

Захарният диабет не увеличава риска от заразяване с новия коронавирус, но е рисков фактор за усложнено боледуване и фатален изход при COVID-19. При добър контрол на диабета рискът от тежко протичане на заболяването е сходен с този на останалите хора. Това каза по повод Световния ден за борба с диабета, който се отбелязва днес, член-кореспондент проф. Цветалина Танкова, ръководител на Катедрата по ендокринология към Медицински университет - София, и началник на Клиниката по диабетология в Университетската специализирана болница за активно лечение по ендокринология „Акад. Иван Пенчев“. Тя съобщи, че се е появил нов вид диабет, който възниква при някои пациенти с коронавирус.

При развилите новия „коронавирусен“ диабет са отчетени 3 пъти повече фатални случаи

Косвено пандемията е влошила в дългосрочен план прогнозата на поне една трета от хората с диабет.

Проф. Танкова представи резултатите от проучване на Националната пациентска организация, според което 39%

COVID забави лечението на диабета за 39% от пациентите

ЛЮБОМИРА НИКОЛАЕВА

В острата си фаза инфекцията може да доведе до нов тип диабет

от всички българи с диабет (около 200 000 души) са забавили, а 2% (около 10 000 диабетно болни) са прекратили лечението си. Един от всеки трима анкетиран казва, че контролът на кръвната му захар се е влошил по време на пандемията. Според 80% електронно здравеопазване

би улеснило достъпа до здравна грижа в условията на пандемии и други кризи. Почти всички - 94% от участващите в проучването диабетици, биха искали терапията им да се отпуска изцяло по електронен път.

Намерението за въвеждане на електронни протоколи за назначаване на терапия е положителна стъпка, но не бива пациентите да чакат 15 дни за одобрение на протокола от РЗОК, за да получат лекарствата си. Така коментира идеята за нов регламент Деян Денев, изпълнителен директор на Асоциацията на нау-

чноизследователските фармацевтични производители в България. Ако протоколите са валидни от момента на издаването им от специалист, а не след валидиране от страна на касата, диабетиците ще могат да получават терапията си веднага, а НЗОК да осъществява последващ контрол. Това може да се случи още със следващия анекс към Националния рамков договор, а диабетната грижа е подходяща област този подход да бъде тестван пилотно, добави Денев.

Диабетът сам по себе си е заболяване, с което при добър контрол продължител-

ността на живота е дори по-дълга, отколкото средно статистическата. Това предполага

придържане към терапията за оптимален гликемичен контрол,

избягване на сърдечносъдови рискови фактори, придържане към здравословно хранене и увеличаване на двигателна активност. Също толкова важно е при наднормено тегло човек да се освободи от излишни килограми и вредни навици като пушене и прекаляване с алкохола.



Цел №1: „лекувай“ болестта още преди да започне

Инсулиновата резистентност може да бъде обърната с промени в лошите навици ■ **На V-астр.**



Д-Р ПЛАМЕН ЙОРДАНОВ,
ОЧНА КЛИНИКА „ЗОРА“

От диабет в България страдат над половин милион души. Част от тях не знаят за болестта си. Тип 1 засяга около 10-15% от диабетиците. Тип 2 засяга останалата група.

Вследствие и на двата типа може да бъдат увредени очите. Дълго нелекуванят диабет и лошият контрол на кръвната захар са двата основни рискови фактора. Влияние оказва и наличен метаболитен синдром - с повишени стойности на кръвното налягане и влошен липиден статус.

Очите могат да бъдат засегнати по различни начини. Едно от проявленията са

чести халации, популярно наречени ечемици

по клепачите. Случва се понякога по повод рецидивиращи халации да се препоръча изследване на кръвна захар и така да се установят повишени стойности. Започва се с консер-

Как диабетът засяга очите

Последствията може да бъдат отложени с добър контрол на кръвната захар и ежегодни профилактични прегледи при офталмолог

вативно лечение и ако то не помогне, се налага оперативно.

Високата кръвна захар може да доведе до по-ранно развитие на катаракта, налагаща оперативно лечение.

Най-честото и сериозно очно усложнение на диабета е

диабетната ретинопатия

Това е микроангиопатия, при която високите стойности на кръвната захар увреждат най-малките кръвоносни съдове. Нарушенията в съдовата стена водят до повишена пропускливост на съдовете или тяхното запушване.

Съществуват две форми: непролиферативна диабетна ретинопатия (НПДР) и пролиферативна ретинопатия (ПДР).

При НПДР се наблюдава разширение на капилярната стена с формиране на микроаневризми, характеризирани с повишена пропускливост. Те са предпоставка за формиране на макулен оток - основната причина за намаление на зрението при тези диабети-

ци. Друга находка в очното дъно при НПДР са интраретинални кръвоизливи.

При ПДР се формират некачествени кръвоносни съдове и се разраства фиброзна тъкан. Причините са недоброто изхранване на ретината с кислород вследствие запушване на малките кръвоносни съдове. Това стимулира образуването на неосъдове, които са предпоставка за кървене в стъкловидното тяло или за тракционно отлепване на ретината при тежки случаи.

За правилна диагностика е необходима задълбочена анамнеза, включваща информация за давността на диабета, за неговия контрол, дали е прилагано лечение на диабетната ретинопатия. Извършва се обстоен очен преглед с разширяване на зениците и оглед на очните дъна. При налични промени се прави оценка на тяхната тежест и дали се налагат допълнителни изследвания или проследяване на определен интервал от време.

В помощ на офталмологите за оценка на тежестта

на диабетната ретинопатия идват съвременните диагностични изследвания - флуоресцеинова ангиография (ФА), ОСТ - ангио, т.нар. очен скенер - ОСТ (оптична кохерентна томография). Чрез ОСТ се преценява дали има патологични промени в макулата и служи за проследяване след приложеното лечение с антирастежни фактори.

Има съвременно лечение

и при двата вида диабетна ретинопатия.

