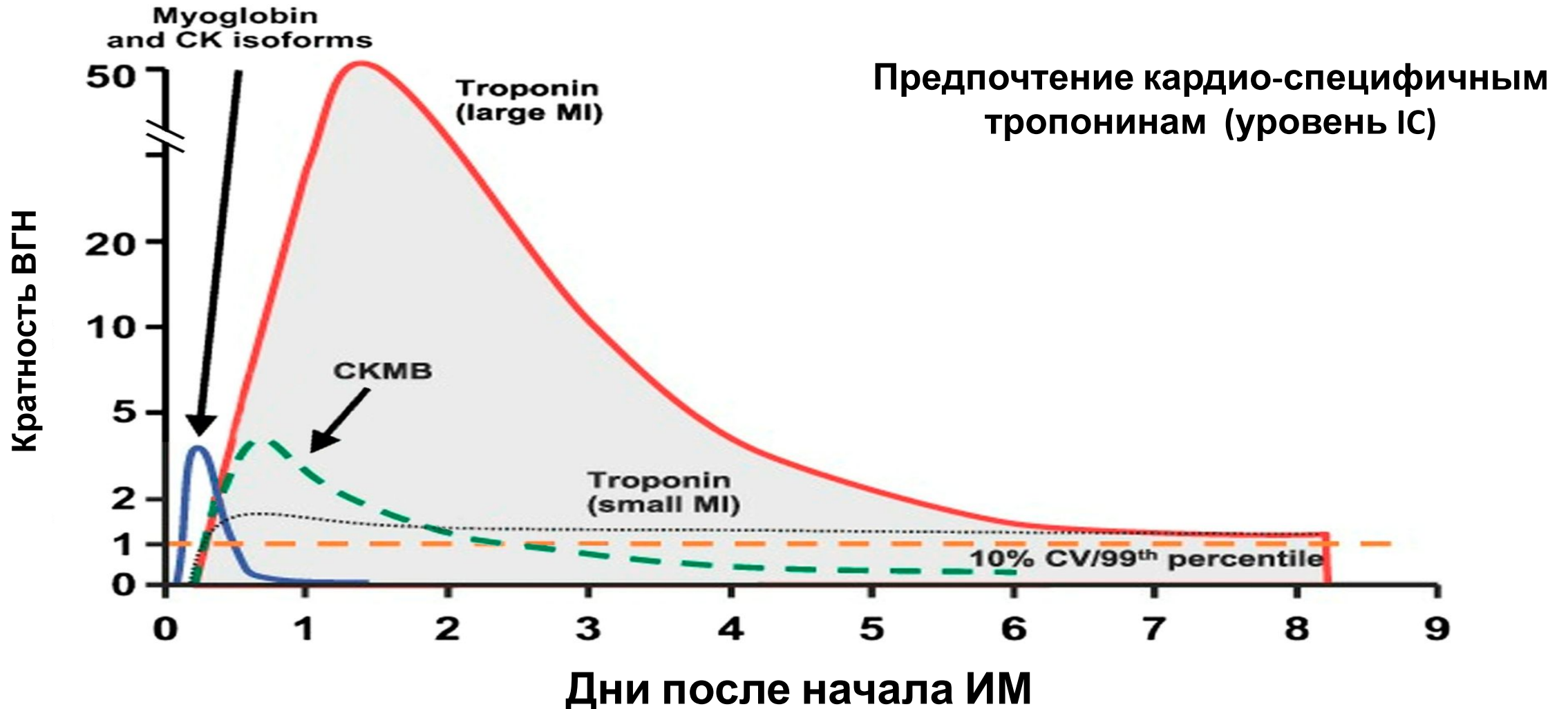
В легких дыхание везикулярное.

Живот мягкий, болезненность отсутствует, печень не пальпируется.

Пациент П.

Показатель	11.04.2018 г. 17:39	Ед. изм.	Норма
Тропонин I	100	нг/мл	0-1
Миоглобин	164	нг/мл	0-70

Время появления маркеров некроза после ИМ



diac biomarkers. In: Murphy JG, Lloyd MA, editors. Mayo Clinic Cardiology: Concise Textbook. 3rd ed. Rochester, MN: Mayo Clinic Scientific Press and New York: Informa Healthcare USA, 2007:773–80.

Anderson JL, et al. *J Am Coll Cardiol* 2007;50:e1–e157, Figure 5.

Пациент П.

17:36

11.04.2018 г.

КДР – 5,0 см

КСР – 3,7 см

ФВ ЛЖ 46 %

ЛП – 4,2 см

ПЖ – 1,7 см

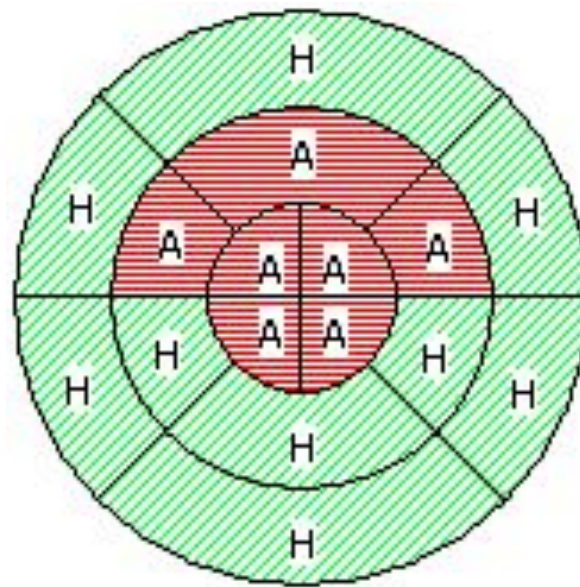
СДЛА – 32 мм рт.ст.

Акинез апикальных,
перегородочного и
переднего сегментов ЛЖ

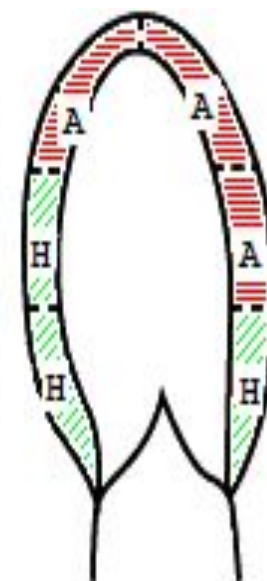
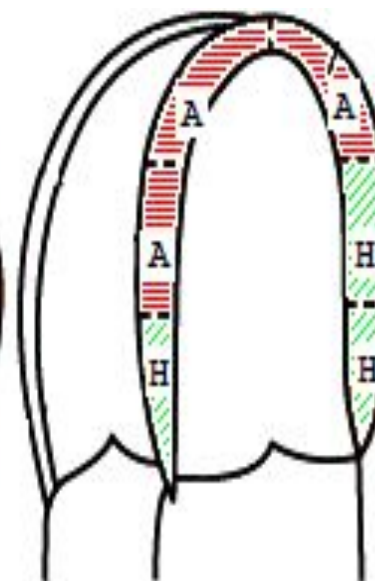
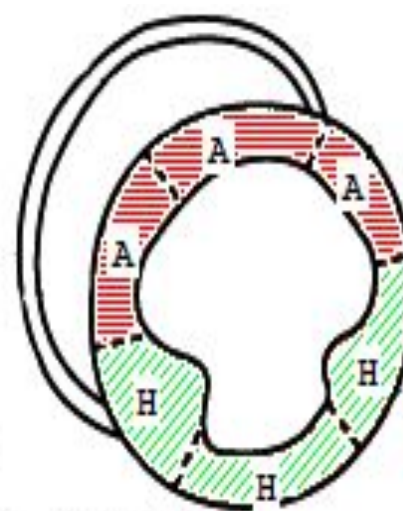
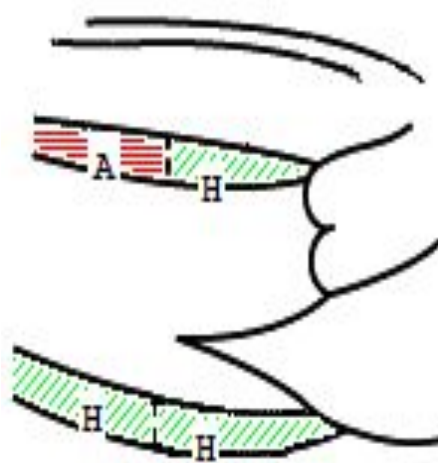
Истончение до 0,5 см
апикальных сегментов.

