



ЕНДОКРИНОЛОГИЯ ENDOCRINOLOGIA

**Списание
на Българското гружество
по ендокринология
към СНМД в България**

**Journal
of the Bulgarian Society
of Endocrinology
(BSE)**

Гл. редактор: Боян Лозанов
Научен секретар: Филип Куманов

Editor-in-Chief: Bojan Lozanov (Sofia)
Scientific Secretary: Philip Kumanov (Sofia)

Редакционна колегия:

А.-М. Борисова, Г. Дашев, С. Захаријева,
Г. Кирилов, Л. Коева, Д. Коев,
К. Коприварова, Ив. Мендизов,
М. Протич, Вл. Христов, Ив. Цилинков

Editorial Board:

А.-М. Borissova (Sofia), V. Christov (Sofia),
G. Dachev (Sofia), G. Kirilov (Sofia), L. Koeva (Varna),
D. Koev (Sofia), K. Koprivarova (Sofia),
I. Mendizov (Sofia), M. Protich (Sofia),
I. Tzinlikov (Pleven), S. Zakharijeva (Sofia)

Редакционен съвет:

П. Ангелова-Гатева, Б. Василева,
Л. Дянков, Г. Кирилов, Ал. Александров,
М. Андреева, Н. Овчарова, Т. Сечанов,
С. Симеонов

Advisory Board:

P. Angelova-Gateva (Sofia), G. Kirilov (Sofia),
Al. Alexandrov (Sofia), M. Andreeva (Sofia),
L. Diankov (Sofia), N. Ovcharova (Sofia),
T. Sechanov (Sofia), S. Simeonov (Plovdiv),
B. Vasileva (Sofia)

Международен научен съвет:

М. Бергер (Дюселдорф), М. Богоев (Скопие),
А. Булатов (Москва), Ф. Деланж (Брюксел),
Г. Ердоган (Анкара), К. Жафиол (Монпелие),
Е. Збранка (Яш), А. Изидори (Рим),
С. Имамоглу (Бурса), Б. Каранфилски (Скопие),
П. Кендъл-Тейлър (Нюкасъл на Тайн),
Х. Кийн (Лондон), М. Кокулеско (Букурещ),
Г. Красас (Солун), Д. А. Кутрас (Атина),
Дж. Лазарус (Кардиф), Е. Нишлаг (Мюнстер),
А. Пинкера (Пиза), С. Рефетоф (Чикаго),
М. Серрано Риос (Мадрид),
Й. Фьовени (Будапеща)

International Scientific Board:

M. Berger (Düsseldorf), M. Bogoev (Skopie),
A. Bulatov (Moscow), M. Coculescu (Bucharest),
F. Delange (Brussels), G. Erdogan (Ankara),
J. Fovenyi (Budapest), S. Imamoglu (Bursa),
A. Isidori (Rome), C. Jaffiol (Monpellier), B. Karanfilski
(Scopie), H. Keen (London), P. Kendall-Taylor (New-
castle upon Tyne), D. A. Koutras (Athens), G. Krassas
(Thessaloniki), J. H. Lazarus (Cardiff), E. Nieschlag
(Münster), A. Pinchera (Pisa), S. Refetoff (Chicago),
M. Serrano Rios (Madrid), E. Zbranca (Jasi)

Списанието се индексира от:
• ExtraMed (London)
• Elsevier Science (Amsterdam)
• Raymon Mulford Library (Ohio)
• Bulgarian Citation Index

The journal is indexed in:
• ExtraMed (London)
• Elsevier Science (Amsterdam)
• Raymon Mulford Library (Ohio)
• Bulgarian Citation Index

Списание

ЕНДОКРИНОЛОГИЯ

том IX, Vol. Supplement to книжка 2, 2004

Съдържание

ОРГАНИЗАЦИЯ	2
СПОНСОРИ	4
ПРОГРАМА	5
• ГОЛЯМА ЗАЛА	5
• ПАНОРАМНА ЗАЛА	13
ПОСТЕРИ ПО АЗБУЧЕН РЕД.....	16
АБСТРАКТИ НА ДОКЛАДИ	18
АБСТРАКТИ НА ПОСТЕРИ	36
АВТОРИ ПО АЗБУЧЕН РЕД.....	49
МОДЕРАТОРИ, ЛЕКТОРИ.....	51
СОЦИАЛНИ СЪБИТИЯ	55
РЕГИСТРАЦИОННА КАРТА ЗА ЧЛЕНОВЕ НА БДЕ.....	56

ISSN 1310-8131

Адрес на редакционната колегия: Специализирана болница за активно лечение по ендокринология, нефрология и геронтология „Акад. Иван Пенчев“
ул. „Д. Груев“ №6, 1303 София; тел. (0359) (02) 987 7201; факс (0359) (02) 874 145
Проф. Б. Лозанов – главен редактор, доц. Ф. Куманов – научен секретар
<http://www.medicalnet-bg.org>

ПРОГРАМА

Девети Национален симпозиум по ендокринология

„Диабетът като сърдечно-съдов риск“

24 – 26 юни 2004, София

Българско дружество по ендокринология

През 2004 година Националният симпозиум по ендокринология на тема:
„Диабетът като сърдечно-съдов риск“ е организиран от Българско Дружес-
тво по ендокринология

ОРГАНИЗАЦИОНЕН КОМИТЕТ:

ПРЕДСЕДАТЕЛ: Доц. Анна-Мария Борисова
СЕКРЕТАР: Д-р Цветалина Танкова
КАСИЕР: Д-р Александър Шинков

ЧЛЕНОВЕ:

Проф. Георги Дашев
Проф. Любомир Дянков
Доц. Сабина Захаријева
Доц. Георги Кирилов
Проф. Драгомир Коев
Проф. Лидия Коева
Доц. Калинка Коприварова
Доц. Филип Куманов
Проф. Боян Лозанов
Доц. Недялка Овчарова
Проф. Кръстьо Павлов
Доц. Малина Петкова
Проф. Михаил Протич
Доц. Владимир Христов
Доц. Иван Цинликов

СПОНСОРИ:

NovoNordisk
Servier
GSK
Abbott
Чайка Фарма
Pfizer
MERCK Darmstadt
Worwag
Динамед
Astra Zeneca
Libra
Fournier
Actavis
Bristol-Myers Squibb

Eli Lilly
Aventis
Novartis
Bayer
MSD
Roche
Berlin-Chemie
Gedeon Richter
Ecopfarm
Zentiva
KRKA
Liveda
Софарма
Solvay

ПРОГРАМА

на Девети национален симпозиум по ендокринология

„Диабетът като сърдечно-съдов риск“

24 - 26 юни 2004, София

ГОЛЯМА ЗАЛА

24.06.2004 г (четвъртък)

- | | |
|---------------|--|
| 14,00 – 14,45 | Сателитен симпозиум – Чайкафарма
Ендотелна функция и дисфункция - причини и последици
Glucotrol XL
<i>Модератор: Проф. Михаил Протич</i> |
| 14,45 – 15,30 | Сателитен симпозиум – Abbott
INVEST
Артериална хипертония, диабет и ИБС – нещата, които
можем да променим
<i>Модератор: Доц. Владимир Христов</i> |
| 15,30 – 16,00 | Кафе-пауза
Спонсор: Abbott |
| 16,00 – 17,00 | Уводна лекция на Националния симпозиум по ендокри-
нология „Диабетът като сърдечно-съдов риск“
The Diabetes Epidemics and the Action of the International
Diabetes Federation at the Dawn of the 21 st Century
Prof. Pierre LEFEBVRE
President of the International Diabetes Federation

<i>Модератор: Доц. Анна-Мария Борисова</i>
<i>Председател на Българско дружество по ендокринология</i> |

17,00 – 19,00

Сателитен симпозиум – Eli Lilly
Диабет и съдов риск – поглед в бъдещето
Модератор: Доц. *Сабина Захариева*

19,15 – 20,30

**Откриване на Девети национален симпозиум по
ендокринология „Диабетът като сърдечно-съдов риск“**
Национален исторически музей

20,30

Официална вечеря
Английски двор на Резиденция Бояна
Спонсор: Eli Lilly

25.06.2004 година (петък)

I СЕСИЯ
8,00 – 9,00 часа

Модератори: Доц. *Сабина Захариева*,
проф. *Драгомир Коев*, доц. *Нина Гочева*

8,00 – 8,30

Пленарна лекция: Цялостен подход към сърдечно-съдовия
риск при диабет тип 2
Лектор: Доц. *Владимир Христов*

8,30 – 9,00

Пленарна лекция: Рисков подход в лечението на артериал-
ната хипертония
Лектор: Проф. *Светла Торбова*

II СЕСИЯ
9,00 – 9,45 часа

Сателитен симпозиум – Bayer
„Диабетът – преди да е станало твърде късно“
Модератор: Доц. *Владимир Христов*

III СЕСИЯ
9,45 – 10,30 часа

Модератори: Проф. Михаил Протич, проф. Боян Лозанов,
доц. Филип Куманов

Научни съобщения:

9,45 – 10,00

Оценка на резултати от диспансеризацията и лечението на болни със захарен диабет от специалисти в доболничната медицинска помощ

*З. Петрова, С. Илиева, Андонова, В. Христов, Н. Николов,
И. Полянски, К. Дошков*

10,00 – 10,15

Честота на сърдечните заболявания при пациенти със захарен диабет тип 2

М. Петкова, С. Ганева, А. Велкова, Г. Раянова

10,15 – 10,30

Захарен диабет тип 2 при момче със синдром на Laurence - Moon - Bardet - Biedl

Г. Попова, К. Коприварова

10,30 – 11,00

Кафе-пауза

Спонсор: Bayer

IV СЕСИЯ
11,00 – 11,30 часа

Сателитен симпозиум – Aventis

Хармоничен контрол на рисковите фактори при лечение-то на захарен диабет тип 2

Модератор: Доц. Владимир Христов

13,00 – 14,00

Обяд – ресторант Люлин и ресторант Витоша на Резиденция Бояна

Спонсор: Aventis

V СЕСИЯ
14,00 – 15,30 часа

Модератори: Проф. Лидия Коева,
проф. Михаил Протич, проф. Кръстьо Павлов

14,00 – 14,20

Пленарна лекция: Дислипидемия и сърдечно-съдов риск при захарен диабет и метаболитен синдром. Възможности за повлияване

Лектор: Доц. Нина Гочева

14,20 – 14,40

Пленарна лекция: Мястото на ORLISTAT в първичната профилактика на диабет тип 2

Лектор: Доц. Владимир Христов

Спонсор: F. Hoffmann-La Roche

14,40 – 15,00

Пленарна лекция: Връзката между диабет и атеросклероза в светлината на резултатите на Heart Protection Study

Лектор: Д-р Здравко Каменов

Спонсор: MSD

15,00 – 15,20

Пленарна лекция: Диабет, анемия, сърдечно-съдов риск

Лектор: Доц. Стефан Кривошиев

Спонсор: F. Hoffmann-La Roche

15,20 – 15,50

Кафе-пауза

VI СЕСИЯ
15,50 – 17,20 часа

Сателитен симпозиум – Servier

Оптимизиране лечението на диабет тип 2 – ключов фактор за намаляване на сърдечно-съдовия риск

Модератор: Доц. Анна-Мария Борисова

17,20 – 18,10

Пленарна лекция: Diabetes and Obesity as concomitant risk factors for the development of cardiovascular disease

Prof. Luc Van Gaal (Белгия)

Модератор: Доц. Сабина Захариева

18,10 – 18,40

Мемориална лекция на името на „Академик Иван Пенчев“

Можем ли да повлияем медикаментозно атеросклеротичната плака?

Проф. Драгомир Коев

Модератор: Доц. Анна-Мария Борисова

19,00 – 22,30

Коктейл

Английски двор на Резиденция Бояна

Спонсор: Servier

26.06.2004 година (събота)

I СЕСИЯ

8,00 – 9,00 часа

Модератори: Проф. Лидия Коева,

проф. Драгомир Коев, доц. Недялка Овчарова, доц. Калина Коприварова

8,00 – 8,20

Пленарен доклад: Постпрандиалното състояние като бариера за добър гликемичен контрол

Лектор: Доц. Иван Цинликов

8,20 – 8,40

Пленарен доклад: Сърдечна недостатъчност при захарен диабет

Лектор: Доц. Малина Петкова

8,40 – 9,00

Пленарен доклад: Бета-блокери и захарен диабет

Лектор: г-р Цветалина Танкова

II СЕСИЯ
9,00 – 9,45 часа

Сателитен симпозиум – Novartis Pharma
Новартис в ендокринологията 2004 година
Модератор: Доц. Владимир Христов

III СЕСИЯ
9,45 – 10,30 часа

Пленарна лекция:
Prof. Geremia Bolli
(Италия)
Модератор: Доц. Владимир Христов

10,30 – 11,00

Кафе-пауза

Спонсор: Novartis Pharma

IV СЕСИЯ
11,00 – 13,00 часа

Сателитен симпозиум – GSK
Превенция на сърдечно-съдовия риск чрез нов терапевтичен подход към диабет тип 2
Модератор: Проф. Лидия Коева

13,00 – 14,00

Обяд – ресторант Люлин и ресторант Витоша на Резиденция Бояна

Спонсор: GSK

V СЕСИЯ
14,00 – 15,30 часа

Модератори: Проф. Кръстьо Павлов, доц. Недялка Овчарова, доц. Малина Петкова

14,00 – 14,20

Пленарна лекция: Диабетна автономна невропатия и сърдечно-съдова система
Лектор: Проф. Лидия Коева