При НПДР, когато промените са начални, може да се препоръча прием на медикаменти за заздравяване на съдовата стена.

Лазерното лечение намира все по-ограничено приложение във връзка с все по-широко използваните медикаменти за вътреочно приложение - anti VEGF препарати. Те се инжектират във витреалната кухина. Започва се с три инжекции през 1 месец за стабилизиране състоянието на макулата. При добро повлияване от лечението интервалите може постепенно да се разширят. В България има официално разрешен един препарат за лечение на диабетния макулен оток, покриван от Националната здравноосигурителна каса.

При ПДР, когато се установят патологични неосъдове, се налага да се приложи

лазер на цялата ретина през интервали от около 3-4 седмици.

При кръвоизлив в стъкловидното тяло се преценява дали може да се приложи лазер след разнасянето му, или се налага оперативно лечение.

При тракционно отлепване на ретината поведението е изчаквателно, когато не е застрашена макулата, и е оперативно, когато тя е отлепена или има риск да се отлепи.

Друг вид засягане на очите е

неоваскуларната глаукома

Тя се дължи на прорастване на нови кръвоносни съдове в структурата, отговорна за оттичането на вътреочната течност. Често се повишава вътреочното налягане с изразена субективна симптоматика, трудно контролирана от консервативното лечение и често налагаща оперативно лечение.

За отлагане на проявите на захарния диабет в очите се препоръчват добър контрол на кръвната захар и ежегодни профилактични прегледи при офталмолог. При диабет тип 1 се препоръчва обстоен преглед да се извърши около 5 години след диагностицирането му, а при диабет тип 2 - скоро след поставяне на диагнозата, защото е възможно вече да са налични промени в очната дъна.

Д-р Темелкова, за втора година ще отбележим Световния ден за борба с диабета под знака на COVID пандемията, но и в унисон с навършването на 100 г. от откриването на инсулина. Като специалист какво е посланието, което бихте искали да отправите към пациентите, техните близки и хората?

- Захарният диабет е значимо хронично заболяване, което в ранните етапи не боли и това притъпява вниманието на пациентите. Когато се установят тежки усложнения, и най-големите усилия нямат нужния ефект. А усложненията са наистина тежки – сърдечносъдови, бъбречни, промени в очите и крайниците, в малките и големи кръвоносни съдове. Затова информираността, познаването на това заболяване, установяването му навреме, правилното и комплексно лечение могат да подобрят значително продължителността и качеството на живот на пациентите. Разполагаме с голяма палитра от медикаменти, които могат да помогнат. Откриването на инсулина преди 100 години е дало надежда и години живот на много хора. Сега имаме много по-усъвършенствани инсулини.

Най-добре би било да можем да се предпазим от това състояние. За целта трябва да се стремим да не повишаваме теглото, да следим холестерола и артериалното налягане, да се движим повече. Хората с голям риск редовно да се проследяват за начални промени.

- Подмладява ли се диабетът и ако да, превалира ли някой от двата типа?

- Първи тип захарен диабет, който е свързан с дефицит на производството на инсулин в панкреаса, най-често по имунни причини, е характерен за младата възраст. Това е т.нар. инсулинозависим диабет и засяга деца и младежи. Втори тип диабет е на възрастните, или по-скоро беше, защото

Възрастта на изявата му става все по-ранна

Вече говорим за диабет тип 2 при децата. Това са деца с наднормено тегло и затлъстяване, при които се развива инсулинова резистентност, характерна за втори тип диабет. Честотата нараства във връзка с прехранването, намалената физическа активност и все по-голямото разпространение на заболяването.

- Какъв е рискът от наследственост и има ли го и при диабет тип 2?

- Диабет тип 2 е строго наследствен. Рискът от развитието му е много голям при родственици от първа линия с това заболяване. Затова един от сериозните рискови фактори, който трябва да оценяваме, е наследствеността. Хората неглижират т.нар. старчески диабет, а това е погрешно. Точно той се предава в поколението и в комбинация с наднорменото тегло прави диабета много вероятен.

- Повиши ли се нивото на профилактиката за това заболяване?

- Усилия за профилактика се полагат, но сме далеч от необходимото. Около половината от хората с диабет и предиабет не са диагностицирани. Необходими са повече

Д-р Наталия Темелкова:

Диабетът не боли, а усложненията от него идват безсимптомно

Д-р Наталия Темелкова е специалист по ендокринология, болести на обмяната и вътрешни болести. Има богат клиничен и изследователски опит в диагностиката и лечението на диабета и затлъстяването, заболяванията на щитовидната жлеза и костните метаболитни заболявания. Работи в Отделението по клинична денситометрия и костни метаболитни заболявания на Александровска болница.



У нас се отделят значителни средства за лечение на усложнения от хроничните заболявания и много малко за профилактиката им

усилия за информираност, за ясно посочване на рисковите групи, за тяхното навременно изследване и лечение. Да не провеждаме тези активности само около деня за борба със захарния диабет, а това да бъде политика на здравните власти. За съжаление, у нас се отделят значителни средства за лечение на усложненията от хроничните заболявания и много малко за профилактиката им.

- Как се промениха възможностите за контрол на заболяването и от самите пациенти?

- Поддържането на нормални стойности на кръвната захар е сложен и многофакторен процес. Това зависи от хранителния режим и двигателната активност, от психическото състояние, от правилния прием на подходящите медикаменти, от редовното и коректно проследяване и оценка на гликемичния контрол - кръвна захар на гладно, след нахранване и периодично, по възможност измерване на 3 месеца на гликирания хемоглобин. И ако той не е добър - навременна адекватна промяна в лечението.

Ролята на пациентите в този процес е незаменима. За адекватното им поведение обаче се изисква добро разбиране на заболяването

и познания как да се процедира при проблем. Всички терапии на диабета са втора стъпка след промяна в хранителния и двигателния режим. Всичко това

Изисква сериозно обучение на пациентите,

почест контрол и консултации със специалист. За съжаление, и двете неща не са в оптимално състояние. Обучението на практика не се осъществява, а срещите със специалист са много редки, често закъснели и пациентите дълго стоят с лоша компенсация.

