



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ЦЕНТРАЛНА МЕДИЦИНСКА БИБЛИОТЕКА

ЕНДОКРИННИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

ENDOCRINE DISEASES

Редакционна колегия

Проф. д-р М. Боянов, дмн, гл. редактор
Проф. д-р Цв. Танкова, дмн, Доц. д-р И. Цинликов, дм
Доц. д-р К. Тодорова, дм

Оригинални статии, литературни обзори и реферати
на чуждестранни научни медицински публикации в областта на:
ЕНДОКРИНОЛОГИЯ И БОЛЕСТИ НА ОБМЯНАТА

Списанието се обработва в БД

БЪЛГАРСКА МЕДИЦИНСКА ЛИТЕРАТУРА

Ендокр. забол.

Endokr. zabol.

Год. XLVIII

2019

Брой 3

В препоръките се засяга и въпросът за страничните ефекти на статините – миалгия, риск от рабдомиолиза и други, които трябва да бъдат обсъдени с пациента. Миалгията засяга проксималните мускулни групи, започва няколко седмици или месеци след започването на статина и преминава след спирането му. В тези случаи лекарството временно се спира, след което се опитва отново да се включи, първоначално в по-ниска доза. Това си заслужава да се опита при високорисковите пациенти, при които ползите от приема на статин многократно надхвърлят рисковете.

М. Боянова

ГРИЖА ЗА ПАЦИЕНТА СЪС ЗАХАРЕН ДИАБЕТ В КРАЯ НА ЖИВОТА МУ

End of life diabetes care – clinical care recommendations, UK, March, 2018 –
Available online: https://www.diabetes.org.uk/resources-s3/2018-03/EoL_Guidance_2018_Final.pdf (Accessed 16.08.2019)

В ежедневната болнична практика често има пациенти в тежко състояние, дължащо се на заболяване, различно от диабета. Те могат да страдат от рак и за тях да се прилагат палиативни грижи или да са претърпели инсулт с тежки, необратими последици. Една част от тези пациенти имат и захарен диабет и е полезно лекарите да знаят какви са целите на лечението в тези случаи и как да се коригира терапията. Тези препоръки са ориентировъчни и могат да бъдат особено полезни за лекарите, работещи в болница.

Най-важните правила в грижата за терминално болни пациенти със захарен диабет са:

1. Да се профилактира тежка метаболитна декомпенсация – диабетна кетоацидоза, хиперосмоларно некетогенно състояние, трайна симптоматична хипергликемия, често повтарящи се хипогликемии;
2. Да се избягва дехидратация по време на болничния престой – да се осигурят адекватно количество вливания;
3. Кръвната захар да не спада под 6 mmol/l;
4. Кръвната захар да не се покачва над 15 mmol/l;
5. Възможно е постепенно пероралните медикаменти да бъдат спрени, поради намален апетит или отказ от храна;

6. При пациентите със захарен диабет тип 2 инсулинът може да бъде намален или спрял; при пациентите със захарен диабет тип 1 инсулинът никога не се спира;

7. Прилагането на гастропротектор често е уместно, особено ако на пациента се прилагат кортикостероиди.

Ето и някои промени в антидиабетната терапия, които биха били уместни при пациентите с неблагоприятна прогноза (табл. 1).

Таблица 1. Промени в антидиабетната терапия при влошена прогноза и при палиативни грижи

Група медикаменти	Пояснение
Инхибитори на натриево-глюкозния котранспортер-2 (SGLT-2 инхибитори)	Спират се (пациентът е с намален апетит и повишен риск от образуване на кетони); ако пациентът не пие достатъчно вода и се дехидратира, тези медикаменти не са подходящи. Да се изследват кетони в урината при всяко остро заболяване. Да се спрат при дехидратация или риск от язва на крака (при залежаване например). Да се спрат при остро заболяване и преди операция.
GLP1-RA	Спират се (апетитът вече е потиснат и не е нужно да се потиска допълнително; пациентът губи телго по други причини и не е нужна допълнителна загуба); да се спрат при данни за панкреатит или коремна болка.
Метформин или метформин със забавено освобождаване	Нисък риск от хипогликемия, когато се използва като монотерапия. Дозата да се коригира съобразно бъбречната функция. Да се спре при серумен креатинин над 150 $\mu\text{mol/l}$ и при $\text{eGFR} < 30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$; при стомашно-чревен дискомфорт, да се преоцени приемът на метформин.
СУП	Да се преоцени приемът, ако пациентът има намален апетит или е отслабнал на телго; да се намали дозата при понижаване на eGFR .
Пиоглитазон	Няма достатъчно данни за приложението му при тази група пациенти; не се използва при сърдечна недостатъчност или риск от рак на пикочния мехур.
Глиптини (DPP-4 инхибитори)	Някои глиптини могат да се използват и при терминална бъбречна недостатъчност, например линаглиптин. В комбинация със СУП могат да предизвикат хипогликемия.
Инсулин	Лечението с инсулин продължава при пациентите със захарен диабет тип 1, но е възможно дозата на прандиалния инсулин да се редуцира или той да се спре, ако пациентът не се храни; базалният инсулин се продължава в същата или леко редуцирана доза. При пациентите със захарен диабет тип 2, при които има влошаване на бъбречната функция и на апетита, да се редуцира дозата на прилагания инсулин и да се предпочитат по-опростени схеми – например само базален инсулин еднократно дневно. Постепенно може да се окаже, че инсулин не е необходим.

Целите на гликемичния контрол са по-скоро да не се стига до метаболитна декомпенсация и симптоматична хипергликемия, отколкото да се поддържа оптимално ниво на гликирания хемоглобин. Ако в обичайния случай целта за HbA1c е около 7%, то при тези пациенти той може спокойно да бъде и 8,5%.

