

Тема:26 Захарен диабет – късни усложнения .Захарен диабет- диета и медикаментозно лечение

Диетолечение Спазването на хранителен режим при захарен диабет е важно и абсолютно необходимо условие в комплексното лечение на заболяването.Тя трябва да е максимално близка до физиологичната и да осигурява: белтъчини – 10-15% от дневните калории; мазнини – до 30% от общите калории, въглехидрати – 50-60% от общото количество на дневните калории. Вносът на животински мазнини е намален – до 10%, а въглехидратите се осигуряват за сметка на полизахаридите. Препоръчва се повишен внос на влакнини под формата на пресни плодове, зеленчуци, храни, богати на фибри. Абсолютно забранени са бързоусвояемите въглехидрати – захар и захарни изделия, шоколадови изделия, сладки газирани напитки, сушени плодове, мед, сладолед, сладка, конфитюри, торти и т.н. При затлъстяване диетата трябва да е нискокалорийна с цел максимално нормализиране на теглото. Препоръчва се приемът на храна да е 4-5-кратен, да се консумират малки порции, за да се избегнат големи флуктуации на кръвната захар. Диетичният режим при пациентите със ЗД трябва да е индивидуално съобразен с възрастта на болния, с физическото му състояние, професионалните му натоварвания, теглото, типа и тежестта на диабета, хранителните предпочитания и т.н.

Перорални антидиабетни препарати – използват се основно при лечение на ЗД 2.

Биват няколко групи: 1. Сулфанилурейни препарати (СУП) – стимулират инсулиновата секреция на панкреаса. Представители: манинил (Maninil), диапрел МР (Diaprel MR), амарил (Amaryl), неоглим (Neoglim), глипер (Gliper), лимерал (Limeral) и др. СУП се приемат 1 или 2 пъти дневно и могат да се комбинират с представители от други групи перорални антидиабетни средства.

2. Бигванидови препарати – намаляват инсулиновата резистентност на клетките и подобряват биологичния ефект на инсулина в периферните тъкани. Представители: метформин (Metformin), глюкофаж (Glucophage), сиофор (Siofor), метфогамма (Metfogamma) и др. Приемат се 2-3 пъти дневно по време на хранене.

3. Глюкозидазни инхибитори – забавят изпразването на стомаха, постъпването и резорбцията на въглехидратите в тънките черва, пречат на постъпилите с храната въглехидрати да се разградят до монозахариди и по този начин намаляват хипергликемията след нахранване. Представители: акарбоза (Acarbose), глюкобай (Glucobay). Приемат се 3 пъти дневно по време на хранене

Инсулинолечение Инсулинолечението е заместително лечение, целящо да бъде заместена недостатъчната или липсващата секреция на хормона от панкреаса на диабетно болния, да предпази пациента от хипер- и хипогликемии, да отсрочи съдовите усложнения и да осигури на болния живот, максимално близък до този на здравия.

Видове инсулинови препарати :Бързодействащ инсулин – бистър кристален разтвор с неутрално рН. Може да се инжектира подкожно, мускулно или венозно. Има начало на действие 30 min след апликацията и продължителност на действието 5-8 h. Прилагат се ½ h преди хранене. Представители: инсулин актрапид (Insulin Actrapid), инсулин хумулин Р (InsulinHumulin R), инсулин инсуман рапид (Insulin Insuman Rapid) и др. Интермедиерни инсулини – имат удължено действие – до 24 h. Представяват мътни разтвори само за подкожно приложение. Прилагат се един или два пъти дневно. Представители: инсулин ново ленте (Insulin Novo Lente), инсулин инсулатард (Insulin Insulatard), инсулин хумулин (Insulin Humulin), инсулин инсуман базал (Insulin Insuman Basal) и др. Инсулинови микстури –

представяват готова смес от бързодействащ и интермедиерен инсулин в различно съотношение: 10:90; 20:80; 30:70; 40:60; 50:50. Прилагат се подкожно, един или два пъти дневно. Представители: инсулин микстард 30 (Insulin Mixtard 30), инсулин хумулин М (Insulin Humulin M) и др. Инсулинови аналози – биват бързодействащи, депо-препарати и инсулинови мекстури. Представители: Бързодействащи инсулинови аналози – инсулин ново рапид (Insulin Novo Rapid), инсулин хумалог (Insulin Humalog); интермедиерни депо инсулинови аналози – инсулин лантус (Insulin Lantus), инсулин левемир (Insulin Levemir); аналогови мекстури – инсулин ново микс 30 (Insulin Novo Mix 30), инсулин хума микс 25 (Insulin Huma Mix 25) и др.

КЪСНИ УСЛОЖНЕНИЯ НА ЗАХАРНИЯ ДИАБЕТ В късните усложнения на захарния диабет се включват диабетната микроангиопатия и диабетната макроангиопатия. Механизмите, по които захарният диабет води до съдови увреждания (ангиопатии) са хиперинсулинемия, увеличено глюкозно вграждане в базалните мембрани на клетките, намалено оксидиране, поради нарушена транспортна функция на еритроцитите, както и генетично предразположение.

Към диабетните микроангиопатии спадат: 1. **Диабетна ретинопатия** е втората по честота причина за ослепяване. В резултат на захарния диабет в съдовете на ретината се образуват микроаневризми и микротромбози. На по-късен етап се развиват малки или по-големи кръвоизливи, които са причина за хипоперфузия (намалено кръвоснабдяване) на големи участъци от ретината. Лечение: Задължително е поддържане на добър контрол на захарния диабет и артериалното налягане. Специфичното лечение се провежда с аргон-лазерна фотокоагулация. 2. **Диабетна нефропатия** Около 30% от болните със ЗД 1 и 20-25% от болните със ЗД 2 развиват бъбречни усложнения. Фактори, участващи в развитието на диабетната нефропатия, са хиперфилтрацията, повишеното артериоларно налягане вътре в бъбреците и повишеното гломерулно налягане. Тези фактори водят до развитие на гломерулосклероза, протеинурия и артериална хипертония. Ранен белег за бъбречно засягане е т.нар. микроалбуминурия – 30300 mg албумин/24 h урина. Това се изяснява с намаление на креатининовия клирънс, постепенно покачване на кръвните показатели – креатинин, урея, пикочна киселина, и в крайна сметка довежда до развитие на хронична бъбречна недостатъчност. Лечение: Основен момент е активното лечение на захарния диабет и артериалната хипертония за поддържане на добър контрол на гликемията и артериалното налягане. В диетата белтъчният прием се ограничава до 0,60,8 g/kg. т., намалява се приемът на сол под 5 g/дневно с цел да се забави скоростта на прогресия на бъбречните увреждания.

3. **Диабетна невропатия** При ЗД тип 1 диабетната невропатия се развива обикновено след 5-ата година от началото на заболяването, докато при ЗД тип 2 тя е налице при около 12% от болните в момента на диагностициране на заболяването. За развитието на диабетната невропатия се смята, че участват както метаболитни, така и съдови фактори.