Все повече са тест лентите, които пациентите с инсулиново лечение получават, но ако не знаят как да променят терапията си в резултат на тези измервания, ползата не е голяма. Процесите на навременна диагностика, правилно проследяване и адекватно и навременно адаптиране на лечението трябва да се разглеждат и организират цялостно, което на този етап не се случва. Възможностите за прилагане на инсулинови помпи и сензори за контрол на кръвната захар навлизат в практиката, но все още доста ограничено.

- При пациенти, преболеждали COVID, наблюдавате ли отражение на инфекцията върху диабета?

- Пандемията от COVID-19 среща пандемията от диабет, като крайният резултат не е добър. Бяха загубени много животи. Хората с диабет не се заразяват повече, но боледуват по-тежко. Една от причините е, че това са обикновено пациенти с други усложнения – най-често сърдечносъдови и бъбречни. По време на самата инфекция при по-тежко протичане се установяват повишени стойности на кръвната захар дори и при здрави хора, които се нормализират след оздравяването. Значително се влошават кръвните захари при хората с диабет. Това е характерно и за повечето инфекции. Тежкото състояние и лечението с кортикостероиди е едно от обясненията за този факт. В такива моменти често е необходимо да се започне преходно инсулиново лечение до овладяване на състоянието при хора, които са лекувани досега с неинсулинови средства. Страхът от зараза ограничи пациентите от и без това нередовните консултации, затварянето вкъщи и обездвижването също значително допринесе за лошите резултати.

- Откри се връзка между коронавирусната инфекция и отключването на диабет. Какъв е механизъмът и чести ли са тези случаи в България?

- Учим се в движение. Постепенно се натрупват нови данни за връзката на преболеждането от COVID-19 и последващите здравни проблеми. На този етап данните не са много, но проследяване

на 47 000 пациента, хоспитализирани по повод коронавирусна инфекция във Великобритания, е показало, че

7 месеца след ковид 5% са с диагностициран диабет

Посочва се, че хората, които са били в болница с коронавирус, са 1,5 пъти по-склонни да бъдат диагностицирани с диабет, след като са били изписани, отколкото хората на същата възраст и произход, които не са били в болница с коронавирус. Това се отнася за тип 1 и тип 2 диабет.

Доказателствата, които предполагат връзка между коронавируса и новите случаи на диабет нарастват, но все още има много неща, които не знаем. Все още не можем да сме сигурни дали коронавирусът директно причинява диабет, или има други фактори, които биха могли да обяснят връзката.

- Има ли показатели или състояния при диабета, които налагат изчакване или отлагане на ваксинацията срещу COVID на този етап?

- Логично е при всяко остро неразположение да се избягва ваксиниране. Ако пациентът е с влошаване на състоянието, ацетон в урината или друга инфекция – може да се изчака. От гледна точка на по-тежкото протичане на COVID инфекцията при диабетици, което доказано и значимо намалява с ваксинирането, категорично препоръчвам ваксинирането. Ако се планира и поставяне на противогрипна ваксина, добре е между двете да има интервал поне седмица. Основно противопоказание на ваксините е алергия към съставките им.

- Една от причините светът да се намира в непрестанна пандемия от диабет години наред е тенденцията за затлъстяване на все по-голяма част от населението. Влезе ли то в графата на заболявания?

- Затлъстяването е заболяване. Определя се като хронично клинично състояние, резултат от взаимодействие на генетични, метаболитни, поведенчески и фактори на средата, което се асоциира с повишена болестност и смъртност. Хората със затлъстяване са често с хипертония, повишен холестерол, а

Затлъстяването е основен рисков фактор

за развитието на втори тип диабет. Това изисква настойчиво да се мисли за профилактика още от ранна детска възраст, да промотираме добрата физическа активност и рационалното хранене още при децата. Добре би било да се популяризират рисковите групи и при тях да се прави скрининг за установяване на проблемите в най-ранен етап, когато състоянието е обратимо. Вече има и добри медикаменти за лечение на затлъстяването, но все пак най-доброто лечение остава профилактиката. Контролиран калориен внос, добрата физическа активност - поне 150 минути седмично, нормален сън – поне 8 ч, спиране на тютюнопушенето, ограничаване на приема на алкохол са част от нещата, които всеки от нас може да направи навреме.

Интервюто е изготвено със съдействието на Novo Nordisk

Д-р Таня Кадийска:

Лаборатория „Геника“ прави генетично изследване, което определя най-ефективното лекарство при диабет тип 2

- Д-р Кадийска, диабет тип 2 наследствено заболяване ли е?

- Диабет тип 2 е мултифакторно заболяване. Комбинацията от генетични изменения съвместно с негенетични фактори повлияват етиологията на заболяването. При наличието на фамилна история вероятността да се развие диабет тип 2 значително нараства. Описани са голям брой генетични варианти, които увеличават риска, като приносът на всеки ген поотделно обикновено е малък, т.е. необходимо е натрупване на множество изменения, за да говорим за висок генетичен риск.

- Кои са гените, за които се смята, че увеличават риска от диабет?

- Като цяло мутациите във всеки ген, участващ в контролирането на нивата на глюкозата (синтез, транспорт и метаболизъм), както и гени, свързани със секрецията и регулацията на инсулин, включително някои хормони, могат да увеличат риска от диабет тип 2. В допълнение за пациентите с наднормено тегло ключова роля има и рискът от метаболитен синдром, включващ гени, свързани с контрол на апетита, транспорт и метаболизъм на мастни киселини в клетката и други.

Описанияте в литературата генетични варианти могат да взаимодействат както помежду си, така и да бъдат повлияни от фактори на околната среда, което допълнително би могло да увеличи риска за развитие на диабет.