14,20 – 14,40

Пленарна лекция: Метформин и артериално налягане - възможни взаимодействия
Лектор: Доц. Владимир Христов
Спонсор: MERCK Darmstadt
Аквахим – Представителство на MERCK в България

14,40 – 15,10

Научни доклади:

14,40

Повишен сърдечно-съдов риск при жени със синдром на поликистозни яйчници (PCOS)
М. Орбецова

14,55

Честота и характеристика на острия миокарден инфаркт при диабетици
А. Пенев, К. Христов, В. Вълканова

15,10 – 15,30

Пленарна лекция: Овладеяване на сърдечно-съдовия риск при пациенти със захарен диабет с лекарствата на SOPHARMA – Pravastatin и Lisinopril
Лектор: Проф. Михаил Протич
Спонсор: Sopharma

15,30 – 16,00

Кафе-пауза

V СЕСИЯ
16,00 – 18,00 часа

Сателитен симпозиум - Novo Nordisk
Физиологичен контрол на сърдечно-съдовия риск при захарен диабет
Модератор: Доц. Анна-Мария Борисова

18,00 – 18,15

Закриване на Девети национален симпозиум
„Диабетът като сърдечно-съдов риск“
Доц. Анна-Мария Борисова

20,00 – 24,00

Гала-вечеря

Спонсор: Novo Nordisk

Панорамна зала

25.06.2004 година (петък)

09,00 – 10,30 ч

Учебен сертификационен курс:
Артериална хипертония при захарен диабет
Спонсори: Чайкафарма, Gedeon-Richter
Модератор: Доц. Сабина Захариева

Учебна лекция: Артериалната хипертония при захарен диабет – основен фактор за повишен сърдечно-съдов риск
Лектор: Доц. Сабина Захариева

Учебна лекция: Особенности при лечението на артериалната хипертония в съчетание със захарен диабет
Лектор: Д-р В. Гергова

Учебна лекция: Протекция на съдовите усложнения при захарен диабет с Диротон (Лизиноприл)
Лектор: Проф. Светла Торбова

Клинични случаи – Доц. Сабина Захариева

14,00 – 14,45

Постерна сесия (5-минутна презентация)
Модератори: Доц. Недялка Овчарова, доц. Малина Петкова, доц. Иван Цинликов
устно представяне от постер № 01 до постер № 09

- място за излагане на постерите – зала 5
- поставяне на постерите на 24.06.2004 – 10 часа
- снемане на постерите на 26.06.2004 – 18 часа
- представяне на постерите в ПАНОРАМНА ЗАЛА на 25 юни 2004 година 14,00 - 14,45 часа
- 5-минутно устно представяне на мултимедиа, диапроектор или шрайбпроектор

26.06.2004 година (събота)

8,00 – 9,00

Обсъждане на „Методични указания по Тиреоидни заболявания“
Българско дружество по ендокринология
Докладват: Доц. Анна-Мария Борисова, д-р Русанка Ковачева, доц. Георги Кирилов

9,00 – 9,45

Постерна сесия (5-минутна презентация)

Модератори: Доц. Недялка Обчарова, доц. Иван Цинликов,
доц. Малина Петкова

От постер № 10 до постер № 18 – устно представяне

- място за излагане на постерите – зала 5
- поставяне на постерите на 24.06.2004 – 10 часа
- снемане на постерите на 26.06.2004 – 18 часа
- представяне на постерите в ПАНОРАМНА ЗАЛА на 26 юни 2004 година 9,00 – 9,45 часа
- 5-минутно устно представяне на мултимедиа, диапроектор или шрайбпроектор

14,00 – 15,30

Учебен сертификационен курс

Сексуални проблеми при захарен диабет

Спонсор: Pfizer

Модератор: Доц. Филип Куманов

Учебна лекция: Сексуалните нарушения при болни от захарен диабет

Лектор: Доц. Филип Куманов

Учебна лекция: Добрият контрол на захарния диабет - предпоставка за успеха срещу сексуалните нарушения

Лектор: г-р Цветалина Танкова

Учебна лекция: Микроциркулация и захарен диабет

Лектор: Доц. Иван Цинликов, И. Цинликова

Учебна лекция: Viagra (sildenafil citrate) - единственият PDE5 инхибитор с отлични показатели за ефективност и безопасност, доказани в реален 6-годишен клиничен опит.

Фармацевтична фирма Pfizer

Клинични случаи – Доц. Филип Куманов

ПОСТЕРИ

- P-1** Болестност и смъртност след коронарна реваскуларизация при болни със и без захарен диабет
А. Ангелов, В. Сиракова
- P-2** Рискови фактори за нарушен растеж при деца със захарен диабет тип 1
М. А. Аршинкова, К.С. Коприварова, Г. Кирилов, Р. Савова, М. Константинова, Г. Попова
- P-3** Биоелектрически импеданс за оценка на метаболитната скорост в покой при пациенти със затлъстяване
Ж. Бонева, Вл. Христов
- P-4** Захарният диабет като основен рисков фактор за атеросклерозата
Кр. Визев
- P-5** Съдовопротективен ефект на микроелемента селен при захарен диабет тип 2
С. Владева, Д. Терзиева
- P-6** Метаболитен контрол и контрол на артериалната хипертония при пациенти със захарен диабет тип 2
Ж. Геренова
- P-7** Диабетна макроангиопатия при пациенти със захарен диабет тип 2
Ж. Геренова
- P-8** Предклинична диагностика в електрофизиологичните стадии на диабетното стъпало
Р. Гюргакова, М. Икономов
- P-9** Комплексни патологични прояви – офталмологични, полиневропатни и мозъчносъдови при захарен диабет
М. Икономов
- P-10** Комплексните корелативни промени на мозъчната и периферносъдовата патология в предклиничните им стадии при болни със захарен диабет
М. Икономов
- P-11** Фактори на инсулин резистентния синдром при пациенти със захарен диабет тип 2
П. Каменова, Д. Коев, Л. Даковска, Г. Кирилов
- P-12** Захарния диабет – рисков фактор за депресивни състояния
М. Константинова, К. Коприварова, Р. Милушева, Р. Савова, Г. Попова
- P-13** Анти-AGE антитела и диабетна микроангиопатия при деца със захарен диабет
Г. Николов, Ч. Петрова, П. Йорданова-Лалева
- P-14** Окислителен стрес при пациенти със захарен диабет тип 2 с наднормено тегло
Н. Овчарова, С. Хубавешки, П. Ангелова-Гатева
- P-15** Пероксидирани липиди при болни с увреден въглехидратен метаболизъм
Н. Овчарова, П. Ангелова-Гатева, А. Томова, Ф. Куманов
- P-16** Физически капацитет и левокамерна функция при младежи със захарен диабет тип 1
В. Сиракова, Й. Йотов, Св. Георгиев, В. Йотова*, Ат. Ангелов, Я. Пейчев, М. Манчева
- P-17** Глюкооксидативен стрес при бременни жени със захарен диабет тип 1
К. Тодорова, М. Генова
- P-18** Намаление на микроалбуминурията при пациенти със захарен диабет тип 2, лекувани със SULODEXIDE
В. Г. Христов, З.А. Каменов, М.П. Генова, М.К. Тодорова

1-Д

The Diabetes Epidemics and the Action of the International Diabetes Federation at the Dawn of the 21st Century

Pierre LEFEBVRE

President of the International Diabetes Federation

The world is facing an unprecedented diabetes epidemic.

The prevalence of Type 1 diabetes is due to both an increase in incidence, a case of concern, and an increase in the longevity of the affected persons, a case of satisfaction.

Type 1 diabetes incidence varies greatly from region to region, the greatest being Finland with an annual incidence rate averaging 40 new cases per year per 100.000 children and adolescents under the age of 15. Recent studies in Switzerland and the United Kingdom have shown an impressive rise in young children over the last few years. The reasons for this situation are presently unknown.

Regarding Type 2 diabetes, which is frequently undiagnosed, the disease, strongly genetic in nature, is markedly favored by overweight/obesity and sedentarity. Since 1985 a marked increase in prevalence has been reported worldwide, including in children and adolescents.

Available estimations and projections for the seven IDF Regions will be presented together with suggestions for attempting to control an epidemic of great concern for individuals, health care authorities and governments all over the world.

The strategy of IDF, particularly, the IDF/WHO programme « Diabetes action now », supported by the World Diabetes Foundation, will be outlined. The world is facing an unprecedented diabetes epidemic.

The prevalence of Type 1 diabetes is due to both an increase in incidence, a case of concern,

and an increase in the longevity of the affected persons, a case of satisfaction.

Type 1 diabetes incidence varies greatly from region to region, the greatest being Finland with an annual incidence rate averaging 40 new cases per year per 100.000 children and adolescents under the age of 15. Recent studies in Switzerland and the United Kingdom have shown an impressive rise in young children over the last few years. The reasons for this situation are presently unknown.

Regarding Type 2 diabetes, which is frequently undiagnosed, the disease, strongly genetic in nature, is markedly favored by overweight/obesity and sedentarity. Since 1985 a marked increase in prevalence has been reported worldwide, including in children and adolescents.

Available estimations and projections for the seven IDF Regions will be presented together with suggestions for attempting to control an epidemic of great concern for individuals, health care authorities and governments all over the world.

The strategy of IDF, particularly, the IDF/WHO programme « Diabetes action now », supported by the World Diabetes Foundation, will be outlined.

2-Д

Diabetes and Obesity as concomitant risk factors for the development of cardiovascular disease

Prof. Luc Van Gaal (Белгия)

Авторът не е представил абстракт.

3-Д

Prof. Geremia Bolli

(Италия)

Авторът не е представил абстракт.

4-Д

Рисков подход в лечението на артериална хипертония

Светла Торбова

НМТБ „Цар Борис III“ София

Артериалната хипертония (АХ) е водещ рисков фактор в световната класация за глобалната тежест на заболяванията. Това мотивира оценка на риска в терапевтичния подход за контрол на АХ, залегнал както в европейските, така и в американските указания, публикувани през 2003г. Стратегията на лечението е изградена въз основа на крайните резултати от големите рандомизирани клинични проучвания. Изборът на терапевтичната схема се основава на оценката на хемодинамичните критерии, метаболитните критерии и рисковия профил на пациента. Понижаването на артериалното налягане *per se* носи основната полза. Специфичните класове медикаменти се различават в някои ефекти, както и при някои групи пациенти. Решението за избора на един медикамент се измества от необходимостта да се използват два или повече медикамента за постигане на прицелното артериално налягане. Показателят цена-ефективност на антихипертензивното лечение се определя въз основа на стойността на лечението и началната оценка на сърдечносъдовия риск. Диуретиците са с най-ниска цена и най-добър показател цена-ефективност, но за някои допълнителни индикации други класове медикаменти носят допълнителна полза. При пациенти с висок глобален риск схеми със съпоструващи медикаменти могат да бъдат с по-добър показател цена-ефективност.

5-Д

Цялостен подход към сърдечно-съдовия риск при диабет тип 2

Вл. Христов

Клиника по ендокринология при МБАЛ „Александровска“ - София

Захарен диабет тип 2 е свързан с повишен сърдечно-съдов риск. Този риск е многофакторен и включва от практически гледна точка пет основни елемента: хипергликемия, артериална хипертония, дислипидемия, затлъстяване и тютюнопушене. Към тях може да се добави и тенденцията към повишено тромбообразуване.

От клинична гледна точка цялостният подход към сърдечно-съдовия риск е единствения възможен начин да се контролират тези пет основни рискови фактори, с което да се редуцира сърдечно-съдовата заболеваемост и смъртност.

В този смисъл следва да се осъществяват следните подходи: 1) идентификация на всеки рисков фактор поотделно; 2) оценка на цялостния сърдечно-съдов риск; 3) интервенции, насочени към отделните рискови фактори.

Прилагането на такъв цялостен подход към сърдечно-съдовия риск при захарен диабет тип 2 е сериозна и трудна задача, която изисква много усилия. Те обаче са оправдани и дават съществени резултати, както личи от многобройните доказателствени данни в последно време.

6-Д:

Оценка на резултатите от диспансеризацията и лечението на болни със захарен диабет от специалисти в доболничната медицинска помощ

З. Петрова, С. Илиева, Андонова, В. Христов, Н. Николов, И. Полянски, К. Дошков

Национална здравно-осигурителна класа

Реформата на здравната система у нас започна с промени в доболничната помощ, базирани се на приетите законови и нормативни уредби. Така специалистите ендокринолози се оказаха в центъра на първичната медицинска помощ, в диспансеризацията и лечението на болните със захарен диабет. За лечението на захарния диабет НЗОК заделя около 20 % от средствата, предназначени за медикаменти, като отчита неговата социална значимост. Оценката на качеството на оказаната медицинска помощ е част от НРД и е залегнала в методката за контрол на НЗОК.

Целта на настоящето проучване бе да се установи какви резултати се постигат при така съществуващата организация за диспансерно наблюдение и лечение на диабетиците от специалистите ендокринолози в системата на НЗОК.

Материал и метод: Проучването бе извършена в 28 РЗОК. Обследвана е кръвната захар на гладно като специфичен индикатор на качеството за извършена медицинска дейност. Резултатите от изследваната гликемия на гладно и провежданото лечение бяха получени от амбулаторните листи на 10 % (14543 пациенти) от преминалите на диспансерен преглед диабетици през септември, октомври и ноември 2003 г. при специалист ендокринолог. Данните са обработени по метода на вариационния и корелационен анализ.

Резултати: Анализирани са 21 432 изследвания, като с кръвна захар под 3,5 ммол /л са 0,7 %, със стойности между 3,5 и 6,5 ммол/л са 26,87 %, а с гликемия на гладно над 6,5 са 72,43 % от пациентите. Средно постигнатата гликемия на гладно е $8,14 \pm 2,79$ ммол/л. Проучването определи десетте най-изписвани медикамента и най-използваните комбинации за лечение на захарния диабет, като преобладава монотерапията.