Эффект спонтанного
контрастирования в ЛЖ

ЭхоКГ



Н – Нормокинез
Г – Гипокинез
А – Акинез



Предварительный диагноз пациента П.

ИБС: инфаркт миокарда с 3 Q передне-боковой стенки ЛЖ от 6.04.2018 г (клинически). Рецидив инфаркта от 11.04.2018 г

Гипертоническая болезнь III ст. Риск 4

Перенесенный ишемический инсульт в декабре 2016 г

Сахарный диабет 2 тип, в стадии декомпенсации. Целевой HbA1c менее 8%

Отменить:

Метформин и Глитазоны при ОКС

Метформин и Ингибиторы НГЛТ-2

в течение 2 суток до и после

выполнения **рентгенконтрастных процедур**

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Российская ассоциация эндокринологов
ФГБУ Эндокринологический научный центр

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**«АЛГОРИТМЫ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ»**

Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова

8-й выпуск

**STANDARDS
OF SPECIALIZED DIABETES
CARE**

Edited by Dedov II, Shestakova MV, Mayorov AY

8th Edition

Москва
2017

«АЛГОРИТМЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ

Пациент
П.

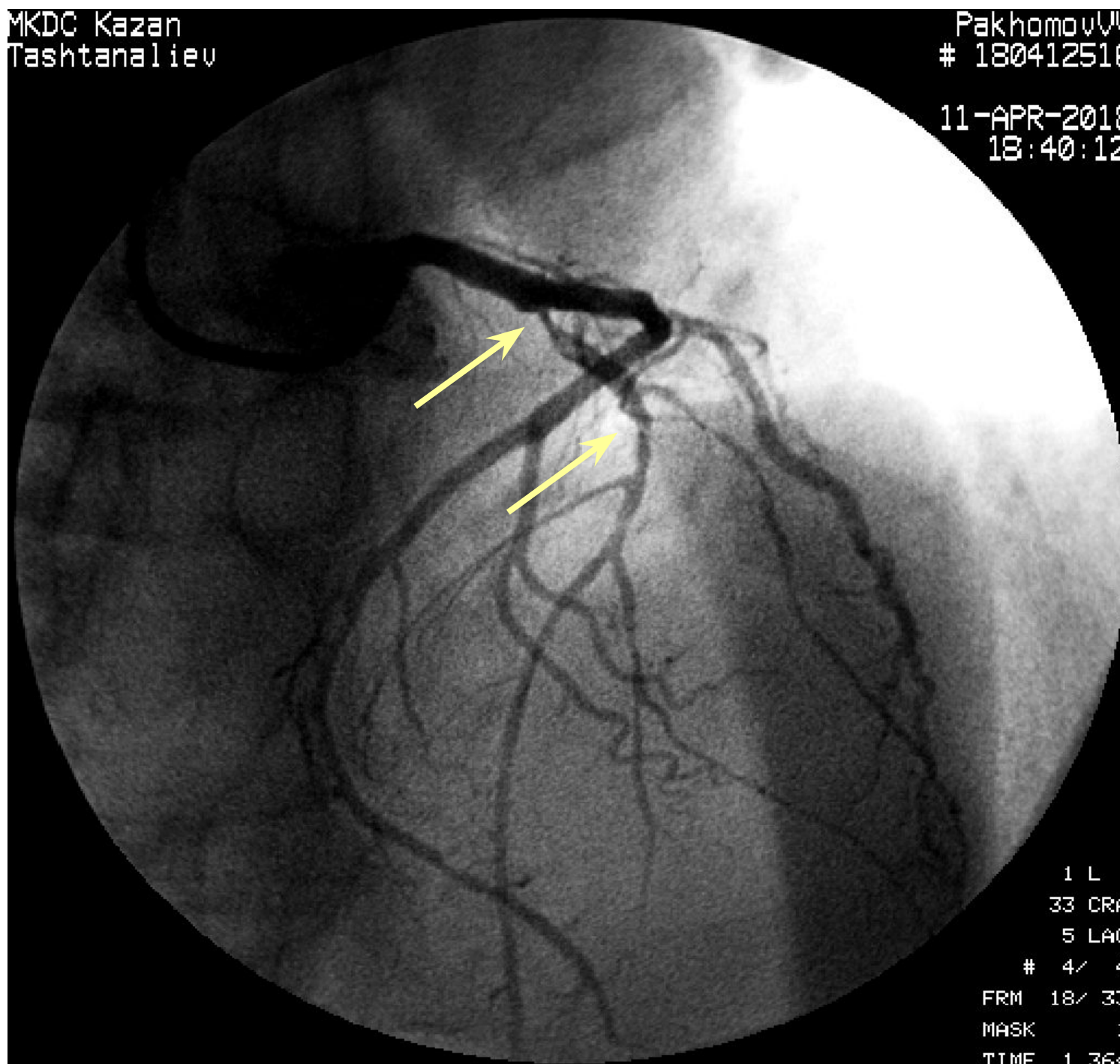
КАГ

11.04.2018 г.
18:40

МКDC Kazan
Tashtanaliyev

PakhomovVV
180412516

11-APR-2018
18:40:12



1 L
33 CRA
5 LAO
4/ 4
FRM 18/ 33
MASK 1
TIME 1.36s

ЧКВ 11.04.2018 г.

Пациент
П.