Хранене в края на живота

Диетичните ограничения се премахват. Пациентите с диабет не бива да се лишават от храната, която обичат, в последните си дни. За тези, които приемат храна, са подходящи медикаменти с по-кратко действие като репаглинид. Дългодействащите сулфанилурейни препарати се спират.

При необходимост от поставяне на сонда най-оптимално е преминаването към инсулин. Изборът на инсулина зависи от типа на сондовото хранене – непрекъснато, трикратно дневно или друг вид. При непрекъснато сондово хранене се предпочита интермедиерен инсулин в началото на храненето или инсулинова микстура също с интермедиерен инсулин в нея – два пъти – в началото и по средата на сондовото хранене; ако храненето е три пъти на ден, се предпочита режим с бързодействащ инсулин три пъти дневно. Инсулинът се прилага подкожно. Ако пациентът повръща или сондата се запуши, това може да стане причина за хипогликемия.

Приложение на кортикостероиди

Често се налага приложение на кортикостероиди (КС) – обикновено дексаметазон (или метилпреднизолон). Приложени сутрин, те обикновено причиняват покачване на кръвната захар следобед или вечерта. В тези случаи се прилага инсулин. Може да се приложи СУП или базален инсулин само сутрин. В зависимост от продължителността на КС терапия и използваните дози, може да се наложи преминаване към интензифициран инсулинов режим или друг вид инсулинова схема.

При лечение с КС, ако пациентът е вече на лечение с метформин и глиптин, например може да се опита добавяне на гликлазид сутрин. Ако хипергликемията персистира, може да се доба-

ви и малка доза гликлазид вечер или да се спрат пероралните медикаменти и да се премине към лечение с инсулин. При липса на задоволителен ефект от лечението с максимална доза гликлазид, се преминава към базален инсулин – начална доза 10 Е сутрин. Целта при тези пациенти е кръвната захар да се поддържа в норма, но са допустими много по-широки граници – между 6 и 15 mmol/l. Това трябва да се обсъди с пациентите и те да разберат, че целите на лечението са променени. Това особено се отнася за пациентите с дългогодишен захарен диабет, които трябва да разберат, че ниските стойности на кръвната захар в момента са опасни за тях, отколкото високите. Ако кръвната захар на обед или вечер преди хранене е над 15 mmol/l, сутрешната доза на базалния инсулин се повишава с 4 единици. Така дозата се титрира постепенно, като е добре преди хранене кръвната захар да бъде под 10 mmol/l. Съответно, при базално-болусен режим, хипергликемията вечер налага корекция в дозата на бързодействащия инсулин сутрин преди закуска или на обедния преди обедното хранене.

Справяне при хипогликемия

Ако пациентът е в съзнание и в умерено тежко състояние, хипогликемията се третира по стандартния начин с прием на 15 g захар или напитка, съдържаща захар – 200 ml плодов сок, след което се приема и бавен въглехидрат. Кръвната захар се измерва след 15 мин и ако все още е под 4 mmol/l, същото се повтаря до нормализирането ѝ. При пациенти в безсъзнание се прилага глюкагон 1 mg вътремускулно, след което, при нормализиране на кръвната захар, се приемат допълнително въглехидрати – 2 филийки хляб или 1 банан, защото глюкагонът стимулира и инсулиновата секреция и може да предизвика и повторна хипогликемия. При липса на глюкагон се прилага глюкоза венозно – 80 ml 20% глюкоза за 10-15 мин, с по-бърза капка (*това се равнява на малко повече от половин банка 5% глюкоза от 500 ml; 1 банка 5% глюкоза 500 ml съдържа 25 g глюкоза; в 10% глюкоза 500 ml се съдържат 50 mg глюкоза – бел. реф.*).

Остро заболяване на фона на хронично

Правилата при вметната инфекция са да не се спира базалният инсулин при пациентите със захарен диабет тип 1, да се набавят въглехидрати от супи, чай, сок, които да заменят основните хранения; пациентите трябва да се рехидратират добре с прием на по 100 ml неподсладени напитки на час. Пациентите със захарен диабет тип 2, които приемат метформин или SGLT-2 инхибитори, може би трябва временно да ги спрат, особено ако имат гадене или диария или не се хранят от няколко дена.

Антидиабетни лекарства и хронично бъбречно заболяване

Много малко антидиабетни лекарства могат да бъдат прилагани безопасно при намалена бъбречна функция – eGFR < 30 ml/min/1.73 m², без да е нужно редуциране на дозата — репаглинид (с внимателно титриране на дозата), линаглиптин, лираглутид (може да се прилага до eGFR > 15 ml/min/1.73 m²) и инсулин (дозата се ревизира периодично). Пиоглитазон също не налага корекция в дозата, *но не се препоръчва предвид честото съчетание със сърдечна недостатъчност при тези пациенти*. Други разрешени медикаменти, но в редуцирана доза, са алоглиптин (в доза от 6,25 mg дневно; разрешен и при пациенти на хемодиализа), саксаглиптин (в доза от 2,5 mg дневно), ситаглиптин (25 mg дневно; разрешен по време на хемодиализа), вилгаглиптин (50 mg дневно). Лечението със SGLT-2 инхибиторите се преустановява при eGFR < 45 ml/min/1.73 m². Поведението спрямо метформин се различава в зависимост от организацията. *По-предпазливият подход е да се обсъди спиране на медикамента още при преминаване на границата от < 45 ml/min/1.73 m², особено ако е документирано непрекъснато или често покачване на креатинина*.

М. Боянова