Изводи: Резултатите от проучването показват лош гликемичен контрол средно за страната, неадекватно използване на възможностите за комбинирана терапия и поставят сериозни въпроси към организацията на диспансерното наблюдение и лечение на захарния диабет.

Цел на настоящето проучване бе да се установи какви резултати се постигат при така съществуващата организация за диспансерно наблюдение и лечение на диабетиците от специалистите ендокринолози в системата на НЗОК. за комбинирана терапия и поставят сериозни въпроси към организацията на диспансерното наблюдение и лечение на захарния диабет.

7-Д:

Честота на сърдечните заболявания при пациенти със захарен диабет тип 2

М. Петкова*, С. Ганева*, А. Велкова**, Г. Раянова*

*Клиника по ендокринология, МБАЛ „Плевен“ ЕАД, гр. Плевен

** Катедра „Социална медицина и здравен мениджмънт“, ВМИ-Плевен

Захарният диабет се асоциира с висока честота на сърдечно-съдовите заболявания, води до тежка инвалидизация и повишена смъртност.

Целта на настоящото проучване е да се анализира разпространението на сърдечните заболявания при пациенти със захарен диабет тип 2.

Материали и методи: проведено е ретроспективно проучване за разпространението на сърдечните заболявания (СЗ) сред хоспитализираните пациенти в Клиника по ендокринология, гр. Плевен за периода от 01.01.2003 до 31.12.2003 година. Анализирани са данните от историите на заболяванията на всички пациенти със захарен диабет тип 2, а информация за съпътстващото СЗ (исхемична болест на сърцето: стабилна стенокардия, нестабилна стенокардия и остър миокарден инфаркт) е взета от личната здравна документация на пациентите. Статистическата обработка на данните е извършена с компютърна програма за биостатистически анализ SPSS.

Резултати: за посочения период от 1 година в клиниката са били хоспитализирани 520 пациенти с диагноза захарен диабет. От всички тези пациенти 399 (76 %) са били със захарен диабет тип 2 и при 218 (54,6 %) от тях са регистрирани хипертония и/или СЗ. Средната възраст на пациентите е била $58 \pm 0,67$ години,

средна продължителност на заболяването - $10,6 \pm 0,58$ години, BMI - $31,5 \pm 0,41$ kg/m². Изолирана артериална хипертония е била установена при 112 пациенти (28 %). Давността на хипертонията ($10,23 \pm 0,52$ г.) не се различава статистически значимо от тази на захарния диабет. От всички анализирани пациенти само при двама е установена исхемична болест на сърцето (ИБС) без съпътстваща хипертония. Артериална хипертония и ИБС са имали 94 пациенти (23,5 %), като от тях 61,1 % са били жени. Артериална хипертония, ИБС и документиран преживян остър коронарен инцидент през последните три години са регистрирани при 10 пациенти, от които 8 пациенти са били жени.

В момента на хоспитализацията 216 пациенти (54,1 %) са имали повишено артериално налягане ($152/91 \pm 1,8/0,81$ mm Hg), въпреки антихипертензивно лечение, провеждано в амбулаторни условия. По същото време нивата на холестерола и триглицеридите са били над референтните: $6,04 \pm 0,11$ mmol/l и $2,96 \pm 0,41$ mmol/l съответно.

Изводи: Нашите резултати сочат, че разпространението на сърдечните заболявания сред пациентите със захарен диабет тип 2 е значимо. Честотата на СЗ е по-висока сред жените със захарен диабет тип 2 в сравнение с мъжете. Въпреки провежданото антихипертензивно лечение целите на контрола на артериалното налягане не са постигнати. Всичко това е предпоставка за повишен риск от сърдечно-съдова смъртност при тези пациенти.

8-Д:

Захарен диабет тип 2 при момче със синдром на LAURENCE – MOON – BARDET – BIEDL

Г. Попова, К. Коприварова

*Клиника по ендокринология и диабет,
Университетска СБАЛДБ - София*

Захарен диабет тип 2 се среща при 15 % и нарушен глюкозен толеранс при 30 % от пациентите със Синдрома на Laurence - Moon - Bardet - Biedl. Представяме момче, фамилно обременено с диабет, артериална хипертония и наднормено тегло, родено с тегло 2950 гр., с хексодактилия, коригирана оперативно след раждането. След 10-месечна възраст детето е с наднормено тегло, екстремно увеличено след 10-годишна възраст, когато е регистрирано наличие на Acanthosis nigricans. Налице е умерена ментална ретардация. На 13-годишна възраст е установена артериална хипертония, хипопластични тестиси, пигментен ретинит. Комплексът от симптоми, установени при детето дава основание да се постави диагнозата Синдром на Laurence - Moon - Bardet - Biedl. На 15-годишна възраст, след едноседмична анамнеза за полидипсо-полиурия и повишен апетит, е установена хипергликемия и кетонурия. След първоначално венозно приложение, инсулинолечението продължава в трикратен режим с доза 90 Е дневно. При постъпването в клиниката се установява екстремно, централно затлъстяване, BMI 41 кг/м² Acanthosis nigricans, IQ 64, пигментна дегенерация на ретината, миопия и астигматизъм, ингвинален крипторхизъм в дясно с хипопластичен тестис, 2-ра степен пубертетно развитие, артериална хипертония, хипертрофия на лява камера, данни за хепатостеатоза със синдром на цитолиза.

Установена е дислипидемия, микроалбуминурия, повишени нива на С-пептид, гликиран хемоглобин 10,6 %. Захарният диабет се определи като тип 2. Лечението продължи с включване на Metformin и бързо намаляване на дозата на инсулина до пълното му спиране на 10-ия ден. Постигна се нормогликемия, един месец по-късно редукция на теглото с 4 кг, нормализиране на липидните показатели и значително намаляване на трансминазната активност. Предразположението към захарен диабет, обусловено от генетичния синдром и наличието на изразени рискови фактори, налага системен скрининг за ранна диагноза и лечение на нарушенията във въглехидратния метаболизъм с оглед на профилактика на усложненията, наблюдавани при закъсняла диагноза.

9-Д:

Дислипидемия и сърдечно-съдов риск при захарен диабет и метаболитен синдром. Възможности за повлияване

Н. Гочева

Национална кардиологична болница

Проявата на различни форми на исхемична болест на сърцето (ИБС)/, включително остър миокарден инфаркт, внезапна сърдечна смърт, стенокардия, е най-малко два пъти по-честа при болни със захарен диабет тип 2 (ЗДТ2) в сравнение с индивиди, които не са диабетици. Най-общата честота на ИБС, оценена чрез различни диагностични методи, е поне 55 % между възрастни пациенти със захарен диабет. Пациентите със ЗДТ2, които не са прекарвали миокарден инфаркт имат поне два пъти по-висок риск за бъдещ миокарден инфаркт в сравнение с пациентите без диабет, но с прекаран миокарден инфаркт. Смъртността от ИБС е два до четири пъти по-голяма при пациентите със ЗДТ2 за разлика от недиабетиците. Средно около 20 % от болните с ИБС са със ЗД. Очакванията са техният брой да нараства успоредно с нарастването на честотата на диабета в общата популация.

Други групи пациенти с промени в глюкозния толеранс се представят клинично с т.нар. метаболитен синдром. Метаболитният синдром се идентифицира като състояние, при което са налице няколко рискови фактори или абнормности, плътно свързани с наличие на инсулинова резистентност. Съчетанието на няколко гранични или изявиени рискови фактори (затлъстяване, артериална хипертония, дислипидемия) рязко увеличава тенденцията за развитие на коронарна болест, съответно на ИБС, както и за увеличаване на сърдечно-съдовата смъртност поради формирането на нестабилни атеросклеротични плаки.

Метаболитният синдром и ЗДТ2 се характеризират с т.нар. атерогенна дислипидемична триада, която играе основната тригерираща роля в атеросклеротичните съдови процеси: високи нива на триглицеридите, ниски плазмени нива на високодисперсия холестерол (HDL), повишени нива на малките плътни частици от нискодисперсия холестерол (LDL). Дислипидемията заедно с хиперинсулинемията и хипергликемията водят да бързо развитие на ендотелна дисфункция и коронарна атеросклероза.

АТР III на Националната холестеролова обучителна програма (NCEP) през 2001 година определи трите категории на риск, променящи таргетните стойности в лечението на високия LDL-холестерол. В групата на най-високия риск са болните с ИБС, както и болните със ЗДТ2, дефиниран като клиничен „еквивалент“ на ИБС. В същия документ метаболитният синдром е определен като състояние с най-голямо значение за развитието на ИБС, извън състоянията, протичащи с повишен LDL-холестерол.

Контролът върху атерогенната дислипидемия при болни със ЗДТ2 и метаболитен синдром може да се осъществява чрез модификации в начина на живот и чрез приложение на антилипемични медикаменти (статици, фибрати, никотинова киселина, жлъчни киселини). В документите на АТР III е подчертано, че първичната цел на лечението с липидопонижаващи средства е понижаването нивата на LDL-холестерол. През последните 20 години са проведени 9 големи проучвания със статини и 3 - с фибрати. Всяко едно от тези проучвания ограничава до известна степен съзнателното включване на пациенти със захарен диабет. От една страна, някои от тях изключват напълно болните с инсулино-зависим диабет и болни с глюкозни нива над 160 мг%. От друга страна, проучването ASCOT (2003 година) в усилието си да обхване повече болни с висок риск проследява непропорционално голям брой пациенти със захарен диабет. До момента повече от 15 000 болни със захарен диабет или метаболитен синдром са проследени или все още се проследяват чрез контролирани проучвания за оценка на ефективността на антилипемичното лечение за намаление на сърдечно-съдовия риск.

Проучването 4S демонстрира още през 1997 година, че в случаи с високи стойности на LDL-холестерол, статиновата терапия при болни със или без диабет води до значимо намаление на сърдечно-съдовата смъртност и усложнения. В другите големи статинови проучвания обаче при пациентите с диабет, които имат невисоки нива на LDL-холестерол, се наблюдава само лекостепенно намаление на сърдечно-съдовите инциденти. За разлика от тях изследователите на HPS (2003 година) съобщават за значимо намаление на коронарните усложнения при болни с диабет, еквивалентно на намалението на същите усложнения при болни без диабет. Подгруповият анализ показва, че ползата от лечение със статин е по-голяма за пациентите с диабет, но без предхождаща ИБС, в сравнение с ползата за пациентите с диабет и с предхождаща ИБС (само 19 % намаление на усложненията). Проучването ASCOT полемизира, че може би статиците не са подходящи за болни със захарен диабет.

Резултатите от лечението с фибрати при болни със захарен диабет се обсъждат в 4 основни проучвания: BIP, HHS, VA-HIT, DIAS. Общото в тези изследвания е, че техните данни показват намаление на честотата на коронарните инциденти, асоциирано с увеличение на нивата на HDL-холестерола. Тази тенденция е съвсем ясна в HHS и VA-HIT. Лечението с активен агент фибрат води също така и до диспропорционално значимо намаление на коронарните инциденти при пациенти с метаболитен синдром (40 % до 80 %) в сравнение с останалите болни, което е извън границите на началните предвиждания. VA-HIT има изключително значение, тъй като това е единственото проучване, което показва, че честотата на коронарните инциденти могат да бъдат редуцирани и при болни с метаболитен синдром. Получените данни са обнадеждаващи, но остават нерешени въпроси, които се нуждаят от отговор чрез данни от големи и прицелни проучвания при болни с диабет и/или метаболитен синдром - стратегии за успешно намаление на теглото, по-добро разбиране на метаболитните нарушения, по-съвършена система за оценка на риска, усъвършенстване начините

за контрол на инсулиновата резистентност, изясняване смисъла и детайлите в лечението на атерогенната дислипидемия, извън LDL-холестерол понижавашата терапия.

10-Д:

Мястото на ORLISTAT в първичната профилактика на диабет тип 2

Вл. Христов

Клиника по ендокринология, МБАЛ „Александровска“

В света разпространението на наднорменото тегло и затлъстяването достигат епидемични размери, със съответстващо покачване на случаите на диабет тип 2. Поради тежките здравословни и финансови последици от това заболяване, организации като Международната диабетна федерация (IDF), апелираха за увеличаване на усилията за превенция в развитието на диабет тип 2.

Наднорменото тегло е добре известно като най-важният променящ се рисков фактор за развитието на диабет тип 2. Редица проучвания показваха, че промяната на стила на живот (намаляване на теглото и повишаване на физическата активност) има драматичен ефект за отлагане или предпазване от развитието на диабет тип 2. XENDOS е най-голямото до днес клинично проучване на понижавач теглото медикамент, включващо 3304 пациенти. То е и най-продължителното до днес проучване на такъв медикамент, с продължителност на лечението повече от четири години, и първото, проследяващо ефекта му върху прогресията до диабет

тип 2. XENDOS е също така първото проучване, проследяващо дали добавянето на Orlistat към промените в стила на живот е по-ефективно отколкото само промяната в стила на живот за намаляване риска от диабет тип 2.

Резултатите от XENDOS показват:

През четирите години на лечение, orlistat заедно с промяна в стила на живот намалява риска от развитие на диабет с 37 %, в сравнение само с промяна в стила на живот.

Orlistat намалява прогресията до диабет тип 2 с 52 % при пациенти с нарушен глюкозен толеранс, в сравнение само с промяна в стила на живот.