- Кои са негенетичните фактори, които допринасят за развитието на заболяването?

Хората с фамилна предразположеност са в по-голям риск да развият заболяването

- Понякога е трудно разграничаването между ефекта на генетичните фактори спрямо факторите на околната среда. Например родители със затлъстяване и нездравословни хранителни навици е много вероятно да ги предадат и на своите деца. Към факторите на средата освен начина на хранене и културните различия спада и физическата активност. Тези фактори се определят като епигенетични фактори, които могат да повлияят генната експресия.

През последните години стана известна и ролята на чревния микробиом за развитието и прогресията на голям брой заболявания, включително и диабет. Чревният микробиом представлява съвкупността от всички микроорганизми в стомашно-чревния тракт. Незаменима част са определени видове бактерии, които допринасят за неговото правилно функциониране. При редица заболявания в червата може да бъдат открити бактерии, които не се срещат или нормално се срещат в много по-малки количества. Такива бактериални видове могат да имат потенциално неблагоприятен ефект върху организма. Например бактериалните родове Bifidobacterium, Bacteroides, Faecalibacterium, Akkermansia Roseburia са най-често докладвани като протективни срещу диабет тип 2. От друга страна, Ruminococcus, Fusobacterium и Blautia са бактериите, които най-

често може да бъдат открити при пациенти с диабет тип 2. Съществуват и редица проучвания за ролята на чревната микрофлора върху молекулните механизми на проява и протичане на диабет тип 2. Следователно чревният микробиом може да изгълни ролята на пусков механизъм в различни направления.

- Как генетиката може да бъде от полза за лечението на пациентите, които вече са развили заболяването?

- Диабет тип 2 е хронично метаболитно заболяване с известен риск от редица сърдечносъдови, неврологични и бъбречни усложнения. Основната цел на лечението е да се предотвратят или да се забавят усложненията чрез стриктен контрол на кръвната захар и сърдечносъдовите и метаболитни рискови фактори. Сред 12-те различни класа лекарства, налични за лечение на диабет тип 2, метформин се препоръчва широко като средство от първа линия за понижаване на глюкозата поради неговата висока ефикасност, нисък риск от токсичност и ниска цена. В случаите, при които монотерапията с метформин не постигне адекватни терапевтични ефекти или се наблюдават нежелани лекарствени реакции, се препоръчват втора линия лекарства.

Според последните препоръки на Американската диабетна асоциация и Европейската асоциация за изследване на диабета (ADA-



Д-р Таня Кадийска е ръководител на сектор „Нутригенетика“ в лаборатория „Геника“. Тя е експерт в сферите на нутригенетиката, спортната и раковата генетика, кардиогенетиката.

EASD) се препоръчва предпочитаната употреба на агонисти на GLP-1 рецептора, инхибитори на SGLT2 и някои DPP-4 инхибитори.

Идентифицирането на кандидат-гени, участващи в метаболизма както на метформин, така и на медикаментите от втора линия, позволява оценка на ефективността и риска от нежелани лекарствени реакции още преди започване на терапия. Фармакогенетичният подход стои в основата на персонализираната медицина и позволява да се избегне практиката „проба - грешка“ чрез точна и ясна оценка на ефективността на наличните терапии спрямо индивидуалния генетичен профил на пациентите.

През последните години лаборатория „Геника“ участва в разработването на фармакогенетични тестове за основните меди-

каменти от първа и втора линия, използвани за лечението на диабет тип 2. Преди започването на медикаментозна терапия би могло да се направи това генетично изследване, за да се определи кое от препоръчаните лекарства ще бъде най-подходящо (с най-висока ефективност и най-нисък риск от странични ефекти).

Лаборатория „Геника“ предлага няколко теста за подпомагане на диагностиката, профилактиката и лечението на хора с висок риск или страдащи от диабет тип 2:

1. Панел за определяне на генетично предразположение към диабет тип 2
2. Изследвания на чревен микробиом: микробиом мини/миди/макс
3. Панел „Метаболизъм“
4. Фармакогенетичен панел при терапия на диабет тип 2.



Доц. д-р Теодора Светославова Ханджиева-Дърленска е председател на Българското сдружение за проучване на затлъстяването и съпътстващите го заболявания, специалист по лечение на затлъстяването, сертифициран от Европейската асоциация за изследване на затлъстяването.

Доц. Дърленска, кое е най-новото в лечението на диабета?

- Захарният диабет тип 2 е хронично метаболитно заболяване, което много често е придружено или е резултат на друго заболяване като затлъстяването. Те са взаимно свързани и придружени с инсулинова резистентност, дислипидемия, високо кръвно налягане и други.

Затлъстяването е рисков фактор за развитието на диабет тип 2

Бариатричната хирургия е единственият метод, с който може да се постигне пълна ремисия

Затлъстяването е хронично метаболитно заболяване, при което в организма се складира излишна енергия под формата на мазнини в резултат на превишаване на енергоразхода. Ексцесивната мастна тъкан действа като ендокринен орган и провокира възпалителна реакция, хипоксия, инсулинова резистентност, увеличаване на циркулиращите свободни мастни киселини, липотоксичност, намаляване отговор на имунната защита.

Когато оралните антидиабетични средства в комбинация с инсулин и подходящ хранителен режим не водят до нормализиране на кръвната захар или се стига до декомпенсация на захарния диабет особено при пациенти с тежко затлъстяване, се препоръчва бариатрична/метаболитна хирургия.

- Какво представлява бариатричната/метаболитна хирургия?

- Това е вид хирургична интервенция за лечение на високостепенно затлъстяване и довежда до ремисия на усложненията, придружаващи затлъстяването - като захарен диа-

бет тип 2, артериална хипертония и други.