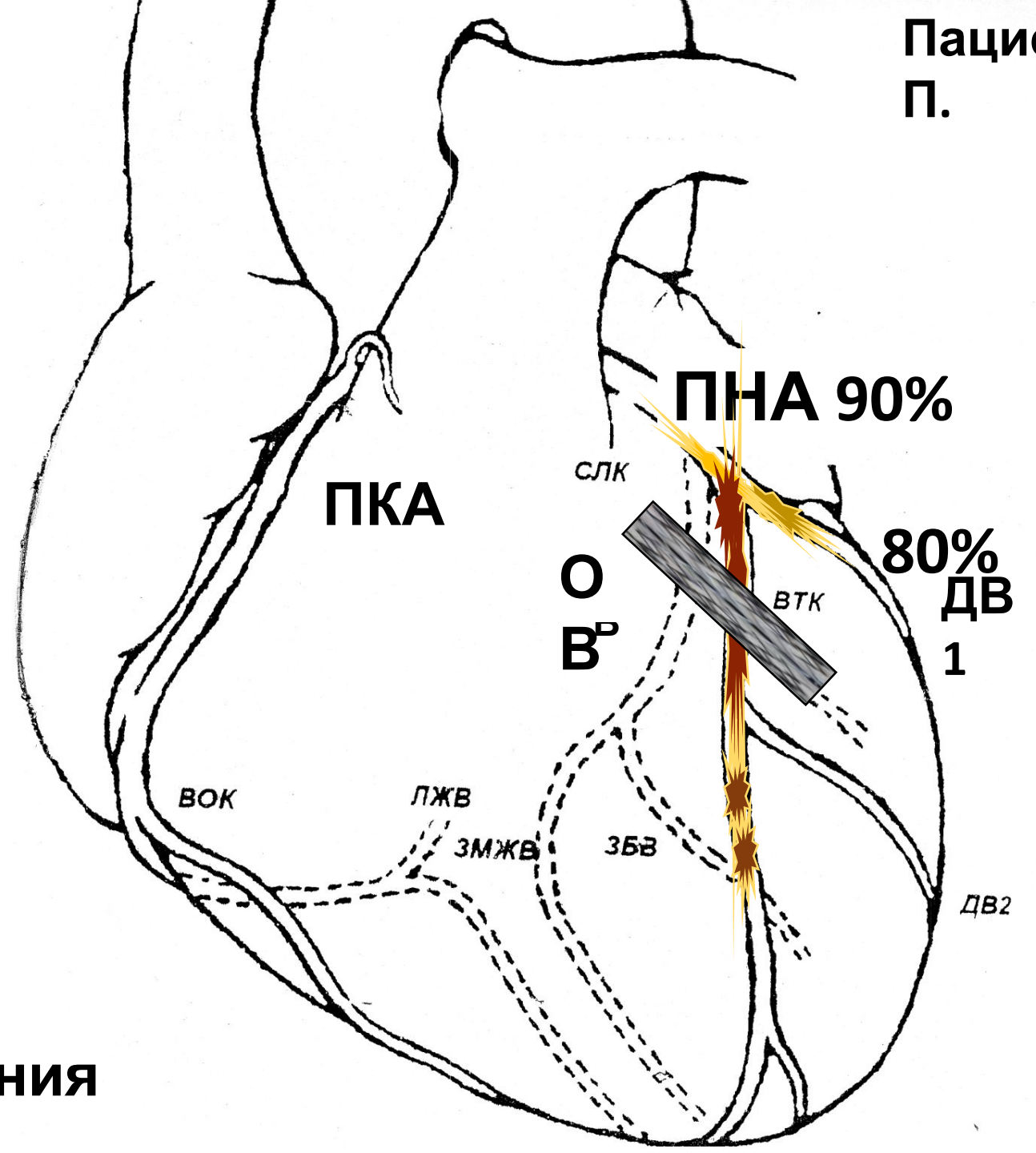
Ствол ЛКА: контуры неровные

ПНА: стеноз 90% в п/3 и с/3
тромбы в просвете

ДВ стеноз 80% TIMI III

ОВ: контуры неровные TIMI III

ПКА: контуры неровные TIMI III



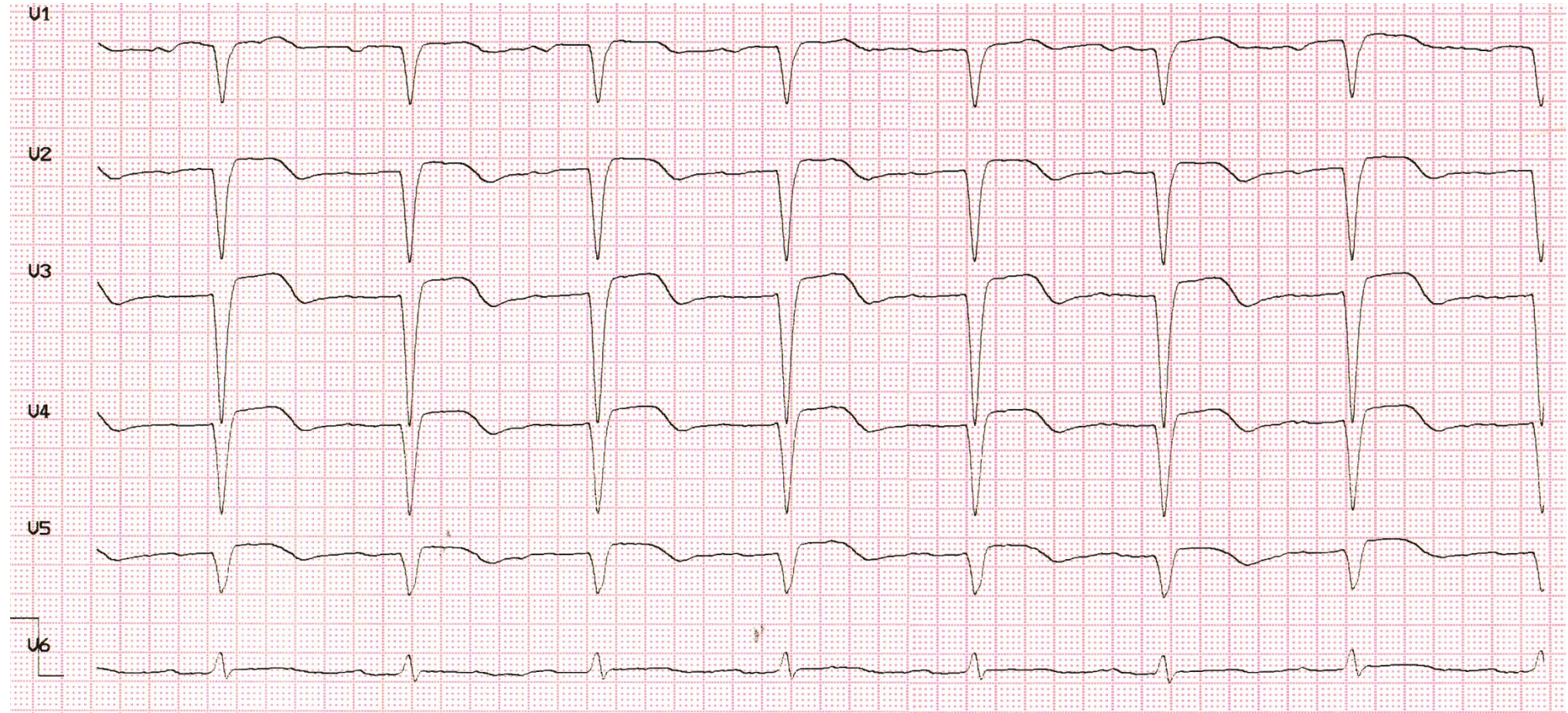
**Установка нового поколения
DES**

Пациент П.

ЭКГ

11.04.2018 г.

19:30



Пациент П.

Лабораторные показатели Анализ

крови

Показатель	11.04.2018 г.	Ед. изм.	Норма
Гемоглобин	132	г/л	130-160
Лейкоциты	10,6	10 в 9 ст./л	4-9
Тромбоциты	320	10 в 9 ст./л	180-320
Гематокрит	42	%	40-48
СОЭ	34	мм/час	1-15

Пациент П. Лабораторные показатели Анализ крови

Показатель	11.04.2018 г.	Ед. изм.	Норма
Креатинин	88	мкмоль/л	71-115
СКФ	84	мл/мин	90-137
Холестерин общий	3,37	ммоль/л	3,6-5,2
ЛПНП	2,2	ммоль/л	1,6-3,4
ЛПВП	0,81	ммоль/л	0,78-1,82
Триглицериды	0,81	ммоль/л	0,45-1,8
АЛТ	96,7	Ед/л	5-49
АСТ	236,4	Ед/л	9-48
Билирубин общий	6,8	мкмоль/л	3,4-17,1
Калий (К)	4,2	ммоль/л	3,5-5,1
Натрийуретический пептид (NTproBNP)	5866	пг/мл	0-125
Глюкоза	25,9	ммоль/л	3,6-6

Ведение пациентов с ОКС и диабетом

Для снижения заболеваемости и смертности:

Бета-блокаторы IIa B

Для снижения риска сердечно-сосудистых событий:

иАПФ и АРА I A

Статины I A

Аспирин I A

Ингибиторы рецептора P2Y₁₂ (prasugrel или ticagrelor после ЧКВ) I A

Пациент П.