11-Д:

Връзката между гуабет и атеросклероза в светлината на резултатите на Heart Protection Study

З. Каменов

Клиника по ендокринология, МБАЛ „Александровска“

В най-голямото клинично изследване, провеждано някога с медикамент, който модифицира нивото на холестерола, Симвастатин спасява живот и значително намалява риска от сърдечен инфаркт и инсулт при множество високорискови пациенти. За първи път изследването показва животоспасяващите предимства на Симвастатин при няколко определено рискови групи пациенти, включително и диабетици, които са прекарвали мозъчен инсулт, жени и възрастни. Първоначалните резултати от изследването на 20 536 пациенти, проведено в световноизвестния Оксфордски университет, Великобритания, показва че 40 мг Симвастатин дневно за период средно 5,5 години, намалява риска от инфаркт и инсулт с около една четвърт - независимо от пола, възрастта и нивата на холестерола.

При преизчисляване на резултатите, намаляването на риска сред тази широка популация е една трета.

Изследването - проведено в 69 болници във Великобритания, е отговорило по значим начин на първоначалната цел чрез намаляване на общата смъртност (12 %) и на смъртността от сърдечно-съдова болест (17 %). По време на изследването всички лечебни групи са получавали стандартно лечение, включително аспирин, антикоагуланти, нитрати, бета-блокери, калциеви антагонисти, АСЕ инхибитори - всеки един от които може да бъде предписан по всяко време от лекуващия лекар на пациента.

С включените над 6000 диабетици в изследването за предпазване на сърцето, това е първото проучване, насочено към изследване на ползата от понижаването на нивата на холестерола при диабетици с диабет тип 1 и тип 2 или без предишна анамнеза за сърдечни заболявания, или повишен холестерол.

Резултатите бяха следните:

- Повече от 90 % достигнаха крайната цел според European Guidelines при LDL-C холестерола със Симвастатин 40 mg*
- Симвастатин значително намали риска от:
 1. Големи съдови инциденти с 22 % ($p < 0,0001$)
 2. Мозъчен инсулт с 24 % ($p = 0,01$)
 3. Реваскуларизации с 17 % ($p = 0,02$)
- Ползата от Симвастатин беше доказана независимо от наличието на предхождаща ИБС, нивото на кръвната захар, нивото на базисния LDL-C холестерол, хипертоничния статус, затлъстяването, пола и възрастта
- Терапията със Симвастатин е била с много добра поносимост и профил, но безопасност сравнима с тази на плацебо.

12-Д:

Диабет, анемия, сърдечносъдов риск

Стефан Кривошиев

Секция по диализа, Научно дружество по нефрология, хемодиализа и трансплантация

През последното десетилетие диабетът е основна причина за терминална бъбречна недостатъчност в развитите страни. Резултатите от лечението на диабетно болните със заместващи бъбреците методи (диализа и бъбречна трансплантация) са крайно неудовлетворителни. Сърдечно-съдовата смъртност при този контингент е катастрофално висока, дори и в сравнение с недиабетиците на диализно лечение. Основна причина за това е късното започване на лечението на усложненията на хроничното бъбречно увреждане при диабетиците. Сред тези усложнения важно място заема анемията. Наред с диабетът и хроничните бъбречни заболявания, анемията също е самостоятелен рисков фактор за висока сърдечно-съдова болестност и смъртност. При диабетици анемията, дължаща се на дефицит на еритропоетин се развива значително по-рано и е по-тежка в сравнение с другите бъбречни заболявания. Една от най-вероятните причини е автономната диабетна невропатия. Този факт е известен от много години, но въпреки това, анемията при диабетици остава много често недиагностицирана и по правило - нелекувана правилно до напредналите стадии на хронична бъбречна недостатъчност. В резултат на обемното натоварване анемията води до ремоделиране както на миокарда, така и на артериалната стена. Късното започване на лечението на анемията - при дълготрайна левокамерна хипертрофия води само до частично подобрене както на морфологичните промени, така и на преживяемостта на диабетиците. Прогнозата на диабетно болните може да бъде променена съществено единствено с навременно и агресивно лечение на всички усложнения на диабета, включително и на анемията.

13-Д:

Можем ли да повлияем медикаментозно атеросклеротичната плака?

Проф. Д. Коев

Медицински център „Клиника професор Коеви“, Варна

Първичната профилактика на атеросклерозата се базира на отстраняване на рисковите фактори и на адекватно лечение на заболяванията предразполагащи към развитие на атеросклероза: захарен диабет, артериална хипертония, дислипидемия. Вторичната профилактика е медикаментозно повлияване на вече формираната атеросклеротична плака, за да се предотврати нейното разкъсване, предизвикващо остри коронарни инциденти. Нестабилната плака се характеризира с голямо липидно ядро, много възпалителни клетки и тънка фиброзна шапка. Новите терапевтични стратегии включват намаляване на активността на ендотела, понижаване на LDL-холестерола в съдовата стена и увеличаване на обратния транспорт на холестерола, потискане на окислението на LDL, потискане на експресията на възпалителните цитокини и потискане на тромбообразуването. Макар да е постигнато значително намаляване на болестността и смъртността от остри коронарни инциденти, с новите стратегии се очаква по-нататъшното им намаление в следващото десетилетие

14-Д:

Постпрандиалното състояние като бариера за добър гликемичен контрол

И. Цинликов

Университетска болница - Плевен

Все повече изследвания фокусират вниманието ни върху т.нар. постпрандиално състояние. Периодът след нахранване се характеризира с ексцесивно покачване нивото на кръвната захар и липидите. Времето, необходимо за връщане към изходното състояние зависи от вида и количеството на приетата храна. Оралният глюкозотолерантен тест представлява модел на постпрандиалното състояние. Епидемиологичните данни показват, че влошеният глюкозен толеранс и високите липидни нива са свързани с повишен риск от сърдечно-съдови заболявания. Обсъждат се някои от основните механизми, благоприятстващи развитието на тези заболявания.

Ексцесивната постпрандиална гликемия води до повишено гликиране на протеините, увеличава продукцията на свободни радикали, предизвиква хиперкоагулация, активира протеинкиназа С, улеснява адхезията, повишава продукцията на вазоактивни и пролиферативни субстанции, повишава синтеза на колаген. Ексцесивната постпрандиална липидемия има атерогенен профил, който се характеризира с високи триглицериди и LDL, и ниски HDL нива.

Коригирането на постпрандиалното състояние може да бъде част от стратегията за превенция и лечение на сърдечно-съдовите заболявания. Ранната намеса може да предотврати и забави началото на сериозни усложнения.

15-Д:

Сърдечна недостатъчност при захарен диабет

М. Петкова

Клиника по ендокринология, ВМИ - Плевен

Сърдечната недостатъчност при пациенти със захарен диабет е често срещано и тежко състояние, което е придружено с повишен риск от сърдечна смърт. Лошата прогноза при тези пациенти е резултат от съществуващата диабетна кардиомиопатия, отежнена от хипертонията и исхемичната болест на сърцето (ИБС).

Повишената симпатиковата активност при захарен диабет води до засилена утилизация на мастни киселини в миокарда, индуциране на „фетална генна програма“ и ограничаване на сърдечната функция. От друга страна, активирането на ренин-ангиотензиновата система води до ремоделиране на миокарда.

Сърдечната недостатъчност в ранните си стадии протича безсимптомно, изисква агресивна оценка на рисковите фактори и първите клинични признаци. Повече от половината пациенти с лява вентрикуларна дисфункция остават недиагностицирани и нелекувани до момента на изява на вече напредналото заболяване.

Приложението на бета-блокери, ACE-инхибитори и може би на блокери на ангиотензиновия рецептор са основни мерки в превенцията на миокардното ремоделиране и съхраняване на вентрикуларната функция. Бета-блокерите не само превантивират, но и възстановяват сърдечното ремоделиране. Страничните метаболитни ефекти, които се асоциират с тяхната употреба при пациенти със захарен диабет могат да бъдат избегнати с използването на медикаменти от трета генерация. Профилактиката на сърдечната недостатъчност с ACE-инхибитори и бета-блокери следва да се предпочита пред изчаквателната стратегия и се препоръчва при всички пациенти с висок риск. Контролът на гликемията заема важно място в цялостната терапия на сърдечната недостатъчност.

Ранната диагноза и превенция на сърдечната недостатъчност при пациенти със захарен диабет ще редуцира кардио-васкуларната смъртност сред тази високо-рискова популация.

16-Д:

Бета-блокери и захарен диабет

Ц. Танкова

Клиника по диабетология, КЦЕГ, МУ - София

Сърдечно-съдовите заболявания са основна причина за смъртност при хора със захарен диабет. Пациентите с диабет са с повишен риск от развитие на исхемична болест на сърцето и са със значително по-лоша прогноза след миокарден инфаркт в сравнение с хората без диабет. Диабетът често се съчетава със сърдечна недостатъчност, която е съпроводена от повишена смъртност. Честотата на артериалната хипертония сред хора с диабет е около три пъти по-висока в сравнение с останалата популация - среща се в 60-70% при диабет тип 2 и в около 30% при захарен диабет тип 1. Съвременните препоръки за прицелно ниво на артериалното налягане при диабет налагат в болшинството от случаите приложение на няколко антихипертензивни медикамента.

Бета-блокери се считат за относително противопоказани при пациенти с диабет поради потенциалния риск от странични ефекти - неблагоприятно повлияване на гликемичния контрол, инсулиновата чувствителност, липидните параметри, маскиране на признаците на хипогликемия. Напоследък се появиха данни относно увеличаване на честотата на новопоявил се диабет при приложение на бета-блокери. Големи контролирани проучвания, обаче са установили, че бета-блокери са високо ефективни като вторична профилактика (снижение на

смъртността с 19-48% и на честотата на реинфаркти с 28%) при пациенти със захарен диабет след миокарден инфаркт. Проучването UKPDS показва, че бета-блокерите са поне толкова ефективни колкото и ACE-инхибиторите по отношение на профилактиката на микро- и макроваскуларните усложнения на диабета. Според съвременните препоръки бета-блокерите трябва да се имат пред вид като терапия на първи избор при всички пациенти със захарен диабет и исхемична болест на сърцето, след миокарден инфаркт, и особено при тези с левокамерна систолна дисфункция. Препоръчват се препарати с висока бета-1 селективност, които са доказали неутралност по отношение на въглехидратната и липидна обмяна.

17-Д:

Диабетна автономна невропатия и сърдечно-съдова система

Л. Коева

Клиника по ендокринология и болести на обмяната, Медицински университет - Варна

Диабетната автономна невропатия (ДАН) е сериозно и често усложнение на захарния диабет. Въпреки, че тя е свързана с увеличен риск за сърдечносъдова смърт и се проявява с редица симптоми и нарушения, нейното значение остава недооценено. При проучвания на диабетно болни без оплаквания се установява, че около 20% имат нарушена сърдечносъдова автономна функция. Главните клинични прояви на ДАН са тахикардия в покой, интолеранс при физическо натоварване, ортостатична хипотония, нарушена невровакуларна функция, стомашно-чревни нарушения, еректилна дисфункция и др.

За проследяване на състоянието на сърдечно-съдовата автономна система консенсусната конференция от 1992 г. препоръчва три теста: R-R вариациите, теста на Валсалва и ортостатичната проба. Периодичното изследване на вариациите на сърдечната честота позволява ранно откриване и навременно диагностициране и терапевтично повлияване на ДАН.

Нарушената сърдечносъдова автономна функция удвоява релативния риск от тиха миокардна исхемия и смърт. Ранното откриване на ДАН мотивира лекаря и пациента да подобрят метаболитния контрол и да включат в лечението АСЕ-инхибитори и бета-блокери, които са доказали ефективността си при сърдечносъдова автономна невропатия.

18-Д:

Метформин и артериално налягане – възможни взаимодействия

Владимир Христов

*МБАЛ „Александровска“ ЕАД
Завеждащ клиника по Ендокринология*

Хиперинсулинемията и хипертонията често са съпътстващи заболявания и голям брой доказателства насочват към обща патогенеза, основана върху инсулинова резистентност (“инсулинова хипотеза” за хипертонията). Метформинът подобрява инсулиновата чувствителност в черния дроб и мускулите като главен антихипергликемичен механизъм на действие. Терапията с метформин значително намалява риска от макроваскуларни диабетни усложнения според UK Prospective Diabetes Study. Положителните клинични резултати в метформиновата група, включват сигнификантно намаление на риска от удар (-41% vs +14% при лечение със сулфанилурейни препарати или инсулин,

$p=0.032$), който тясно корелира с промените на артериалното налягане. В допълнение на това, при плацебо-контролиран опит се демонстрира, че метформинът значимо подобрява ендотелната функция, ключов регулатор на съдовия тонус и артериалното налягане при пациенти със захарен диабет тип 2. Въпреки това, клиничните опити показват, че лечението с метформин не е свързано с клинично значими понижения на артериалното налягане при хората.

Тези очевидно противоречиви наблюдения са трудни за интерпретация. Или в положителните съдови ефекти на метформина са въввлечени физиологични системи, нямащи пряко отношение към контрола на артериалното налягане, или контрарегулаторни механизми пречат тези ефекти да доведат до клинично значим антихипертензивен ефект. По-нататъшни проучвания са необходими за разрешаването на този парадокс.

19-Д:

Повишен сърдечно-съдов риск при жени със синдром на поликистозни яйчници (PCOS)

М. Орбецова

Клиничен Център по Ендокринология и Геронтология, МУ, София

PCOS, основната причина за овариална хиперандрогения, е едно от най-честите ендокринни нарушения, засягащо около 5-14% от жените в репродуктивна възраст. Най-общо, при засегнатите жени е намерена по-висока честота на намален глюкозен толеранс (НГТ), захарен диабет тип 2 и различни типове дислипидемия. Има данни за ранно развитие на атеросклероза и по-честа поява на хипертония. Според съвременните концепции PCOS се явява типичен пример за метаболитен синдром, в чиято основа лежи инсулиновата резистентност с компенсаторна хиперинсулинемия.