Съществуват няколко основни вида бариатрични операции – надлъжна 2/3 резекция на стомаха (sleeve), различни видове стомашен байпас, билиопанкреатична диверсия с дуоденално прекъсване. Единият механизъм на действие е чрез рестрикция, при който, намалявайки обема на стомаха, се намалява и възможността за прием на повече храна. Другият механизъм е чрез малабсорбция, при който се редуцира абсорбцията на приетите хранителни вещества, като се съкращава пътът им през гастроинтестиналния тракт, където тя е възможна. Основният механизъм обаче е неврохормоналният, който все още е неизяснен. Установени са промени в секрецията на чревните хормони, в глюкозния метаболизъм, жлъчните киселини и микробиотата. Значимостта на ефектите й върху придружаващите го метаболитни нарушения и усложненията от тях стана още по-голяма.

Безспорен факт е, че загубата

на тегло при този вид интервенции е много по-устойчива, сравнено с интензивно провежданите фармакологични и диетични мерки. Бариатричната хирургия е единственият метод, с който може да се достигне 25% редукция на телесното тегло за повече от 10 години и пълна ремисия на захарния диабет тип 2. Тези положителни ефекти са причината вече да се използва и терминът метаболитна хирургия, който по-коректно описва същността на този метод.

- По какъв механизъм бариатричната/метаболитна хирургия води до ремисия на диабета?

- Бързото подобрене на диабет тип 2 при някои от видовете бариатрична/метаболитна хирургия се дължи на няколко механизма. На първо място, това е намаленият прием на калории и на въглехидратни храни след съответната оперативна процедура, което благоприятства глюкозната хомеостаза. Друго обяснение е редукцията на телесното тегло, което оказва благоприятен ефект върху гликемичния контрол и намалява хроничното възпаление, характеризиращо затлъстяването. Ремисията се свързва директно с постигнатата редукция на телесно тегло.

ДОЦ. Д-Р ЛЮДМИЛА
ВЛАДИМИРОВА-КИТОВА, Д.М.

Атеросклеротичните сърдечносъдови заболявания (АСССЗ) засягат над 300 млн. души по света. Те са водеща причина за смърт. Но 80% от преждевременните сърдечносъдови събития, настъпили преди 65-годишна възраст, могат да бъдат предотвратени. Информирането на обществото за водещите рискови фактори и последиците от АСССЗ ще помогне за подобряване на здравните показатели.

Какво представляват АСССЗ и как влияят

АСССЗ е общ термин, използван за описание на различни заболявания, причинени от натрупването на мастни отлагания – или плаки – в артериите. Безсимптомното натрупване на липиди с течение на времето при много хора се съпровожда от липса на оплаквания до момента, в който плаки в артериите неочаквано не се увредят. Ако това се случи, в увредената артерия може да се образуват кръвни съсиреци, които да доведат до остро настъпване на сериозно сърдечносъдово събитие като инфаркт на миокарда или мозъчен инсулт.

27% от хората са в риск от АСССЗ. Това се определя от голямото разпространение на рискови фактори и нездравословен начин на живот, което в крайна сметка оказва огромно натоварване върху системата на здравеопазване по целия свят. В момента тази невидима пандемия отнема до 42 000 живота на ден.

Има семейства с наследствено висок холестерол. При тях миокардният инфаркт се случва 20 години по-рано от останалите. Затова е важно да познаваме заболяванията във фамилията ни.

Кой е в риск

Като се има предвид колко широко разпространено и опустошително може да бъде това хронично заболяване, важно е да се идентифицират рано уязвимите групи от населението.

Основните причини за АСССЗ включват високи нива на холестерол (дислипидемия), високо кръвно налягане (хипертония), тютюнопушене, захарен диабет, фамилна анамнеза и определени генетични предпоставки като например наследствен висок холестерол, който започва в младата възраст (фамилна хиперхолестеролемия). Други рискови фактори, които допринасят за АСССЗ, са лоша диета, ниска физическа активност, наднормено тегло, прекомерен прием на алкохол, стрес. Възрастта и полът също допринасят за болестта, особено при жени след менопауза.

Захарният диабет сам по себе си повишава риска от сърдечносъдово заболяване средно около два пъти. При диабетичите той винаги е от умерен и нагоре, както и изравнен на пациент с понесен миокарден инфаркт. Пациенти със захарен диабет и наличие на увреден таргетен орган – включително нефропатия (микроалбинурия), невропатия или ретинопатия, са с много висок риск от АСССЗ и се нуждаят от интензивно лечение за намаляване на въздействието на основните рискови фактори.

„Добър“ холестерол срещу „лош“ холестерол

Холестеролът е мастно вещество, което е от съществено зна-

Атеросклеротичните съдови заболявания – невидимата пандемия

Захарният
диабет повишава
риска
от тях средно
около два пъти

чение за нормалното функциониране на тялото. Определено количество холестерол е здравословно. Но ако има твърде много холестерол в кръвта, тялото не е в състояние да се справи с него. Той се задържа в стените на артериите, образувайки в началото мастни жилки, а по-късно атеросклеротична плака. Пренася се в цялото тяло от молекули, наречени липопротеини. С течение на времето мастното натрупване в атерома може да стесни артериите. Този процес се нарича атеросклероза, която може да доведе до инфаркт или инсулт.

„Добрият“ холестерол или холестеролът в липопротеините с висока плътност (HDL холестерол) помага за премахване на лошия холестерол от артериите. Високото ниво на HDL холестерол предпазва от сърдечни заболявания. На този етап на познанието може да се твърди, че трябва да се стремим HDL холестерола да бъде над 1.0 mmol/l. Обикновено е висок при хора, които не пушат и имат редовна двигателна активност.

„Лошият“ холестерол или холестеролът в липопротеините с ниска плътност (LDL холестерол) е основният виновник за прогресията на процеса на атеросклероза. Твърде високият лош холестерол (LDL холестерол) е основен двигател за АСССЗ. Този показател има различни таргетни нива спрямо нивото на риск при пациента. Всички данни сочат, че намаляването на лошия холестерол води и до намаляване на риска от инфаркт и инсулт.