Лекарственная терапия

Показатель	11.04.2018 г.
ББ	
ИАПФ	
Статины	
Антиагреганты	АСК 100 мг Клопидогрел 75 мг
Антикоагулянты	Арикстра 2,5 мг
Ингибитор протонного насоса	Омепразол 20 мг
Диуретики	
Лечение СД	

Пациент П. **Лабораторные показатели** **Анализ крови**

Показатель	11.04.18 г. 17:39	Ед. изм.	Норма
Глюкоза	25,9	ммоль/л	3,6-6
Гликированный гемоглобин (Hb A1c)	12,3	%	4,4-6

Пациент П. Лабораторные показатели Анализ мочи

Показатель	11.04.18 г.	Ед. изм.	Норма
Удельный вес	1030		1008-1026
Белок	++	г/л	отр
Глюкоза	++++		отр
Кетоновые тела	+		отр
Эпителий плоский	0-1	в п/зр	5-15
Лейкоциты	0-1	в п/зр	1-4
Эритроциты	-	в п/зр	0-1

Пациент П. **Лабораторные показатели** **Анализ крови**

Показатель	11.04.2018 г.	Ед. изм.	Норма
КЩС рН	7,36		7,32-7,42
Лактат	2,86	ммоль/л	0,7-2,5

Многие пациенты с СД 2 типа при ОКС могут продолжать проводимую ранее сахароснижающую терапию

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Российская ассоциация эндокринологов
ФГБУ Эндокринологический научный центр

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**«АЛГОРИТМЫ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ»**

Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова

8-й выпуск

**STANDARDS
OF SPECIALIZED DIABETES
CARE**

Edited by Dedov II, Shestakova MV, Mayorov AY

8th Edition

Москва
2017

«АЛГОРИТМЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ

Показания для инсулинотерапии у больных СД и ОКС
СД 1 типа

Глюкоза плазмы выше 10 ммоль/л

Диабетический кетоацидоз, гиперосмолярные состояния

Терапия высокими дозами стероидов

Парентеральное питание

Общее тяжелое/критическое состояние

Кардиогенный шок, застойная СН, постинфарктная
стенокардия, АГ, нарушения сердечного ритма

Нарушение сознания

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Российская ассоциация эндокринологов
ФГБУ Эндокринологический научный центр

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

«АЛГОРИТМЫ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ»

Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова

8-й выпуск

STANDARDS
OF SPECIALIZED DIABETES
CARE

Edited by Dedov II, Shestakova MV, Mayorov AY

8th Edition

Москва
2017

«АЛГОРИТМЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ
Диабетический кетоацидоз, гиперосмолярные состояния»

Алгоритм непрерывной внутривенной инфузии инсулина

Приготовление инфузионной смеси:

Инсулин короткого действия 1 ЕД / 1 мл 0,9 % раствора NaCl

< 0,5 ЕД/ч	при дефиците дозы инсулина при СД печеночной, надпочечниковой недостаточности
0,5–1 ЕД/ч	при компенсации
2 ЕД/ч	при декомпенсации без ожирения
3 ЕД/ч	при выраженной декомпенсации, ожирении, инфекциях, хронической терапии стероидами и др. состояниях с инсулинорезистентностью
4-10 ЕД/ч	диабетический кетоацидоз

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Российская ассоциация эндокринологов
ФГБУ Эндокринологический научный центр

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**«АЛГОРИТМЫ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ»**

Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова

8-й выпуск

**STANDARDS
OF SPECIALIZED DIABETES
CARE**

Edited by Dedov II, Shestakova MV, Mayorov AY

8th Edition

Москва
2017

«АЛГОРИТМЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ

Алгоритм непрерывной внутривенной инфузии инсулина

Определять гликемию:

1 раз в час до снижения до 13 ммоль/л

1 раз в 2 часа в течение 4 часов

1 раз в 4 часа

У пациентов в критическом состоянии – 1 раз в час

Гликемию нельзя снижать быстрее, чем на 4-5,5 ммоль/л/ч

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Российская ассоциация эндокринологов
ФГБУ Эндокринологический научный центр

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**«АЛГОРИТМЫ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ»**

Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова

8-й выпуск

**STANDARDS
OF SPECIALIZED DIABETES
CARE**

Edited by Dedov II, Shestakova MV, Mayorov AY

8th Edition

Москва
2017

Коррекция дозы инсулина короткого действия

Динамика глюкозы плазмы	Коррекция дозы инсулина
Если в первые 2-3 часа ГП не снижается минимум на 3 ммоль от исходной	<ul style="list-style-type: none"> • Удвоить следующую дозу
Если ГП снижается на 3–4,5 ммоль/л/ч	<ul style="list-style-type: none"> • Продолжать в той же дозе
Если скорость снижения ГП ~5 ммоль/л/ч	<ul style="list-style-type: none"> • Следующую дозу ИКД уменьшить вдвое
При снижении ГП до 13-14 ммоль/л	
Если скорость снижения ГП >5 ммоль/л/ч «АЛГОРИТМЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ	<ul style="list-style-type: none"> • Следующую дозу ИКД пропустить • Продолжать ежедневное

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Российская ассоциация эндокринологов
ФГБУ Эндокринологический научный центр

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

«АЛГОРИТМЫ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ»

Под редакцией И. И. Дедова, М. В. Шестаковой, А. Ю. Майорова

8-й выпуск

STANDARDS
OF SPECIALIZED DIABETES
CARE

Edited by Dedov II, Shestakova MV, Mayorov AY

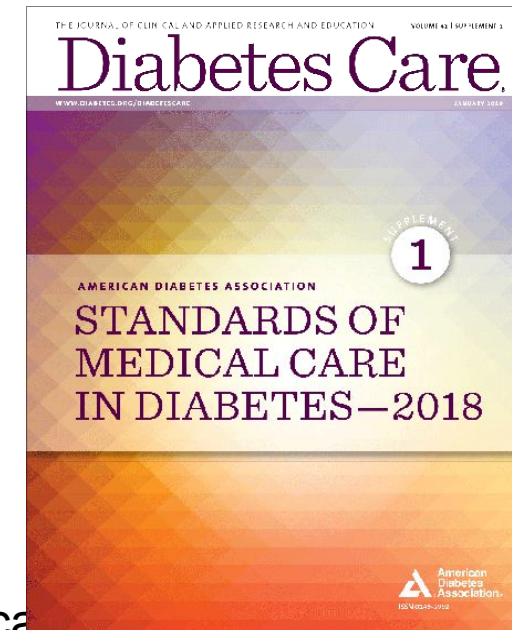
8th Edition

Москва
2017

Гликемические цели у госпитализированных пациентов

Целевой диапазон глюкозы 7.8–10.0 ммоль/л A

Более жесткие цели 6.1–7.8 ммоль/л для отдельных пациентов, если этого можно достичь без значительной гипогликемии C

