



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. XLVII

2018

Брой 2

РЕФЕРАТИ

СТАНДАРТ В ГРИЖИТЕ ЗА ПАЦИЕНТИТЕ СЪС ЗАХАРЕН ДИАБЕТ – КАКВО Е НОВОТО ПРЕЗ 2017 И 2018 Г.

American Diabetes Association. Summary of Revisions: Standards of Medical Care in Diabetes – 2018. *Diabetes Care*, 2018, 41(Suppl. 1):S4-S6.

American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2017: Summary of Revisions. *Diabetes Care*, 2017, 40(Suppl. 1):S4-S5.

През 2018 г. акцентът е поставен върху измерването на гликирания хемоглобин (HbA1c) – какви фактори му влияят, с кой лабораторен метод трябва да се измерва, как се изменя при състояния, свързани с удължен или скъсен живот на еритроцитите, и други. Търсенето на предиабет и захарен диабет тип 2 сред деца и юноши е сведено до тази група от тях, при които има наднормено тегло или затлъстяване плюс още един рисков фактор. Популяционен скрининг за предиабет и захарен диабет тип 2 като цяло не се препоръчва. Дадени са насоки за лечението на захарен диабет, който е следствие от органна трансплантация. Панкреатитът е добавен към групата на честите съпътстващи заболявания при захарен диабет, наред с автоимунните заболявания, HIV инфекцията, тревожните разстройства, депресията, нарушенията в храненето и същинските психични заболявания (психози). Нова препоръка предвижда измерване на серумния тестостерон при мъже със захарен диабет, при които има признаци и симптоми на хипогонадизъм. Подчертава се, че няма универсално разпределение на макронутриентите в ежедневното меню на пациентите с диабет, т.е. хранителният план трябва да е индивидуален. За пореден път е дадена препоръка за прилагането на метформин при пациенти с предиабет, особено при ИТМ $\geq 35 \text{ kg/m}^2$, при възраст < 60 години и при анамнеза за гестационен диабет с цел превенция на развитието на захарен диабет тип 2. В раздела за гликемичен контрол се споменават новите устройства за непрекъснато глюкозно мониториране, които не налагат потвърдителни измервания от пациента. Устройствата за непрекъснато глюкозно мониториране се препоръчват при всички пациенти със захарен

диабет тип 1 (над 18-годишна възраст). Специално внимание е обърнато на комбинацията между захарен диабет и сърдечно-съдово заболяване – как да бъде лекуван диабетът, кои медикаменти да се използват за лечение на артериалната хипертония и като акцент, кои антидиабетни лекарства са най-подходящи в случаите на атеросклеротично сърдечно-съдово заболяване. Промяната в алгоритъма за лечение с антихипергликемични средства също се дължи на изменения фокус – сега в търсенето на втори медикамент, след като вече е назначен метформин при изменен начин на живот, на преден план се поставя придружаващата сърдечно-съдова патология на пациента. Избират се тези лекарства, които доказано намаляват сърдечно-съдовите инциденти и смъртността, в добавка към глюкозопонижаващия им ефект. Направени са малки промени и в графите, описващи използването на липидопонижаващи медикаменти. Групите в риск са разделени на пациенти с атеросклеротично сърдечно-съдово заболяване и без такова. Отново се акцентира върху това, че по време на бременност жените със захарен диабет тип 1 и тип 2 провеждат лечение с инсулин. Метформин преминава през плацентната бариера и ако е приеман преди бременността, трябва да бъде спряно. Добавена е препоръка за прилагането на ниска доза аспирин (60-150 mg/ден) от края на първи триместър при всички бременни със захарен диабет тип 1 и тип 2, с цел намаляване на риска от прееклампсия.

През 2017 г. е приет нов консенсус относно стadiите на захарен диабет тип 1. В класификацията са включени стадий 1, 2 и 3, като хипергликемия има в трети стадий. Във втори стадий се забелязва дисгликемия, със стойности на кръвната захар, подобни на тези при предиабет. Гликираният хемоглобин също нараства в диапазона на предиабет. Позитивират се много от автоантителата, характерни за захарен диабет тип 1. В стадий 1 се намират само позитивни антитела, а кръвната захар е нормална. Поради натрупалите се доказателства, раждането на дете с голямо за гестационната възраст тегло (≥ 4 kg), вече не се смята за независим рисков фактор за развитието на предиабет или захарен диабет тип 2. Любопитна е графата за скрининг на захарния диабет в денталната практика. Обсъдени са формите на моногенен захарен диабет. В графата за начин на живот е подчертано значението на мазнините и протеините в дозирането на инсулина и

отражението им върху кръвната захар, т.е. при дозирането на инсулина трябва да се изчисляват не само въглехидратите в храната (или „хлебни единици“), но и мазнините, както и протеините. Продължителното стоене на едно място следва да се прекъсва на всеки 30 min и да се разнообразява с „пристъп“ на физическа активност. Възрастните пациенти, от друга страна, трябва да заложат на упражнения за баланс и гъвкавост. И накрая, в някои случаи е възможно да се наложи насочване на пациента към специалист по психично здраве. Тези ситуации са описани в отделна таблица. Добавена е препоръката за периодично проверяване на нивото на витамин B12 при пациентите, които приемат метформин продължително време. При ниски нива витаминът се замества. Важна новост е променената дефиниция на хипогликемията – като тежка, клинично значима хипогликемия се приема хипогликемия с кръвна захар $< 3 \text{ mmol/L}$, а стойността, при която вниманието да се повиши, за да се вземат мерки да не се понижава повече захарта, остава кръвна захар $< 3,9 \text{ mmol/L}$. „Бариатричната хирургия“ е преименувана на „метаболична хирургия“, за да се акцентира върху ролята ѝ в лечението на захарен диабет тип 2. В графата за фармакологично лечение на захарния диабет е описано, че резултатите в гликемичния контрол са сходни при режимите базален инсулин в комбинация с GLP-1 агонист, базален инсулин плюс бързодействащ инсулин и две инжекции инсулинова микстура дневно. Проучванията показват сходен ефект и при базално-болусния режим спрямо многократното инжектиране на инсулинови микстури. В отделна графа са описани биоподобните инсулини и тяхната роля в практиката.

М. Боянова