От друга страна, ниските нива, към които лекарите се стремят в лечението, не водят до нарушения във функцията на другите органи – мозък, бъбрек, надбъбрек, тъкани. При пациенти със захарен диабет и понесен съдов инцидент – инфаркт или инсулт, се цели понижаването на LDL холестерола до физиологични граници под 1.4 mmol/l поради факта, че това са пациенти с много висок риск.

Само холестеролът ли е важен

В допълнение към „добрия“ и „лошия“ холестерол има други два вида мастни елементи на обмяната на веществата, които са свързани с АСССЗ.

Триглицеридите са мазнини, които циркулират в кръвния поток с холестерола. Известно е, че високите нива на триглицериди повишават риска от АСССЗ. В последните ръководни правила се наложи един нов биомаркер – аполипопротеин-В, който дава по-прецизна



Доц. д-р Людмила Владимирова-Китова, д.м., работи в Клиниката по кардиология в УМБАЛ „Свети Георги“ в Пловдив.

информация за триглицерид съдържащите се фракции. Той вече се изследва рутинно в поголемите лаборатории. В практиката особено при млади хора и при пациенти със захарен диабет изследването му е много ценно, за да се определи агресивността на терапията.

Липопротеинът е структурно много подобен на LDL холестерол. Той може да допринесе за натрупването на плаки. Високите нива на липопротеина се дължат главно на наследствени причини. Препоръчително е поне веднъж в живота човек да направи измерване на липопротеина, защото малка част от хората (около 20%) имат високи нива, които са наследствено предопределени.

Холестеролът в липопротеините без висока плътност (не-HDL холестерол) е друга мярка за лош холестерол. Той е полезен за оценка на риска от АСССЗ при хора с високи нива на триглицериди, захарен диабет, затлъстяване. При пациенти със захарен диабет не-HDL холестерол е вторият таргет, снижаването на който трябва да се постигне след LDL холестерола.

Намаляване на рисковите фактори: значението на прицелното ниво

Поддържането на здравословни нива на холестерол и триглицериди е важно за здравето. Подобрено на кръвното налягане, високото ниво на холестерол обикновено не причинява никакви симптоми.

Нивото на холестерол може да бъде измерено чрез обикновен кръвен тест, който отчита общото ниво на холестерол (общ холестерол); HDL (добър холестерол); LDL (лош холестерол); не-HDL холестерол (лош холестерол) и триглицериди. Препоръчва се възрастните редовно да проверяват холестерола си, ако имат анамнеза за сърдечни заболявания или вече са на лечение за понижаване на холестерола.

При пациенти със захарен диабет тип 2 с много висок риск за АСССЗ се препоръчва редукция на LDL холестерола с поне 50% спрямо изходните стойности и едновременно достигане до прицелна стойност по-малко от 1,4 mmol/L (по-малко от 55 mg/dL).

Някои хора не могат да постигнат препоръчителните нива

на холестерол само чрез промени в начина на живот и ще се наложи да приемат лекарства, ако нивата им на LDL холестерол са твърде високи. Медикаментите не са заместител, а допълнение към упражненията, релаксацията и балансираното хранене.

Има различни видове лечения, които могат да бъдат предписани от вашия лекар за намаляване на LDL холестерола. Важно е той да прецени кое е правилното лекарство за вас. В момента медицината разполага с много възможности за контролиране на холестерола и триглицеридите. Комбинираното лечение с два или три медикамента при фамилните или тежките дислипидемии (главно при захарен диабет) е рутинно терапевтично поведение. Навлизането на инжекционни форми с многократно приложение в годината е много добро като ефект и улеснява пациентите.

Предприемането на положителни промени в начина на живот и използването на подходящи медицински терапии забавят прогресията на АСССЗ. Това ще помогне за намаляване на риска от сърдечни събития като инсулти и инфаркти.

Цел номер 1: „лекувай“ захарния диабет още преди да е започнал

Ширят се редица митове за диабета, които често се съобщават като факти. Тези погрешни представяния на заболяването могат да бъдат вредни и да влошат прогнозите за добър контрол на състоянието.

Най-голямата заблуда е, че когато му открият гранични стойности на кръвната захар, човек задължително е тръгнал към диабет и нищо не мо-

Инсулиновата резистентност е последен предупредителен сигнал да направим промени в начина на живот: здравословно хранене и движение

же да направи срещу „съдбата“. Науката казва друго: най-доброто лечение на диабета е той да бъде „лекуван“, преди да започне и състоянието

на преддиабет дава голяма, но последна възможност да се действа за постигане на целта. Преди това е имало други полезни ходове за превенция,



Зеленчуците и особено тези, които не съдържат големи количества въглехидрати под формата на нишесте, са много добър избор за човек с повишен риск от инсулинова резистентност или диабет. Те са с ниско съдържание на въглехидрати и калории, но са богати на фибри и хранителни вещества, които поддържат тялото в страхотна форма.

които са били пропуснати. Но и при инсулинова резистентност и гранично повишена кръвна захар трендът може да се обърне в посока надолу.

За инсулинова резистентност се говори, когато

клетките на тялото не реагират правилно на хормона инсулин

Тя е движещият фактор, който води до преддиабет, диабет тип 2, гестационен диабет - диабетът, възникнал по време на бременност.

Ролята на инсулина е да бъде нещо като ключ, който да отвори клетките на тялото да приемат глюкозата. Смисълът е да я използват като гориво за своята дейност на момента или да я складира като резерв под формата на мазнини.

Когато тялото загуби чувствителност за инсулина - стане резистентно към инсулин, то се опитва да се справи, като произвежда все повече инсулин.

Въпреки че точната причина за инсулиновата нечувствителност все още не е напълно разбрана, са известни факторите, които може да провокират състоянието.

Един от доказаните тригери е свързан със затлъстяването. Според нови метаанализи

около 11% от хората с инсулинова резистентност са с нормално тегло
Исключенията илю-

стрират многофакторната генеза на преддиабета.