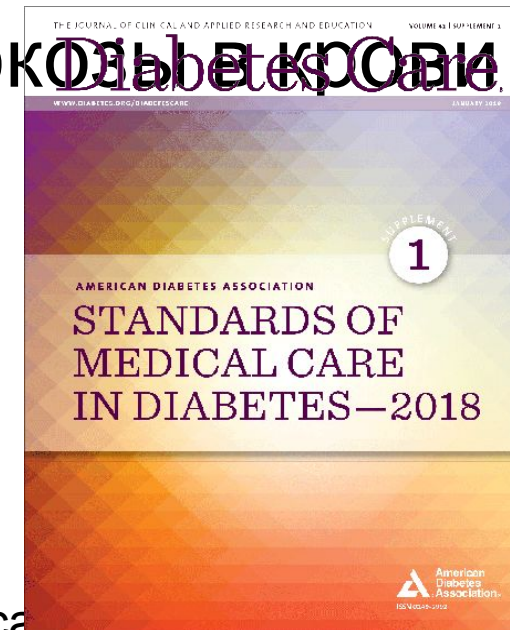


Гипогликемия у госпитализированных пациентов

глюкоза крови $\leq 3,9$ ммоль/л

Клинически значимая гипогликемия - глюкоза < 3.0 ммоль/л

Тяжелая гипогликемия при присоединении тяжелых когнитивных нарушений, независимо от уровня глюкозы в крови



Стандарты медицинской помощи при сахарном диабете
Diabetes Care 2018 Jan; 41(Supplement 1): S3-S3. <https://doi.org/10.2337/dc18-Sppc01>

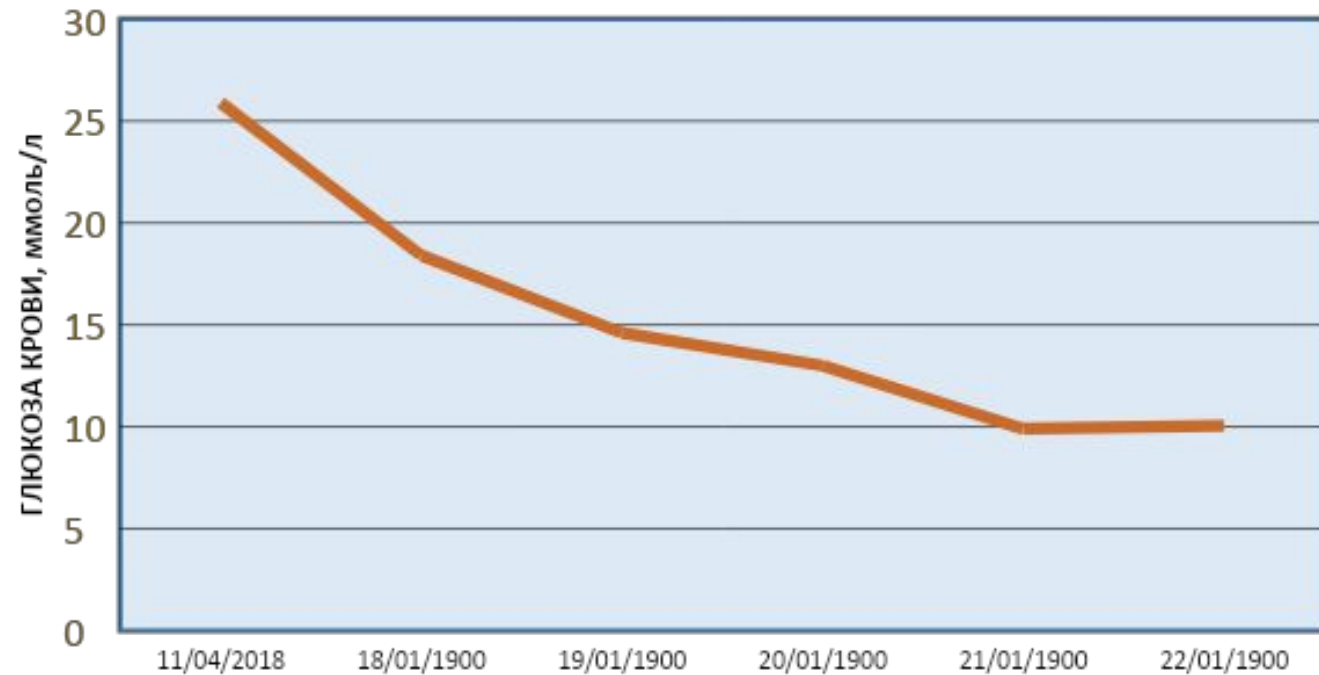
Пациент П.

Лекарственная терапия

Показатель	11.04.2018 г.
ББ	
ИАПФ	
Статины	
Антиагреганты	АСК 100 мг Клопидогрел 75 мг
Антикоагулянты	Арикстра 2,5 мг
Ингибитор протонного насоса	Омепразол 20 мг
Диуретики	
Лечение СД	Актрапид 20 ЕД на 20,0 физ р-ра в/в 4 ЕД/час

Пациент П. Лабораторные показатели Уровень глюкозы крови

Показатель	11.04.18 г. 17:39	19:35	20:30	21:30	23:45	Ед. изм.	Норм а
Глюкоза	25,9	18,4	13	9,9	10,5	ММОЛЬ/ Л	3,6-6



П/К инсулинотерапия:

уровень глюкозы $\leq 11-12$ ммоль/л и рН $> 7,3$

стабильная гемодинамика

Инсулин продленного действия 1 или 2 раза в день
стартовая доза 10 ЕД или 0,1–0,2 ЕД/кг

+

Инсулин короткого действия каждые 4 – 6 ч

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Российская ассоциация эндокринологов
ФГБУ Эндокринологический научный центр

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

«АЛГОРИТМЫ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ»

Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова

8-й выпуск

STANDARDS
OF SPECIALIZED DIABETES
CARE

Edited by Dedov II, Shestakova MV, Mayorov AY

8th Edition

«АЛГОРИТМЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ

Москва

2017

Показатель	12.04.2018 г.
ББ	
ИАПФ	
Статины	
Антиагреганты	АСК 100 мг Клопидогрел 75 мг
Антикоагулянты	Арикстра 2,5 мг
Ингибитор протонного насоса	Омепразол 20 мг
Диуретики	
Лечение СД	Инсулин-изофан 8 ЕД п/к утром 6 ЕД п/к перед сном Актрапид 6 ЕД п/к 3 раза п/едой