В 2 наши проучвания честотата на захарния диабет е 1.4% от 142 болни, респ. 1.1% от 94 болни и се явява относително ниска. Но, захарен диабет при жените с PCOS се изявява сравнително по-късно, между 30 и 40 годишна възраст, а преобладаващата част от изследваните болни са помлади (ср.възраст ок. 22 г.). За това трябва да се обърне особено внимание на рисковите групи - жените с НГТ, каквито в нашите проучвания са 4.9%, респ.7.4%, особено на тези, които са и с наднормено тегло/затлъстяване.

Повишен НОМА-индекс, намалено съотношение глюкоза/инсулин и свръхстимулация на инсулина след орално натоварване с глюкоза наблюдаваме в над 2/3 от изследваните жени с PCOS, вкл. тези без затлъстяване. С помощта на 24-часово мониториране на артериалното налягане откриваме „non-dipper“ профил (липса на физиологичен нощен спад) при 51.43% от изследвани 35 млади жени с PCOS. Липсата на нощен спад на артериалното налягане се разглежда като ранен маркер за изява на сърдечно-съдови заболявания в по-късна възраст.

20-Д:

Честота и характеристика на острия миокарден инфаркт при диабетци

А. Пневв, К. Христозов, В. Вълканова

МБАЛ „Александровска“ ЕАД, Интензивно коронарно отделение.

МБАЛ „Св.Марина“, Катедра по вътрешни болести-МУ Варна

Захарният диабет е един от основните рискови фактори за ИБС. Целта на настоящото съобщение е да се проучи честота и характеристиката на острия миокарден инфаркт при диабетци. Въз основа на ретроспективен ана-

лиз от историите на заболяване са проучени болничната честота и смъртност от ОМИ сред диабетци за 2002 г. в ИКО при МБАЛ „Св. Марина“.

Диагнозата ОМИ е поставена от СКЕ и спешни кабинети въз основа на клинични данни, ЕКГ критерии и повишени серумни ензими.

През посочения период в отделението са лекувани 617 пациенти, 158 от които с въглехидратни нарушения (111 със захарен диабет и 47 с намален въглехидратен толеранс). От болните с явен захарен диабет 61 са мъже, 50 - жени (в отношение 1:1,2), на средна възраст 67,6 год.(от 48 до 88г.). Въз основа на ЕКГ промените болните са били с: преден МИ - 62 % , долен МИ- 27 % , ST елевация-8% , без ST елевация - 3 % . Общата честота на ОМИ сред диабетно болните е 25,6 % , като е най-висока в VII-ма декада - 34,2 % . Средният болничен леталитет е 14,2% , срещу 19,8% при диабетци.

При настъпване на ОМИ на диетолечение са били 15 % от диабетците, на перорално - 45 % , на инсулиново-19% , на комбинирано - 3 % , без предходно лечение са били 18 % (83 % с новооткрит захарен диабет). Средната продължителност на диабета в първата група е била 5,6 г., при втората - 10,7 г., при третата - 15,7 г. и при четвъртата - 16,2 г.

Посочените резултати определят диабета като водещ рисков фактор за ОМИ, с почти изравнено полово разпределение. Всеки четвърти пациент, претърпял инфаркт, е с въглехидратни нарушения, при наличие на по-лоша крайна прогноза.

21-Д:

Обладяване на сърдечно-съдовия риск при пациенти със захарен диабет с лекарствата на SOPHARMA - Pravastatin Lisinopril

Михаил Протич

Авторът не е представил абстракт.

22-Д:

Артериалната хипертония при захарен диабет - основен фактор за повишен сърдечно-съдов риск

С. Захариева

Клиничен център по ендокринология, Медицински университет, София

Артериалната хипертония се среща в 30-40% от болните със захарен диабет и обуславя повишения риск от сърдечно-съдови усложнения (2-3 пъти при жени и 3-5 пъти при мъже). При захарен диабет тип 1 артериалната хипертония е тясно свързана с изявата на диабетната нефропатия. При захарен диабет тип 2 тя се открива обикновено при поставянето на диагнозата и наподобява есенциалната хипертония. За развитието и допринасят инсулиновата резистентност и хиперинсулинемията, хипергликемията, наднорменото тегло и андронидният тип на затлъстяване. Лечението трябва да започне рано, като целта е поддържане на артериално налягане $< 130/80$ mmHg (при нормална екскреция на албумин) и $< 125/75$ mmHg (при наличие на протеинурия $> 1\text{g}/24$ часа). Предпочитани медикаменти за лечението на артериалната хипертония при захарен диабет са блокерите на ангиотензин конвертиращия ензим и блокерите на рецепторите на ангиотензин II. При необходимост се добавят диуретици, бета блокери и калциеви антагонисти.

23-Д:

Артериална хипертония и захарен диабет. Особенности в подхода на лечението

Веселка Гергова

Кардиологична клиника, МУ - София

Високата честота на тези две социално значими заболявания / изявени по отделно и в съчетание / , тежките усложнения които предизвикват и водят до инвалидизация при голяма част от нашите пациенти , предопределя особено внимание и отговорност с която се отнасяме към лечението им.

В VI доклад на JNC 1997 наличието на диабет в анамнезата на пациентите с АХ и ССЗ беше определено като водещо за стратификацията на пациентите и определяне на терапевтичния подход. Определени бяха и прицелните стойности на АН , които осигуряват най-добра нефро и кардиопротекция. Постигането на тази цел в повечето случаи налага използването на два и повече медикаменти. Предпочитанието към определена група / или групи / медикаменти се определя от спецификата на пациента и протичането на двете заболявания.

Лечението на пациенти с тези две заболявания в комбинация изисква добро познаване на патологичните механизми и възможностите на терапията да се намеси в тях .

24-Д:

Протекция на съдовите усложнения при захарен диабет с Диротон (Лизиноприл)

Светла Георгиева Торбова
НМГБ „Цар Борис III“ София

ретинопатия, подобрява неврофизиологичните показатели при лица с диабет тип 1 и периферна невропатия, намалява скоростта на албуминовата секреция с 40 до 60%. Диротон е с доказан ренопротективен ефект при диабетици с и без хипертония, с микро- и нормаалбуминурия, както с начална, така и с напреднала нефропатия. Резултатите от клиничните проучвания показват, че Диротон (Лизиноприл) има по-широки от клас-ефекта на ACE-инхибиторите, възможности за контрол на съдовите усложнения при захарен диабет. Високият сърдечно съдов риск, който носи захарния диабет се основава на първо място на диабетната микро и макроангиопатия. При клиничната поява на захарен диабет тип 2 в 50 % от случаите вече са налице съдови промени. Тези данни мотивираха ранното включване на ACE-инхибиторите и без наличие на артериална хипертония.

Съдовопротективните ефекти на Диротон (Лизиноприл) включват подобрена хемодинамика, хемореология, аортен еластичитет, забавяне и регресия на съдовото ремоделиране и миокардната фиброза, антиоксидантен ефект и др. Диротон забавя прогресията на диабетната

25-Д:

Методични указания по Тиреоидни заболявания

А-М. Борисова, Р. Ковачева, Г. Кирилов

Българско дружество по ендокринология

Задача: Разглеждане, обсъждане и приемане на работен проект от Методични указания по Тиреоидни заболявания.

Цел: Въвеждане на унифицирана за страната нормативна база за работа в областта на тиреоидните заболявания, която да регламентира отношенията между:

- здравните професионалисти от трите нива на ендокринологична помощ
- здравните професионалисти и здравната администрация
- здравните професионалисти и пациентите

База: За основа на работата по разработката Работната група от БДЕ взема в съображение последните утвърдени Ръководства по Тиреоидни заболявания на ETA (European Thyroid Association) и ATA (American Thyroid Association).

С въвеждането на Методични указания по захарен диабет, остеопороза и тиреоидни заболявания ще се създаде нормативната база за работа по трите основни социално-значими групи заболявания в ендокринологията и ще се открие пътя за набиране на така необходимите за страната ни база-данни за разпространение, тежест и необходима финансова обезпеченост на тези групи заболявания.

26-Д:

Сексуалните нарушения при болни от захарен диабет

Ф. Куманов

Клиничен център по ендокринология, Медицински университет - София

Настъпващите при diabetes mellitus микроангиопатия и невропатия предизвикват нарушения на репродуктивните функции. Водещ симптом при мъжете най-често е еректилната дисфункция. Ерекцията на пениса е невросъдов феномен, модулиран от психични влияния и от хормоналната среда. Невротрансмитерите с про- и антиеректилно действие са твърде много. Специално внимание заслужава азотният окис, предизвикващ възбуждането на пениса, както и откритата неотдавна у човека Rho-киназа с отношение към преустановяване на ерекцията.

Около 50% от мъжете със захарен диабет имат еректилна дисфункция. Вероятността тя да се развие в по-ранна възраст в сравнение със здравите мъже е по-голяма при болните както от тип 1, така и от тип 2 захарен диабет. При тях са засегнати не само малките съдове, но и нервните окончания, също и ендотелните клетки, в резултат на което невротрансмитерите намаляват трайно. Неврологичните, съдовите и психосоциалните фактори предизвикват и поддържат еректилната дисфункция. Промените в мастната обмяна имат също значение за сексуалните отклонения.

При захарен диабет се влошават често еякулатните показатели в резултат на тестикуларни увреждания.

При еректилна дисфункция сега вече може да се направи подходящ избор на лечебния подход според конкретния случай и като се зачита мнението на болния. Силденафил цитрат, селективен инхибитор на фосфодиестераза тип 5, се използва с голям успех. Реваскуларизацията не е показана при диабетна ангиопатия.

Вакуумните устройства идват в съображение при по-възрастни мъже с постоянни партньорки.

Еякулатните и фертилитетните нарушения се лекуват със специфични средства по установени схеми.

27-Д:

Добрият контрол на захарния диабет - необходимо условие за успеха срещу сексуалните проблеми

Ц. Танкова

Клиника по диабетология, КЦЕГ, МУ, София

Подходът към сексуалните проблеми при захарен диабет налага задължително постигане на добър контрол на заболяването преди включването на специфична терапия. Проучванията DCCT и UKPDS недвусмислено доказаха, че поддържането на добър контрол на захарния диабет значително снижава риска от поява и прогресиране на усложненията на заболяването. Ето защо и критериите за гликемичен контрол непрекъснато се снижават и достигат максимално близки до здрави лица стойности. По препоръки на Международната диабетна федерация за добър контрол на диабета се приемат стойности на кръвна захар на гладно под 6,1 mmol/l, постпрандиална кръвна захар под 7,5 mmol/l и HbA_{1c} < 6.5%. Необходим е контрол както на гликемията, така и на артериалното налягане, дислипидемията, протромботичното състояние. Проучването STENO-2 доказва, че комплексният подход към всички съпътстващи рискови фактори при захарен диабет тип 2 е свързан със значително снижение на риска от усложнения на заболяването. При избора на антихипертензивен препарат също е необходимо да се има предвид влиянието на редица медикаменти върху риска от еректилна дисфункция при пациенти с диабет.

28-Д:

Микроциркулация и захарен диабет

И. Цинликов, И. Цинликова

Университетска болница - Плевен

Увреждането на съдовете от микроциркулацията лежи в основата на много от късните усложнения при болните от захарен диабет. Хипергликемията отключва каскада от метаболитни промени. Приспособяването на микроциркулацията към нарушената метаболитна среда води до сериозни изменения в съдовия тонус като нарушено разпределение на съдовото съпротивление, нарушен перфузионен градиент и поредица от реологични промени. По-късно настъпва пролиферация на ендотелните клетки, плазмено пропиване на съдовите стени, отлагане на хиалин в медиата, периваскуларна фиброза, стесняване на лумена, редуциране броя на съдовете и поява на аваскуларни зони.

Описаните промени намаляват съдовия резерв, ограничават капацитета на микроциркулацията и водят до намалена тъканна перфузия.

Доброто познаване на описаните нарушения дава възможност за ранно откриване и оптимално лечение на съдовите усложнения на болните от захарен диабет.

29-Д:

Viagra (sildenafil citrate) - единственият PDE5 инхибитор с отлични показатели за ефективност и безопасност, доказани в реален 6-годишен клиничен опит.

Pfizer

Въвеждането на фосфодиестеразните инхибитори в медицинската практика рязко подобри ефективността на лечението на еректилната дисфункция. Първият препарат от този клас Viagra (sildenafil citrate) произвеждан от лидера във фармацевтичната индустрия Pfizer, беше пуснат на пазара преди повече от 5 години. Той предизвика революция в лечението на еректилната дисфункция като предостави на милионите пациенти по света високоефективна, безопасна и удобна алтернатива на съществуващите дотогава средства за лечение на еректилната дисфункция. Viagra се характеризира с отлична ефективност като при едно проучване е установено, че 96% от пациентите са удовлетворени от употребата на медикамента¹. Разбира се тази висока ефективност трудно би могла да бъде подобрена. Този факт вероятно обяснява и резултатите от проучването на Claes et al.², при което се демонстрира, че от 91 пациенти опитали новите фосфодиестеразни инхибитори (vardenafil и tadalafil), само 19 са предпочели да продължат лечението си с тях. Останалите близо 80% са решили да продължат своето лечение с Viagra.

Освен това Viagra притежава отличен профил на безопасност. Това я прави особено подходяща за пациенти със съпътстващи заболявания - захарен диабет, сърдечносъдови заболявания и др., като разбира се, трябва да се спазват две основни правила, валидни за всички PDE5 инхибитори: първо - Viagra никога не трябва да се комбинира с органични нитрати под каквато и да е форма; второ - пациентът трябва да може да понесе усилието на един сексуален акт (без ангинозна симптоматика).