Съвременните изследвания показват, че инсулиновата резистентност може да се бори с методи на лечение, които намаляват количеството инсулин, което тялото произвежда. Първото, което си струва да опитаме, е

да мобилизираме естествените механизми на организма

правилно да взаимодейства с инсулина.

Какво ще улесни процеса?

✓ Стрежете се да не пълнеете, ако вече сте с наднормено тегло - отслабнете със здравословна диета

✓ Хранете се балансирано, избягвайте т.нар. празни калории от продукти с високо съдържание на захар

✓ Бъдете физически активни, движете се - всеки ден поне 30 минути мускулни усилия са естествен регулатор на кръвната захар

✓ Избягвайте да трупате хроничен стрес - продължителното поддържане на психическо напрежение по хормонален път улеснява „разбиването“ на ключалките на клетките и „ключът“ превърта, без да ги отключва

✓ Лекувайте състояния, които може да увеличават риска за инсулинова резистентност. Сред тях най-масови са синдромът на Кушинг (свързан е с

повишена продукция на хормона на стреса кортизол от надбъбречните жлези) и поликистозата на яйчниците.

Изследователите са забелязали също така, че инсулиновата резистентност се среща при хора, които имат

високи нива на инсулин и на възпалителни маркери в кръвта, затлъстял черен дроб и панкреас

Първоначално инсулиновата резистентност не дава никакви симптоми. Признаци започват да се появяват едва след като състоянието доведе до вторични ефекти като по-високи нива на кръвната захар. Когато това се случи, може да се появят поотделно или в различни комбинации оплаквания:

- ✓ умора
- ✓ постоянен глад
- ✓ трудна концентрация, наричана и мъгля
- ✓ загуба на талия от натрупване на мазнини около вътрешните органи
- ✓ хипертония
- ✓ високи нива на холестерол.

Ако инсулиновата резистентност се развие в напреднал преддиабет или диабет тип 2, симптомите ще включват повишени нива на кръвната захар и повечето от класическите симптоми на захарния диабет.

САМО В МАГАЗИНИ  **ЛЕЧИТЕЛ®**

КОМПЛЕКСНИ ГРИЖИ ПОДОБРЯВАТ ЖИВОТА НА ХОРАТА С ДИАБЕТ

Близо половин милиард души на планетата имат диабет, но по-голямата част от тях не получават грижите, които биха направили живота им по-дълъг, здрав и пълноценен. Това разкрива ново глобално проучване на данни за хората със заболяването.

Много от пациентите дори не знаят, че имат диабет.

Според новите открития на лекари от Мичиганския университет и болницата „Бригам енд Уиминс“ в Бостън едва 10% от хората с болестта в 55-те изследвани страни с нисък и среден доход получават комплексни грижи, за които е доказано, че намаляват свързаните с диабета проблеми.

Пакетът от комплексни грижи, включващ медикаменти и хранителни добавки за понижаване на кръвната захар, кръвното налягане и холестерола, както и консултиране относно диетата, физическата активност и теглото, може да помогне за намаляване на рисковете за здравето от недостатъчно третиран диабет. Тези рискове включват бъдещи сърдечни удари, инсулти, неврологично увреждане, слепота, ампутации и други инвалидизиращи или летални състояния.

ГАРАНТИРАНО КАЧЕСТВО ОТ ФИНЛАНДИЯ



ГлюкоБаланс

екстракт от гимнама - „разрушителят на захарта“
Съдейства за нормални стойности на кръвната захар

АНТИПРЕС

екстракт от маслинови листа
Благоприятства за балансиране на кръвното налягане

РЕДАСИН® стронг

екстракт от червен ориз
За поддържане оптимални нива на холестерола

Повече информация във всички магазини  **ЛЕЧИТЕЛ®**,
в онлайн магазин shop.lechitel.bg и на 0885/922 821



Новият диабет: COVID убива клетки в панкреаса, препрограмира част от оцелелите

ЛЮБОМИРА НИКОЛАЕВА

След близо 2 г. пандемия е безспорно, че има двупосочна връзка между COVID-19 и диабета.

От една страна, диабетът е свързан с повишен риск от тежка коронавирусна инфекция. От друга, лекувани за COVID развиват неочаквано диабет, а хора с вече установен диабет правят тежки метаболитни усложнения на съществуващото си заболяване. Сред тях е тежката диабетни кетоацидоза и потенциално смъртоносното хиперосмолярно хипергликемично състояние. Тези все още неясни прояви са предизвикателства в лечението на вирусната инфекция с насложена метаболитна криза от т.нар. COVID диабет.

Засега се знае, че коронавирусът се свързва с рецепторите на ангиотензин-конвертиращия ензим 2 (ACE2), които се намират и в ключови метаболитни органи и тъкани, включително бета-клетките на панкреаса, бъбреците, тънките черва, мастната тъкан. Логично е да се подозира, че

вирусът провокира промени в метаболизма на глюкозата

Такава намеса би могла да усложни съществуващ диабет или да доведе до нови механизми на заболяването.

Случаите сега подсещат учените да се разровят в докладите от епидемията от миналия коронавирус, с който сегашният има голямо генетично сходство. И тогава е имало случаи на гликемия на гладно и

Проучвания излизат с версии за механизмите, но още няма точен отговор защо някои се разболяват, други - не

диабет с остро начало при пациенти с коронавирусна пневмония. Данните се тълкуват в подкрепа на хипотезата за

диабетогенен ефект на COVID извън доказаната роля на стреса

Все още не е ясно дали промените в метаболизма на глюкозата, които настъпват внезапно при тежка коронавирусна пневмония, продължават или отшумяват, когато се излекува инфекцията. Променили се характерът на заболяването при диабетите с тежък COVID?