Пациент П. Лабораторные показатели



Пациент П. Лабораторные показатели Анализ мочи

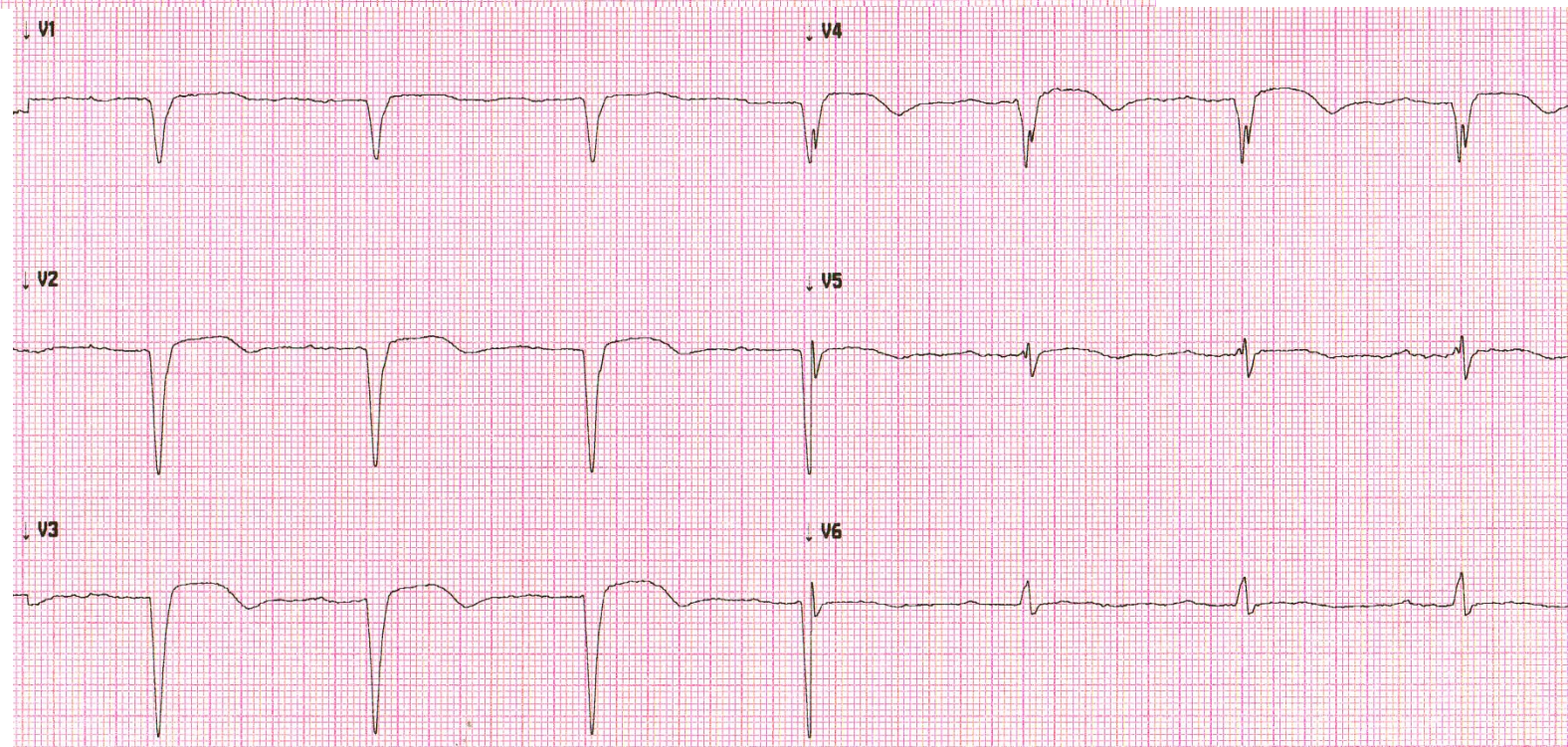
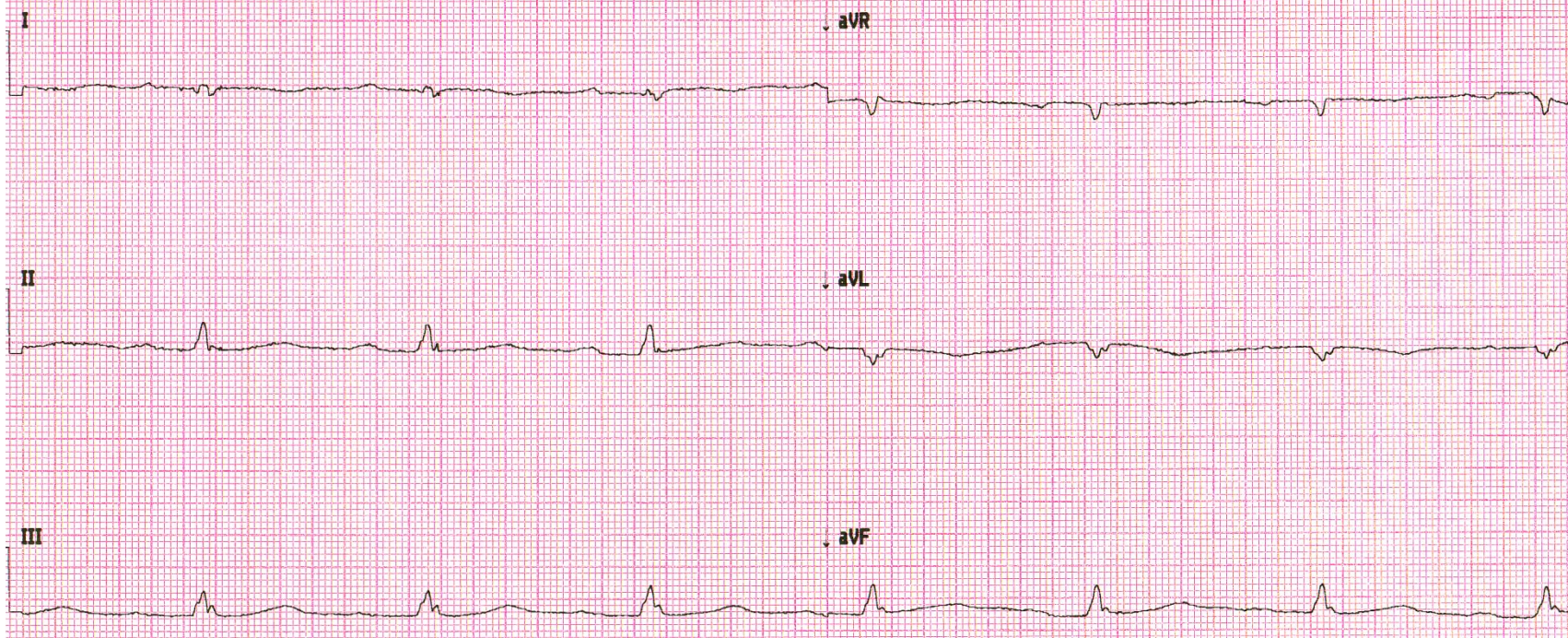
Показатель	11.04.18 г.	20.04.18 г.	Ед. изм.	Норма
Удельный вес	1030	1022		1008-1026
Белок	++	отр	г/л	отр
Глюкоза	++++	+		отр
Кетоновые тела	+	отр		отр
Эпителий плоский	0-1	0-2	в п/зр	5-15
Лейкоциты	0-1	0-1	в п/зр	1-4
Эритроциты	-	0-1	в п/зр	0-1

Показатель	13.04.2018 г.
ББ	Бисопролол 1,25
ИАПФ	мг
Статины	Аторвастатин 20
Антиагреганты	АСК 100Мг Клопидогрел 75 мг
Антикоагулянты	Арикстра 2,5 мг
Ингибитор протонного насоса	Омепразол 20 мг
Диуретики	
Лечение СД	Актрапид 6 МЕ п/к 3 раза п/едой Инсулин-изофан 8 ЕД п/к утром 6 ЕД п/к перед сном

Пациент П.

ЭКГ

20.04.2018 г.

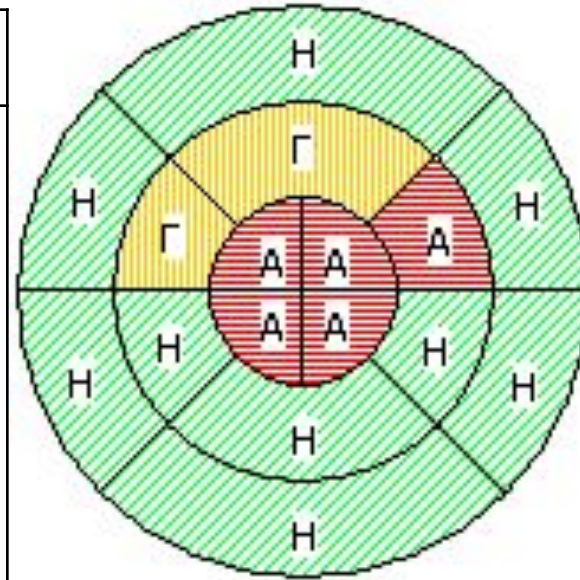


Пациент

П.