Отличният сърдечно-съдов профил на Viagra е подвърден в редица клинични проучвания. Като цяло честотата на преустановяване на лечението с Viagra поради нежелани лекарствени реакции е сравнима с плацебо (2,5% спрямо 2,3%)³.

1-П:

Болестност и смъртност след коронарна реваскуларизация при болни със и без захарен диабет

А. Ангелов, В. Суракова

Клиника по кардиология, Катедра по вътрешни болести

Медицински университет - Варна

Цел: Да се анализират болестността, смъртността и нуждата от повторни хоспитализации при болни със и без ЗД, преживели коронарна реваскуларизация (КР).

Материал и метод: Изследвани са 38 болни със ЗД (гр. ЗД+) и 94 - без ЗД (гр. ЗД-). Резултати: С 3 или повече коронарни рискови фактори (КРФ) са 95 % от болните в гр. ЗД+ ($p < .001$). В гр. ЗД+ честотата на артериалната хипертония и дислипидемиите е по-висока ($p < .05$). Болните от гр. ЗД+ и гр. ЗД- са проследени съответно $6,0 \pm 3,2$ и $7,0 \pm 4,2$ год. (NS). Безсимптомни през целия период са 16% от болните в гр. ЗД+ и 54% от гр. ЗД- ($p < .01$). Със симптоми на ангина пекторис (АП) и/или сърдечна недостатъчност (СН) още през първата година са по-често диабетиците. При 63 % от пациентите в гр. ЗД+ и 30% от гр. ЗД- е налице възобновяване на АП ($p < .02$), като това става по-скоро след КР в гр. ЗД+ ($p < .01$). В гр. ЗД+ 68% от болните са били хоспитализирани, а в гр. ЗД- 50% (NS). Диабетиците по-често са хоспитализирани по повод на АП. В края на проследяването в III и IV ф. кл. NYHA са съответно 58% и 21% от болните в гр. ЗД+ и гр. ЗД- ($p < .02$). По отношение на общата и сърдечносъдовата смъртност няма значима разлика между групите.

Заключение: За болните със ЗД е характерна мултипленност на КРФ. След КР при тях по-често и по-рано се възобновява ангинозната симптоматика, което определя по-лош функционален клас и по-голяма нужда от хоспитализации.

2-П:

Рискови фактори за нарушен растеж при деца със захарен диабет тип 1

М. А. Аршинкова¹, К. С. Коприварова, Г. Кирилов², Р. Савова¹, М. Константинова¹, Г. Попова¹

1. Университетска СБАЛДБ, Клиника по ендокринология и диабет

2. СБАЛЕНГ

През последните години прогнозата за растеж и пубертетно развитие на децата с тип 1 захарен диабет беше подобрена значително. Все още се наблюдават известни нарушения в растежа и пубертетното съзряване, дори и при деца на интензифицирано инсулиново лечение.

Цел и задачи: 1) да се изследва растежа на децата с тип 1 захарен диабет и да се потърси връзката му със серумните нива на IGF-I, базалната секреция на GH, гликемичния контрол и еволюцията на заболяването; 2) индивидуално да се анализира тежкото изоставане в растежа и пубертетното развитие при 4 деца със синдрома на Mauriac.

Материал и методи: Изследвани са 125 деца и юноши със захарен диабет и 67 контроли на възраст от 1 до 18 години. Определени са ръста, HbA1c и серумните нива на IGF-I и GH при базални условия.

Резултати: Серумните концентрации на IGF-I са сигнификантно намалени при децата с диабет в сравнение с контролите във всички възрастови групи ($p < 0,001$), с изключение на децата от 4 до 8 години.

Настоящото проучване показва наличието на негативна линейна зависимост между ръста на децата с диабет и продължителността на заболяването ($r = -0,38$, $p < 0 = 001$). Установи се сигнификантно намаление на SDS за ръст при децата с еволюция на диабета над 1 година ($p < 0,05$).

3-II:

Биоелектрически импеданс за оценка на метаболитната скорост в покой при пациенти със затлъстяване

Ж. Бонева*, Вл. Христов**

**Отделение по Ендокринология- МИ- МВР*

***Клиника по ендокринология - Александровска болница - София.*

Енергийният разход включва базалния метаболизъм (basal metabolic rate - BMR), постпрандиалната термогенеза и спонтанната двигателна активност. BMR може да бъде измерен чрез индиректна калориметрия, но с висока точност може да бъде изчислен с помощта на утвърдени от СЗО (1998г.) формули, отчитащи пола, теглото и възрастта.

Цел: Да се покаже, че биоимпедансното изследване е надеждно за оценка на метаболитната скорост в покой (BMR) при пациенти с наднормено тегло и затлъстяване, при които предстои съставяне на индивидуален диетичен режим.

Пациенти и методи: Бяха наблюдавани 51 пациенти с наднормено тегло и затлъстяване. Метаболитната скорост в покой беше изследвана с биоимпедансна методика - апарат „Tanita“ body composition analyzer TBF-215 и изчислена чрез утвърдени от СЗО 1998 г., предсказващи формули:

Мъже

18 до 30 г. $= /0.0630x$ идеално т.т./кг/
+ 2.8957/x 240 ккал/д

31 до 60 г. $= /0.0484x$ идеално т.т./кг/ +
3.6534/x 240ккал/д

Жени

18 до 31 г. $= /0.0621x$ идеално т.т./кг/
+ 2.0357/x 240 ккал/д

31 до 60 г. $= /0.0342x$ идеално т.т./кг/ +
3.5377/ x240ккал/д

Резултати: При двата пола BMR достоверно корелира с телесното тегло и ИТМ (индекс на телесна маса). BMR оценен чрез биоелектрически импеданс, показва достоверна корелация с изчислените стойности, при използване на предсказващите уравнения ($P < 0.001$).

Изводи: Биоелектрическият импеданс е надежден метод за оценка на метаболитната скорост в покой при пациенти със затлъстяване.

Ключови думи: затлъстяване; метаболитна скорост в покой; биоелектрически импеданс.

4-II:

Захарният диабет като основен рисков фактор за атеросклерозата

Д-р Кр. Визев, ст. н. съпр. I степен

Клиничен център по ендокринология и геронтология, МУ- София

В настоящото съобщение се изтъква участието на захарния диабет като главен рисков фактор за изявата на атеросклерозата. Обект на проучването са болни с тип I (IDDM) и тип II (NIDDM) декомпенсиран захарен диабет, с придружаващи хиперлипидемии тип I-V, хипертония + ангина пекторис - стабилна и нестабилна сърдечна недостатъчност кл. I-IV (NYHA), мозъчно-съдови нарушения: транзитна изхемия, реверзибилна изхемия, неврологични дефекти; периферна артериална обструкция кл. I-IV по LARICHE - FONTAINE. Метаболитните отклонения са регистрирани и оценени чрез данните от специфични маркери - HbA_{1c}, морфология на кръвта, биохимични показатели вкл. липидограма, някои фактори на кръвосъсирването; съпътстващи ендокринопа-

тии (хипотиреоидизъм, акромегалия, поликистоза на яйчниците и др.).

Изтъкват се достатъчно клинични, биохимични, метаболитни, имунологични и функционални данни които показват, че хроничната хипергликемия е един мощен атерогенен рисков фактор за атеросклеротичните усложнения. Определена е ролята на инсулина или хиперинсулинизма в патогенезата на атеросклерозата като цяло.

Захарният диабет се разглежда като дисфункция както на въглехидратния метаболизъм, така и на липидната хомеостаза.

5-II:

Съдовопротективен ефект на микроелемент селен при захарен диабет тип 2

С. Владева¹, Д. Терзиева²

1. Клиника по ендокринология

2. Централна клинична лаборатория, Медицински университет, Пловдив

Проведени са клинични проучвания върху инсулиновата резистентост при захарен диабет (ЗД) тип 2, където тя се среща в над 90 % и удвоява риска от сърдечни увреждания. Изследван е имунореактивен инсулин (ИРИ) и определен НОМА-индекс като маркери за хиперинсулинемия при 31 диабетика преди и след прием на 30 мг селен (Se) дневно в продължение на два месеца. Средната серумна концентрация на ИРИ след двумесечен прием на този елемент е достоверно понижена ($p < 0,05$). Средната стойност на НОМА-индекса също се понижават в края на посочения период.

Налице е редуция на хиперинсулинемията под въздействие на един от най-мощните антиоксиданти - Se. Добавката му редуцира оксидативния стрес за бета-клетката и отчасти коригира хиперинсулинемията. Този процес допринася за съдовата протекция при ЗД тип 2.

6-II:

Метаболитен контрол и контрол на артериалната хипертония при пациенти със захарен диабет тип 2

Ж. Геренова

Първа вътрешна клиника, МБАЛ-ЕАД „Университетска“, Тракийски университет - Стара Загора

Целта на настоящото проучване е да се установи степента на метаболитния контрол и контролът на артериалната хипертония както и вида на провежданото лечение при 55 хоспитализирани пациенти със захарен диабет тип 2 и продължителност на заболяването 9 с 7 години.

HbA^{1c} бе $9,7 \pm 2,5$ % (23,6 % от пациентите бяха с Hb A^{1c} < 7 %). 18 % от болните бяха на диета; 63 % бяха на монотерапия (перорални средства или инсулин) и 19 % се лекуваха с комбинация от перорални медикаментозни средства помежду им или с инсулин.

66 % от пациентите бяха с ИТМ ≥ 27 кг/м².

Установихме серумни нива на холестерола > 6,0 mmol/l при 40,7 %; на триглицеридите > 2,2 mmol/l при 34 %; HDL-холестерола е < 1,0 mmol/l при 30,2% от изследваните; 31,8% от тях имаха LDL-холестерол > 4,0 mmol/l. Трина болни (5 %) получаваха медикаменти за корекция на дислипидемията.

Артериална хипертония установихме в 80 % от изследваните, с давност - 11 ± 9 години. 82 % от пациентите бяха лекувани медикаментозно; с ACE инхибитори в 83 % от случаите и с калциеви антагонисти - в 28 % от тях. Медикаментите са предписвани като монотерапия в 58 % от случаите или в комбинация в 42 %. Средното систолно и средното диастолно налягане по време на клиничния престой бяха 137 ± 13 и 84 ± 8 mm/Hg съответно.

В заключение, в изследваната от нас група от 55 пациенти със захарен диабет тип 2 метаболитният контрол, оценяван по нивата на Hb_{A1c} и липидните показатели е незадоволителен в сравнение с данните от UKPDS и препоръките на ADA и AACE. Контролът на артериалната хипертония се оценява като адекватен.

7-II:

Диабетна макроангиопатия при пациенти със захарен диабет тип 2

Ж. Геренова

Първа вътрешна клиника, МБАЛ-ЕАД „Университетска“, Тракийски университет - Стара Загора

Цел на настоящото проучване е да се установят проявите и анализират факторите, влияещи на изявата на диабетната макроангиопатия при 55 пациенти със захарен диабет тип 2 (средна възраст 59 ± 10 год.). Продължителността на заболяването е 9 ± 7 год.

Артериална хипертония установихме в 80 % от изследваните пациенти; с давност - 11 ± 9 год. Подразделихме анализираните 55 болни на две подгрупи - без клинични макроангиопатични усложнения (група I) и с усложнения (група II) като анализирахме влиянието на някои клинични и биохимични фактори за развитието им.

В 38,2 % ($n = 21$) от болните намерихме сигурни клинични данни за диабетна макроангиопатия. Установихме доминиране на сърдечно-съдовите усложнения (прекаран инфаркт на миокарда или тежки ЕКГ промени) в 43 % от тях, прекаран мозъчен инсулт в 24 % и макроангиопатия на долните крайници в 33 %. В 33 % от диабетниците с макроангиопатия, установихме две различни локализации на процеса. Пациентите с диабетна макроангиопатия са със статистически значима по-висока възраст, по-голяма продължителност на захарния диабет и на артериалната хипертония и по-високи стойности на систолното артериално налягане в

предходните години, в сравнение с пациентите без клинично изразена диабетна макроангиопатия. В група II е статистически значимо по-висок процента пациенти с непролиферативна ретинопатия спрямо група I ($p < 0,05$). В същата група, клинично изразената нефропатия е с тенденция за по-висока честота.

В заключение, давността и степента на контрола на систолното артериално налягане при пациентите със захарен диабет тип 2 са допълнителни рискови фактори, към метаболитните нарушения за развитието на макроангиопатичните усложнения.

8-II:

Предклиничната диагностика в електрофизиологичните стадии на диабетното стъпало

Р. Гюргакова

- *А.П.И.М.П. - Хасково*

М. Икономов - *Н.А.С.И.М.П. - Хасково*

Проблемите за ранното лечение и профилактика на диабетното стъпало (д.ст.) са свързани с ранната му диагностика в предклиничния - електрофизиологичен стадий при болните със захарен диабет (з.д.). С оглед актуалността на проблема са извършени проучвания, за откриване на електрофизиологични промени в предклиничните стадии на долните крайници при болни със з.д. Изследвани са съдово-периферните сегменти на подбедриците и скоростта на провеждане на периферните им нерви. Изследвани са 190 болни - с и.з. - 89, с н.и.з. - 101 при детайлизирани показатели на - възраст, давност и тежест на метаболитното заболяване с импедансни и електромиографски (ЕМГ) методики. Данните са обработени с вариационен и корелационен анализ.