В търсене на отговорите водещи изследователи от цял свят се обединиха в проекта CoviDIAB и

създадоха глобален регистър на пациентите с диабет, свързан с корона-вирусната пневмония

Целта е да се установи фенотипът на специфичното повишение на кръвната захар (хипергликемия) по време на COVID при хора, които до този момент са били енокринно здрави и с нормално ниво на гликирания хемоглобин.

Темата е обект на небивал интерес. Директорът на Националния здравен институт на САЩ анализира в блога си 2 нови проучвания,

които правят стъпки за разкриване на проблема. Учените потвърждават съмнението, че SARS-CoV-2 може да увреди клетките, произвеждащи инсулин. Доказва се също, че

вирусът може да се размножава в произвеждащите инсулин бета-клетки

Така създава повече свои копия, които на свой ред превземат други клетки.

Учените предоставят данни, че инфекцията със SARS-CoV-2 води до намалено производство и освобождаване на инсулин от Лангерхансовите острови в панкреаса. Също така установяват, че инфекцията директно унищожава изключително важни бета-клетки, но едновременно вирусът се открива и в други панкреатични структури. Окуражаващото е, пише световно известният д-р Франсис Колинс, че експертът сочи път за ензимно блокиране на размножаването на вируса на панкреаса.

В допълнение към загубата на инсулин-произвеждащи клетки тежко протичащата инфекция препрограмира част от оцелелите бета-клетки. Ефектите от принудителната трансформация още не са ясни, но се очаква да влошат инсулиновия дефицит и да повишат нивата на кръвната захар.

Проф. д-р Здравко Каменов:

Добрият гликемичен контрол предпазва от усложнения при диабета

Статистиката сочи, че всеки втори пациент не постига прицелните нива на кръвната захар



Проф. д-р Здравко Каменов, дмн, е професор по ендокринология и началник на Клиниката по ендокринология при УМБАЛ „Александровска“ – София

- Проф. Каменов, кои са най-големите предизвикателства пред пациентите с диабет?

- Захарният диабет е световен проблем с нарастваща честота и огромни разходи, което го прави едно от най-значимите социални незаразни заболявания. През последните декади в световната терапевтична практика навлязоха 4 групи нови медикаменти, които, освен че намаляват кръвната захар, имат и редица други благоприятни ефекти. Например намаляват риска за инфаркт, инсулт, сърдечна недостатъчност и бъбречни поражения. За щастие, тези нови лекарства са налични и достъпни и у нас. Статистиката обаче сочи, че всеки втори човек с диабет не постига прицелните нива на кръвната захар. А поддържането на добър гликемичен контрол е начинът, по който може да се влияе върху хода на диабета и усложненията му.

- Колко често диагностицираните с диабет трябва да изследват кръвната си захар?

- Честотата на контрола зависи от компенсацията на диабета – 1-2 кръвно-захарни профила седмично са достатъчни, ако тя е добра и стабилна във времето. Ако обаче стойностите варират и има хипо- и/или хипергликемии, самоконтролът трябва да е по-чест. А ако има и друго възникнало остро заболяване – неколккратно измерване дневно. При диабет тип 1 кръвната захар трябва да се отчита преди всяко хранене и периодично след храна.

Много важно е изследването на гликирания хемоглобин (HbA1c), който показва компенсацията на диабета за предшестващите 3 месеца. То се прави на всеки 3-6 месеца: на всеки 3 месеца при диабет тип 1 и при промяна в лечението и/или недостигната желана гликемия; или на всеки 6 месеца при диабет тип 2 и при постигнати желани нива на глюкозата.

- Освен адекватното и навременно лечение кои са другите фактори, които влияят върху контрола на диабета?

- Много фактори от стила на живот влияят върху контрола на диабета. Трябва да се намали приемът на калориите, бързите въглехидрати и животинските мазнини (препоръчват се риба и пилешко), да се увеличат зеленчуците и плодовете (поне по 200 г дневно). Трябва да се избягва късното вечерно хранене. Много важна е физическата активност – поне 150 минути седмично, разпределени в поне 3 части, като няма повече от 2-3 дни без упражнения. Ходенето по 20-30 минути дневно е добър вариант. Цигарите са вредни, а алкохолът може да се приема в малки количества – 50 мл концентрат

или чаша вино на ден за мъжете и половината от това количество за жените. Стресът е много мощен фактор за поява или влошаване на диабета, а в условията на пандемията стресът в обществото многократно нарасна.

- Хората с диабет имат по-голям риск от тежко протичане на COVID-19. Каква е причината и какво могат да направят пациентите, за да намалят този риск?

- Диабетът не увеличава риска за заразяване от вируса, но повишава риска за по-тежко протичане и неблагоприятен изход. Има много причини – както от страна на самата хипергликемия, така и поради усложненията на диабета и съпътстващите го заболявания. Известно е, че диабетът отслабва имунната система на организма, която защитава от болестотворните агенти. Когато не са контролирани високите нива на кръвната захар, се променя структурата на всички тъкани, което води и до промяна на тяхната функция и развитие на диабетните усложнения. Увредата на малките съдове и нарушенията в системата на кръвосъсирването повишават вероятността за образуване на съсиреци и запушване на тези съдове с последващи тежки поражения във всички органи – бял дроб, мозък, сърце, бъбреци, черен дроб и други. Освен това хората с диабет най-често (80-90%) са с наднормено тегло или затлъстяване, а мастната тъкан, особено тази в областта на корема, отделя огромни количества биологично активни вещества, които опосредстват развитието на едно от най-смъртоносните поражения на COVID – цитокиновата буря.

Какво да направите, за да намалите риска от тежко протичане на COVID, ако имате диабет? Основното е да се стремите към добър контрол на кръвната захар. Приемайте стриктно вашата антидиабетна терапия. Редовно проверявайте кръвната захар у дома. Не пропускайте прегледа при вашия лекуващ ендокринолог и редовно изследвайте гликирания си хемоглобин. Това ще ви позволи навременно оптимизиране на терапията при нужда.