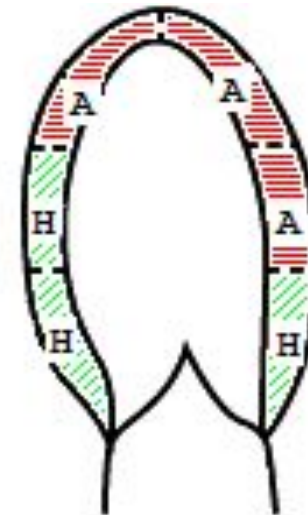
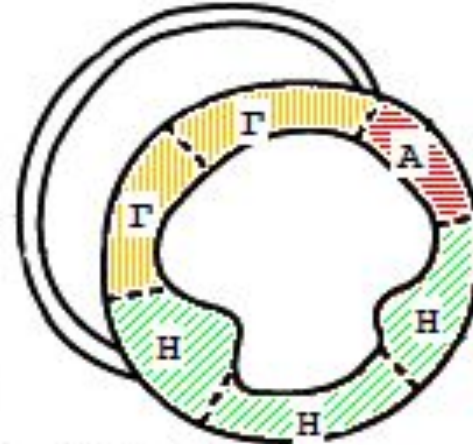
ЭхоКГ

11.04.2018 г.	20.04.2018 г.
КДР – 5,0 см	КДР – 4,9 см
КСР – 3,7 см	
КДО – 106 мл	КДО – 112 мл
ФВ ЛЖ 46 %	ФВ ЛЖ 42 %
СДЛА – 32 мм рт. ст.	СДЛА – 37 мм рт. ст.
	Жидкость в полости перикарда



Н – Нормокинез
Г – Гипокинез
А – Акинез

перикарда



Пациент

Д.
Рентгенография легких

11.04.2018 г. Легкие, сердечная тень не изменены. Атеросклероз аорты

20.04.2018 г. **Венозный застой**

УЗИ плевры

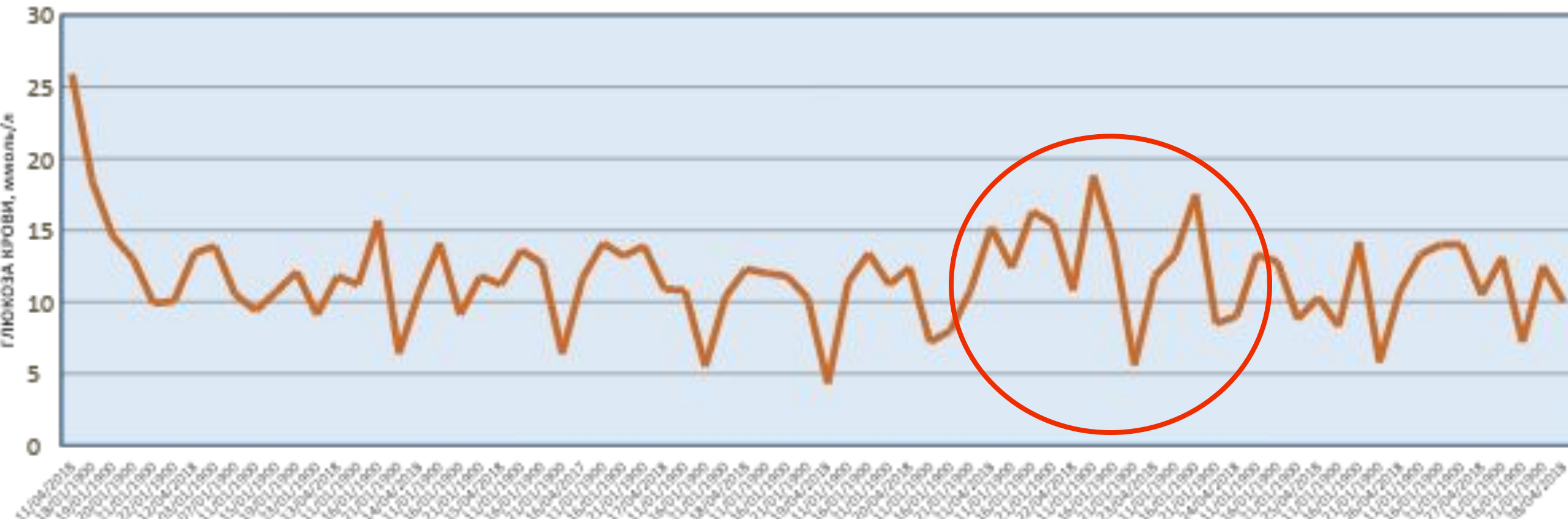
20.04.2018 г. **Выпот в правой плевральной полости около 350 мл**

УЗИ печени

20.04.2018 г. **Увеличение печени,
признаки венозного застоя, сердечной
недостаточности**

Показатель	20.04.2018 г.
ББ	Бисопролол 1,25
ИАПФ	мг
Статины	Аторвастатин 20
Антиагреганты	АСК 100Мг Клопидогрел 75 мг
Антикоагулянты	
Ингибитор протонного насоса	Омепразол 20
Диуретики	МГ Торасемид 5
Лечение СД	Гликлазид МВ 90 мг утром Инсулин-изофан 6 ЕД п/к утром 4 ЕД п/к перед СНОМ