Проучването показва, че импедансните показатели характеризират MAKPO и микро-ангиопатните процеси при двата типа з.д. - в ранните детайлни подгрупи са неравномерни по показатели и асиметрични по топка. Сигнификантните промени (сигн. пр.) в показателите, характеризират MAKPO - ангиопатния процес настъпват по рано в сравнение с тези на микроангиопатния и при двата типа з.д. В показателите характеризират микроангиопатния процес при и.з.з.д. сигн. пр. се установяват във възраст. подгр. - 35-49 г., в продължителността - ДО - 10 г. и в леките-клинични-детайлни подгрупи. Данните от ЕМГ проучвания показват, че сигн.пр. са доминиращи при и.з.з.д. в дистал-

ния сегмент спрямо проксималния (коренчев), като първоначално са асиметрични а в последствие добиват симетричен характер. Водещи са в фибуларните нерви (с антигравитационна функция) - в подгрупите - възраст 35-49 г. вкл. Давност -ДО -10 г. и в средно тежката клинична форма.

Данните от извършените комплексни проучвания показват, че неинвазивните електрофизиологични методики позволяват при болните със захарен диабет - по отделно за двата типа - детайлно - да се обективизират ранните предклинични промени в електрофизиологичните им стадии на периферно съдовите и на нервите на долните крайници - с оглед на своевременната ранна диагностика, профилактика и лечение на синдрома на диабетното стъпало.

9-II:

Комплексни патологични прояви - офталмологични, полиневропатни и мозъчносъдови при захарен диабет

М. Икономов

Н.А.С.И.М.П. - Хасково

Генерализираният патологичен процес при захарния диабет (з.д.) се изявява и с комплексни прояви на диабетни: - офталмопатии (Д.Офт.), полиневропатии (д.п.) и мозъчно-съдови (моз. съдови) - от субклинични до манифестно изразени клинични картини. С оглед актуалността на проблема са проучени болни със з.д. с и без клиника на д.офт., д.п., моз.съдови изяви чрез импедансната и електромиографска (ЕМГ) методики.

Изследвани са 190 болни със ЗД, от които И.З. - 89, Н.И.З. - 101, - детайлизирани в съответни подгрупи. Проучени са показателите, характеризират MAKPO (МА) и микро (М.И.) - ангиопатните процеси на основните мозъчни системи на главния мозък, на периферносъдовите -

сегменти и скоростите на провеждане по двигателните влакна на периферните нерви на двете подбедреници - двустранно симетрично. При двете основни групи болни с Д. Офт. и Д. П. и при двата типа ЗД, показателите, характеризиращи промените в М.А. и М.И - процеси - в двата периферносъдови сегменти - коляно стъпало и стъпало - I пръст са със сигнификационни промени (сигниф. пром.) при доминирането им в дисталния сегмент. При НИЗ - промените са двустранни в проксималните сегменти. В групите без клинични прояви на Д. офт. и Д. П. - сигниф. промени са двустранни в показателите характеризиращи МА процес при ИЗЗД. При НИЗЗД - сигниф. промени са единични. Със задълбочаването на клиничната форма на Д.Офт. - от диабетна ангиопатия (ДА) в диабетна ретинопатия (Д.Р) - сигниф.промени се позитивират в показателите на м.и. - в сегмента стъпало - I пръст. При ДР промените са двустранни - във всички показатели, характеризиращи двата съдови процеса - Д А и м.и.

Скоростите на провеждане при болните с Д. Офт. и с ДР - са със сигниф. пром в - 2 - от периферните нерви при ИЗ, а при НИЗ - са без сигниф. промени. При болните с клиника на ДП - при ИЗ - сигниф. пром. се установяват в - 3 -, а в групите без клинични изяви в 2 - от периферните нерви. При НИЗЗД с клиника на ДП промените са в - 1 - от периферните нерви, а в групата без клинични изяви - промените са без сигнификатност. Мозъчно съдовите промени при болните с ИЗЗД с клиника на диабетни офталмологични и полиневропатни изяви са със сигниф. пром. и са дифузни в двете основни съдови системи. При болните без Д. Офт. и ДП сигниф. пром. се установяват само в показателите на каротисните системи. Установените в всекидневната клинична практика, комплексни патологични прояви при захарния диабет в различните органи и системи - офталмологични, периферно-нервни и мозъчно-съдови - поставят значимите актуални проблеми за своевременната им ранна диагностика, лечение и профилактика.

10-II:

Комплексните корелативни промени на мозъчната и периферносъдовата патология в предклиничните им стадии при болни със захарен диабет

М. Икономов

Н.А.С.И.М.П. - Хасково

Своевременната ранна комплексна диагностика на мозъчните и периферните генерализирани съдови промени при болните със захарен диабет (з.д.) в предклиничния им стадий е актуален проблем. Проучени са комплексните промени на мозъчната и периферната съдова патология при 190 болни със захарен диабет (з.д.): И.З. - 89 Н.И.З. - 101 при детайлизирани показатели на възраст, давност и тежест. Изследвани са основните мозъчно-съдови системи и периферносъдовите сегменти на подбедриците - двустранно симетрично чрез импедансните методи.

Показателите, предоставящи информация за МАКРО- и микроангиопатните съдови процеси са обработени и чрез корелационен анализ. Данните от проучването показват, че се установяват еднопосочни корелации в показателите, представящи информация за мозъчното и периферносъдово съпротивление в изследваните съдови системи при болните със ЗД. Корелативните връзки са положителни при показателите на хомолатералните каротисни системи и дисталните (стъпало I-пръст) периферносъдови сегменти. Доминират в показателите характеризиращи МАКРОангиопатния процес във: възрастова група 35-49 г. вкл. в давността 10-19 г. включително и среднотежката клинична група при И.З.З.Д. При Н.И.З.З.Д. промените са спрямо проксималния периферносъдов сегмент (коляно - среда на стъпало).

Данните от проучването показват значимостта в обективизирането в ранните предклинични стадии на патологичните промени на мозъчното и периферно кръвообръщение и корелативните връзки от генерализирания съдов процес при болните със захарен диабет (ЗД).

11-П:

Фактори на инсулин резистентния синдром при пациенти със захарен диабет тип 2

П. Каменова, Д. Коев, А. Даковска, Г. Кирилов

Клиничен център по ендокринология и геронтология, Медицински университет, София

Цел: Да се изследва причинният фактор, обединяващ сърдечно-съдовата съвкупност на инсулин резистентния синдром при пациенти с тип 2 захарен диабет.

Материал и методи: 63 пациенти (29 мъже, 34 жени) на средна възраст: 52.0 ± 8.7 г., давност на захарния диабет: $4,8 \pm 3,9$ г., BMI: $31,5 \pm 5,3$ kg/m² бяха включени в проучване с крос-секционен дизайн. Инсулиновата чувствителност бе определена с мануална хиперинсулинемична еугликемична кламп техника. Фактор анализът бе извършен като тристъпен процес- принципен компонентен анализ, Varimax ротация и интерпретация на факторите. Компонентите, които определяха поне 15 % от тоталната вариация с фактора, което съответствува на Pearson корелационен коефициент $\geq 0,40$ бяха интерпретирани.

Резултати: 13 начални компонента бяха включени във фактор анализа на нашите данни. Той бе проведен за всички болни и двата пола поотделно. При всички болни четири фактора обясняваха 69,8 % от вариацията на данните. Фактор 1 се характеризираше със сигнификантно

позитивно натоварване за обиколката на талията, индекса на телесна маса, инсулина на гладно, отношението талия/ханш и пикочната киселина и негативно за инсулиновата чувствителност и обясняваше най-голям процент - 23% от вариацията на данните. Факторите бяха интерпретирани както следва:

Фактор 1- инсулинова резистентност (централно затлъстяване) хиперурикемия

Фактор 2- инсулинова резистентност (затлъстяване) артериална хипертония хипертриглицеридемия

Фактор 3- дислипидемия/албуминурия

Фактор 4- хипергликемия/хипертриглицеридемия

Заключение: Фактор анализът на компонентите на инсулин резистентния синдром разкри, че различни патофизиологични механизми, зависими от пола, са в основата на съвкупността, определяща повишен сърдечно-съдов риск. Инсулиновата резистентност би могла да се обсъжда като „сърцевинен дефект“ при жените диабетици.

12-П:

Захарният диабет - рисков фактор за депресивни състояния

М. Константинова, К. Коприварова, Р. Милушева, Р. Савова, Г. Попова

Клиника по ендокринология и диабет, Университетска детска болница - СБАЛДБ

Захарен диабет тип 1 като тежко хронично заболяване, предразполага към депресивни състояния не само пациента, но и цялото му семейно обкръжение. Депресивната нагласа в семейството предизвиква влошен гликемичен контрол, който от своя страна затваря в порочен кръг психологичните проблеми на пациента, изразени в депресивни синдроми. Задържането им по-нататък в живота на пациента/се-

мейството в по-явна или скрита форма е причина за трайно незадоволителен метаболитен контрол от една страна и от друга - по-тежка изява на депресивното поведение, налагащо намеса не само на психолози, но и на психиатри в лечението им. Ето защо своевременната диагноза и психологична подкрепа е ключов етап за профилактика на тежките депресивни състояния при децата и юношите с диабет тип 1.

В клиниката по Ендокринология и диабет сме наблюдавали 6 пациента с изявени депресивни синдроми, при три от които - с Анорексия нервоза, наложила лечение от психиатър с антидепресанти. Те са обект на съобщението.

При всички пациенти с изявено депресивно състояние, са налице лош метаболитен контрол (HbA_{1c} над 10 - до 16 %), рецидивираща диабетна кетоацидоза, налагаща многократни и продължителни хоспитализации, забавяне на пубертетното развитие (менархе на 18-годишна възраст при едната от пациентките), вторична аменорея за период над 6 месеца, липидни отклонения, чернодробна стеатоза, както и поява на ранен съдоводегенеративен синдром (диабетна ретинопатия, начална нефропатия).

Тези пациенти са само върхът на айсберга от психологични отклонения при пациентите с диабет тип 1 и налагат комплексно лечение. При голяма част от останалите пациенти обаче са налице по-леко изразени признаци на депресивно състояние, чието своевременно отдиференциране и обсъждане с пациента и семейството му, са ключ за добрата социална адаптация и оптимален метаболитен контрол на захарния диабет

13-П:

Анти-аге антитела и диабетна микроангиопатия при деца със захарен диабет

Г. Николов, Ч. Петрова, П. Йорданова-Лалева

Висш медицински институт - Плевен

От концептуална гледна точка, засилената реакция на Maillard при захарния диабет може да допринесе за развитието на диабетната микроангиопатия. Акумулирането в тъканите на късните продукти на гликирането (AGE) променя структурата и функцията на дълго живеещите протеини. Протеините, съдържащи AGE са силни имуногени и серумни анти-AGE антитела са установени при болни със захарен диабет. Отчитайки потенциалното използване на анти-AGE антителата като маркер за депозирането на AGE при диабета, изследвахме чрез конкурентна ELISA, наличието на анти-AGE антитела в серуми на 72 деца със захарен диабет тип 1 (средна възраст - $13,2 \pm 3,6$ години, средна продължителност на диабета - $6,8,2 \pm 4,1$ години). От пациентите 21 бяха с микроангиопатия. Позитивни за анти-AGE антитела 12/21 (58 %) от диабетниците с микроангиопатия и 3/51 (6 %) от тези без микроангиопатия. От получените резултати може да се направи изводът, че съществува значима връзка между серумните анти-AGE антитела и развитието на диабетната микроангиопатия.

14-П:

Окислителен стрес при пациенти със захарен диабет тип 2 с наднормено тегло и затлъстяване

Н. Овчарова, С. Хубавешки, П. Ангелова-Гатева

Клиничен център по ендокринология и геронтология

Цел: Целта на проучването е да бъдат съпоставени някои показатели на окислителния стрес при пациенти с тип 2 захарен диабет (ЗД) и телесното им тегло.

Материал и методи: В проучването са включени 3 групи лица: 1. Диабетици с наднормено тегло (n = 10, ИТМ от 25 до 29,9). 2. Диабетици със затлъстяване (n = 15, ИТМ над 30). 3. Здрави контроли съответстващи по възраст на пациентите (n = 30). Изследвани са кръвна захар, HbA1C, липидни прекиси (ЛП), супероксид-дисмутаза (СОД), тотален антиоксидантен капацитет (ТАОКС).

Резултати: ЛП при първата група пациенти не показват достоверни разлики с контролите. При втората група с ИТМ $32,8 \pm 3,26$ ЛП са $3,006 \pm 0,62$ mmol/l и са достоверно по-високи от контролите ($2,16 \pm 0,76$ и $p < 0,001$). СОД в серума не показва разлики при трите изследвани групи. ТАОКС при първата група е $19,39 \pm 4,5$, при втората група е $19,69 \pm 3,36$ и при контролите е $14,48 \pm 7,0$ mkg H₂O₂/ml/min. Разликите сравнени с контролите са достоверни (съответно $p < 0,025$ и $p < 0,002$).

Изводи: Пероксидирането на липидите е по-активно при лицата със ЗД и ИТМ над 30. ТАОКС е повишен при диабетно болните най-вероятно във връзка с провежданата терапия при изследваните пациенти.