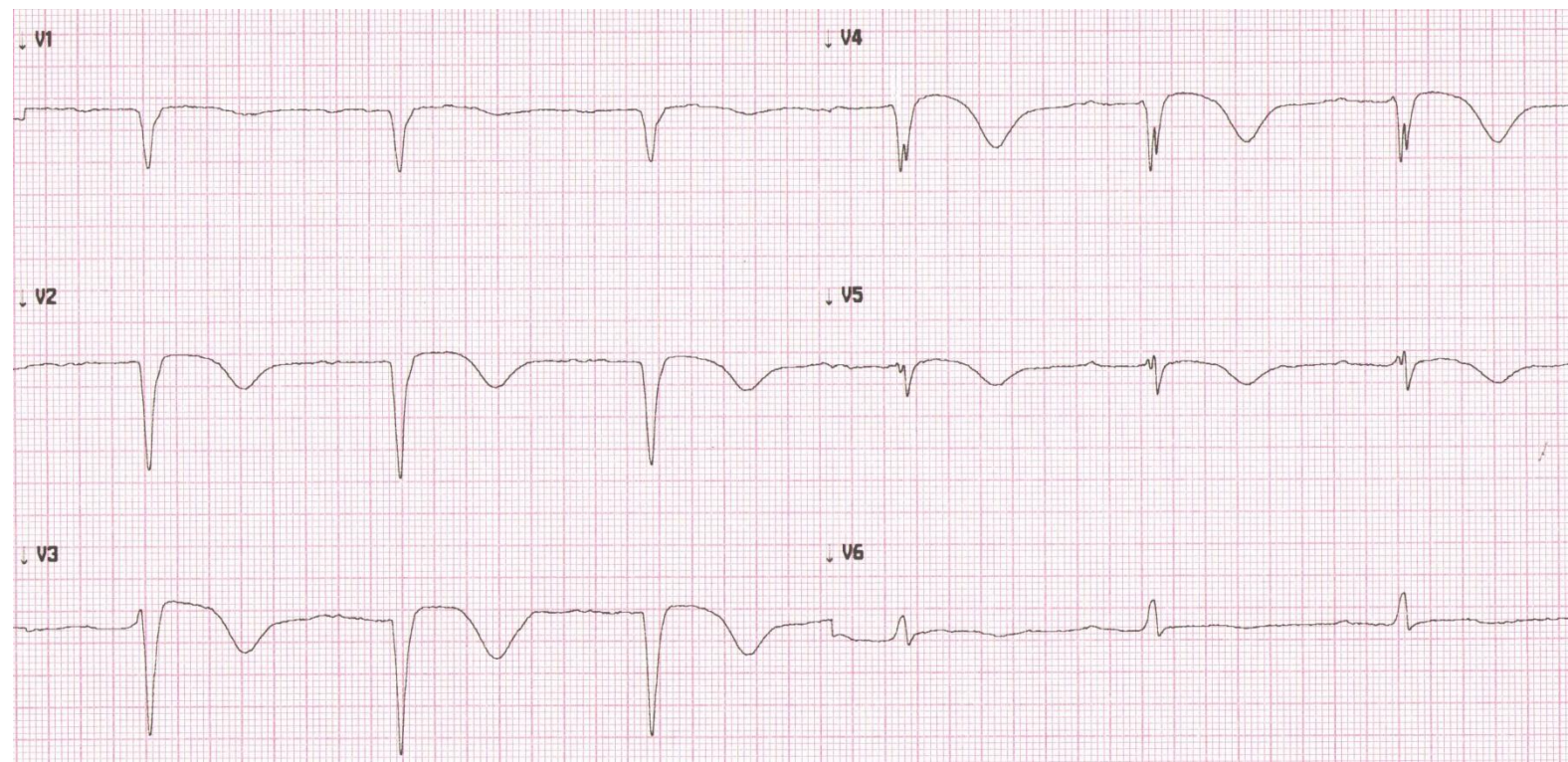
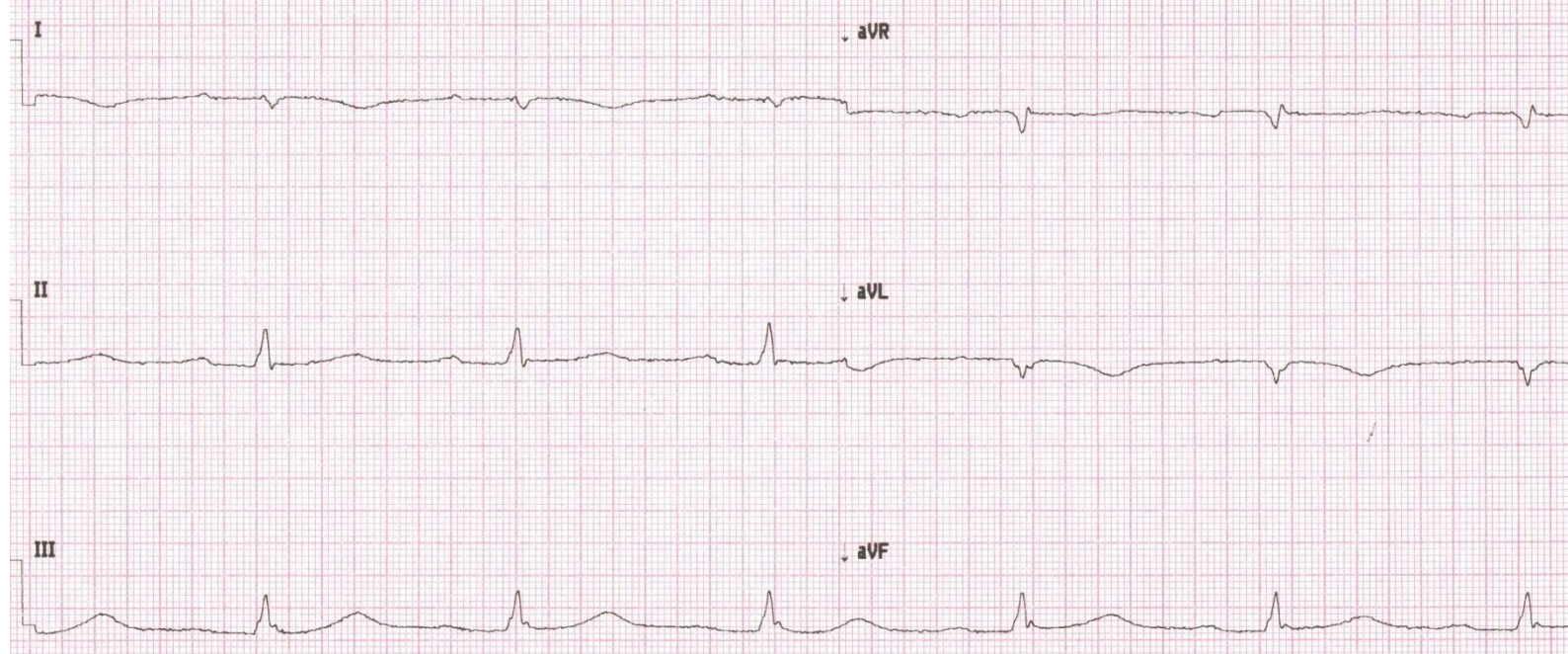
Уровень глюкозы крови



Пациент П.

ЭКГ

28.04.2018 г.



Пациент
П.

Ультразвуковое исследование плевры 26.04.2018 г.

Выпот в правой плевральной полости около 75 мл

Пациент П. Лабораторные показатели Анализ крови

Показатель	11.04.18 г.	16.04.18 г.	23.04.18 г.	28.04.18 г.	Ед. изм.	Норма
АЛТ	96,7	204	49	26	Ед/л	5-49
АСТ	236,4	236	21	21	Ед/л	9-48
Билирубин общий	6,8	11,7	6,7		мкмоль/л	3,4-17,1

Диагноз пациента П.

ИБС: Инфаркт миокарда с з.О передне-боковой стенки левого желудочка от 06.04.18 г. (клинически). Рецидив инфаркта от 11.04.18 г.

КАГ от 11.04.18 г: Стеноз ПНА 90%. Стентирование ПНА.

Нарушение ритма: единичные НЖЭС и ЖЭ.

ХСН IIБ (с промежуточной ФВ ЛЖ) ФК III. Умеренная ЛГ. Гидроперикард. Правосторонний гидроторакс.

Ишемический инсульт 2016 г. Атеросклероз брахиоцефальных артерий.

Сахарный диабет 2 тип инсулинпотребный. Целевой HbA1c менее 8%. Проллиферативная диабетическая ретинопатия.

Пациент П. Рекомендации при выписке

Медикамент	Суточная доза
Бисопролол	1,25 мг
Торасемид	5 мг
Рамиприл	
Спиронолактон	
Ацетилсалициловая кислота	100 мг
Клопидогрел	75 мг
Аторвастатин	20 мг
Инсулин-изофан	8 ЕД утром 2 ЕД ночью
Инсулин растворимый человеческий генноинженерный	3 ЕД 3 ЕД 3 ЕД

Клинические особенности ИМ при

СД

У больных диабетом выше риск смерти и осложнений при ИМ

Выбор антитромботической, реперфузионной и стандартной терапии не отличается от таковой у больных без диабета

Оптимальный уровень глюкозы крови у больных ОКС с СД 7,8 и 10 ммоль/л может достигаться с помощью различных препаратов, избегая гипер- и гипогликемии

Клинический пример:

ИМ, осложненный сердечной недостаточностью, печеночной недостаточностью, с инсулиновой недостаточностью и невозможностью назначить пероральную гипогликемическую терапию перед выпиской