15-П:

Пероксицирани липиди при болни с увреден въглехидратен метаболизъм

Н. Обчарова, П. Ангелова-Гатева, А. Томова, Ф. Куманов

Клиничен център по ендокринология и геронтология, София

С оглед уточняване ролята на липидните прекиси за възникването на съдовите усложнения при болни с увреден въглехидратен метаболизъм ние изследвахме общия холестерол, триглицеридите, холестеролът в липопротеините с ниска (LDL) и висока плътност и общите липидни прекиси у 84 болни със захарен диабет (ЗД) тип 2 с усложнения, 12 болни със ЗД без усложнения, 14 болни със стероиден диабет при синдром на Cushing и 23 здрави лица като контролна група. Установиха се достоверно по-високи стойности на общия холестерол, триглицеридите и холестерола в липопротеините с ниска плътност и при трите групи болни в сравнение с контролите. Нивата на общите липидни прекиси при болните със синдрома на Cushing ($2,95 \pm 1,12$ nmol/l) и ЗД тип 2 с усложнения ($2,76 \pm 0,80$ nmol/l) се оказаха сигнификантно по-високи в сравнение с контролите ($2,39 \pm 0,32$ nmol/l, $p < 0,05$ както и на липидните прекиси в LDL-фракцията при същите групи болни и здравите лица ($p < 0,05$). Данните от проучването показват, че при увреден въглехидратен метаболизъм и пероксицирани липидите продукти се повишават, като са най-добре изразени при болните със синдром на Cushing, последвани от тези със ЗД тип 2 с усложнения.

16-II:

Физически капацитет и левокамерна функция при младежи със захарен диабет тип 1

В. Суракова, Й. Йотов, Св. Георгиев, В. Йотова*, Ам. Ангелов, Я. Пейчев, М. Манчева

Катедра по вътрешни болести, Клиника по кардиология, МУ - Варна

Катедра по педиатрия, Клиника по ендокринология, МУ - Варна

В предходно наше проучване намерихме на мален физически капацитет при болни със захарен диабет (ЗД) тип 1. Цел: Да се изследват ехографски основни сърдечни параметри, левокамерна (ЛК) систолна и диастолна функция при младежи със ЗД тип 1 в сравнение с тези на здрави контроли. Материал и методи: Доброволно се включиха 25 младежи със ЗД тип 1 (10 мъже и 15 жени) като техните резултати са сравнени с тези на 49 здрави контроли (19 младежи и 20 девойки), еднакви по възраст и пол. Средната възраст на участници е $22,85 \pm 2,86$ г. (ранг 18-28г.). На всички е проведено ехокардиографско изследване, като са оценени ЛК размери, фракция на скъсяване (ФС) и на изтласкване (ФИ), изчислена по формулата на Teicholz, като мярка за помпената функция. Митралният кръвоток чрез отношение на скоростите Е/А е мярка за диастолната функция на ЛК. Резултати: Диабетиците имат несигнификантно по-малки индекси на ЛК размери - диастолен ($26,6 \pm 2,4$ vs. $27,2 \pm 3,1$ мм/м²), и систолен ($16,8 \pm 2,7$ vs. $17,4 \pm 2,6$ мм/м²). ФИ и ФС на ЛК са в нормални граници и при двете групи.

Отношението Е/А е сигнификантно по-малко при диабетици в сравнение с недиабетици и при двата пола. ЗД тип 1 е значим предказващ фактор за по-ниско отношение Е/А, ТДРЛК и ТСРЛК, но не и за ФИ. Заключение: Симпатикотонията при ЗД тип1 води до намалени ЛК размери и повишена ФИ. Въпреки това диабетиците имат начална диастолна дисфункция, която може да обясни намаления физически капацитет.

17-II:

Глюкооксидативен стрес при бременни жени със захарен диабет тип 1

К. Тодорова, М. Генова*

*СБАЛАГ „Майчин дом“
МБАЛ „Александровска“ **

Диабетната бременност е състояние на глюкооксидативен стрес, дължащ се на нарушен баланс между прооксиданти и антиоксиданти.

Цел: да се изследват нивата на селена и глутатион-пероксидазата (G1 - Px) при бременни жени със захарен диабет тип 1 в първи триместър на бременността и се установи връзка с гликемичния контрол.

Материал и методи: За 1 г. период в СБАЛАГ „Майчин дом“ са изследвани: бременни жени със захарен диабет тип 1 - n = 38 и бременни контроли n = 20 със срок на бременността до 12 г. с. Бременните с диабет са разделени в три групи според степента на метаболитния контрол : I гр.: n = 12, HbA_{1-c} < 7 %; II гр.: n = 6, HbA_{1-c} 7 % - 8%; III гр.: n = 14, HbA_{1-c} > 9 %.

Активността на G1 - Px в клетките бе установена в еритроцитен хемолизат на EDTA плазма в Гер-

мания. Концентрацията на селен беше определена в еритроцитен хемолизат на EDTA чрез атомно-абсорбционна спектрофотометрия. Изследването на гликирания хемоглобин (HbA_{1c}) беше извършено в ЦКЛ на МБАЛ „Александровска“.

Резултати:

1. Нивото на селена в ранна бременност е пониско от долната референтна граница и при двете групи бременни жени, като установените разлики са статистически незначими ($p > 0.05$).

2. Активността на Gl-Px е статистически значимо намалена при бременните с диабет в сравнение с контролната група ($p = 0.0033$).

3. Установява се обратна корелация между степента на метаболитна компенсация и активността на Gl-Px в трите групи бременни с диабет: I гр. $r = 0,5$; II гр. , $r = 0,8$, III гр. $r = 0,3$.

Заключение: Резултатите от проучването потвърждават ролята на гликемичния контрол през бременността за намаление активността на глутатион пероксидазата при бременните със захарен диабет тип 1. Лечението с антиоксиданти би намерило място в комплексното лечение на диабета през бременността.

18-II:

Намаление на микроалбуминурията при пациенти със захарен диабет тип 2, лекувани със Sulodexide

В. Г. Христов, З. А. Каменов, М. П. Геннова*, М. К. Тодорова**

Клиника по ендокринология, Александровска болница, МУ - София

** Катедра клинична лаборатория, МУ - София*

*** Катедра патофизиология, МУ - София*

Диабетът е най-честата причина за терминалната хронична бъбречна недостатъчност. Както стриктният гликемичен контрол, който се постига и поддържа трудно и е свързан с повишен риск от хипогликемия, така и употребата на АКЕ инхибитори и ангиотензин-рецепторни блокери могат да отсрочат или забавят, но не и да спрат прогресията на диабетната нефропатия. Търсят се други средства с ренопротективен ефект.

Целта на настоящето проучване бе да се изследва ефекта на Sulodexide (Vessel Due F), приеман орално за 3 месеца в дневна доза 500 LRU върху микроалбуминурията при пациенти със захарен диабет тип 2. Освен това трябваше да се отчете и ефекта по отношение на гликемичния контрол и артериалното налягане (АН).

Пациенти: в проучването бяха включени 25 души, от които 20 завършиха целия период на приложение на медикамента и бяха анализирани по отношение на HbA_{1c} и АН. От тях 14 бяха подходящи за оценка на промените в микроалбуминурията (без съществени промени в гликемичния контрол, АН и включени нови медикаменти).

Резултати: В хода на лечението със Sulodexide микроалбуминурията намалая в сравнение с изходните стойности ($p < 0.05$). Не се установи влияние на лечението върху гликемичния контрол и АН. Не бяха наблюдавани сериозни странични ефекти.

Извод: Sulodexide има специфичен ранен ефект на намаление на микроалбуминурията при пациенти със захарен диабет тип 2, който не е свързан с промяна в гликемичния или на АН контрол.

УЧАСТНИЦИ ПО АЗБУЧЕН РЕД

- Bolli Geremia - Д-3
Lefebvre Pierre - Д-1
Van Gaal Luc - Д-2
Ангелов А. - П-1, П-16
Ангелова-Гатева П. - П-14, П-15
Андонова - Д-6
Аршинкова М. - П-2
Бонева Ж. - П-3
Борисова А-М. - Д-25
Велкова А. - Д-7
Визев К. - П-4
Владева С. - П-5
Вълканова В. - Д-20
Ганева С. - Д-7
Генова М. - П-17, П-18
Георгиев С. - П-16
Гергова В. - Д-23
Геренова Ж. - П-6, П-7
Гочева Н. - Д-9
Гюрганова Р. - П-8
Даковска Л. - П-11
Дошков К. - Д-6
Захаријева С. - Д-22
Икономов М. - П-8, П-9, П-10
Илиева С. - Д-6
Йорданова-Лалева П. - П-13
Йотов Й. - П-16
Йотова В. - П-16
Каменов З. - Д-11, П-18
Каменова П. - П-11
Кирилов Г. - Д-25, П-2, П-11
Ковачева Р. - Д-25
Коев Д. - Д-13, П-11
Коева Л. - Д-17
Константинова М. - П-2, П-12
Коприварова К. - Д-8, П-2, П-12
Кривошиев С. - Д-12
Куманов Ф. - Д-26, П-15
Манчева М. - П-16
Милушева Р. - П-12
Николов Г. - П-13
Николов Н. - Д-6
Овчарова Н. - П-14, П-15
Орбецова М. - Д-19
Пейчев Я. - П-16
Пенев А. - Д-20
Петкова М. - Д-7, Д-15
Петрова З. - Д-6
Петрова Ч. - П-13
Полянски И. - Д-6
Попова Г. - Д-8, П-12
Протич М. - Д-21
Раянова Г. - Д-7
Савова Р. - П-2, П-12
Сиракова В. - П-1, П-16
Танкова Ц. - Д-16, Д-27
Терзиева Д. - П-5
Тодорова М. К. - П-17, П-18
Тодорова К. - П-17
Томова А. - П-15
Торбова С. - Д-4, Д-24
Христозов К. - Д-20
Христов В. - Д-5, Д-6, Д-10, Д-18, П-3, П-18
Хубавешки С. - П-14
Цинликов И. - Д-14, Д-28
Цинликова И. - Д-28

МОДЕРАТОРИ И ЛЕКТОРИ ПО ДНИ И ЧАСОВЕ:

Борисова А-М.

24.06:

16 - 17 часа - модератор

19 - 20.30 часа - откриване

25.06:

15.50 - 17.20 часа - модератор

18.10 - 18.40 часа - модератор

26. 06:

8 - 9 часа - модератор (Панорамна зала)

16 - 18 часа - модератор

18 - 18.15 - закриване

Гергова В.

25.06:

9 - 10.30 - Учебен курс, доклад (Панорамна зала)

Гочева Н.

25.06:

8 - 9 часа - модератор

14 - 14.20 часа - пленарна лекция

Захариева С.

24.06:

17 - 19 часа - модератор

25.06:

8 - 9 часа - модератор

9 - 10.30 часа - Учебен курс, доклад (Панорамна зала)

17.20 - 18.10 часа - модератор

26.06:

8 - 9 часа - Методични указания - обсъждане (Панорамна зала)

Илиева С.

25.06:

9.45 - 10 часа - доклад

Каменов З.

25.06:

14,40 - 15 часа - пленарна лекция

Кирилов Г.

8 - 9 часа - Методични указания - обсъждане (Панорамна зала)

Ковачева Р.

8 - 9 часа - Методични указания - обсъждане (Панорамна зала)

Коев Д.

25.06:

8 - 9 часа - модератор

18.10 - 18.40 часа - мемориална лекция

26.06:

8 - 9 часа - модератор

Коева А.

25.06:

14 - 15,30 часа - модератор

26.06:

8 - 9 часа - модератор

11 - 13 часа - модератор

14 - 14,20 часа - пленарна лекция

Коприварова К.

25.06:

9,45 - 10,30 часа - модератор

14 - 14,45 часа - модератор (Постерна сесия)

26.06:

8 - 9 часа - модератор

9 - 9,45 маса - модератор (Постерна сесия)

Кривошиев С.

25.06:

15 - 15,20 часа - пленарна лекция

Куманов Ф.

25.06:

9,45 - 10,30 часа - модератор

26.06:

8 - 9 часа - Методични указания - обсъждане (Панорамна зала)

14 - 15,30 часа - Учебен курс, доклад (Панорамна зала)

Лозанов Б.

25.06:

" 9.45 - 10.30 часа - модератор

26.06:

8 - 9 часа - Методични указания - обсъждане (Панорамна зала)

Овчарова Н.

25.06:

14 - 14,45 часа - модератор (Постерна сесия)

26.06:

8 - 9 часа - модератор

9 - 9,45 часа - модератор (Постерна сесия)

14 - 15,30 часа - модератор

Орбецова М.

26.06:

14,40 - 14,55 - доклад

Павлов К.

25.06:

14 - 15,20 часа - модератор

26.06:

8 - 9 часа - Методични указания - обсъждане (Панорамна зала)

14 - 15,30 часа - модератор

Петкова М.

25.06:

10 - 10,15 - научно съобщение

14 - 14,45 часа - модератор (Постерна сесия)

26.06:

8,20 - 8,40 часа - пленарна лекция

9 - 9,45 часа - модератор (Постерна сесия)

14 - 15,30 часа - модератор

Попова Г.

25.06:

10,15 - 10,30 часа - доклад

Протич М.

24.06:

14 - 14,45 часа - модератор

25.06:

9,45 - 10,30 - модератор

14 - 15,20 - модератор

26.06:

8 - 9 часа - Методични указания - обсъждане (Панорамна зала)

15,10 - 15,30 часа - пленарна лекция

Танкова Ц.

26.06:

8,40 - 9 часа - пленарен доклад

14 - 15,30 часа - Учебен курс, доклад (Панорамна зала)

Торбова С.

25.06:

8,30 - 9 часа - пленарна лекция

9 - 10,30 часа - Учебен курс, доклад (Панорамна зала)

Христов В.

24.06:

14,45 - 15,30 часа - модератор

25.06:

8 - 8,30 часа - пленарна лекция

9 - 9,45 часа - модератор

11 - 13 часа - модератор

14,20 - 14,40 часа - пленарна лекция

26.06:

8 - 9 часа - Методични указания - обсъждане (Панорамна зала)

9 - 9,45 часа - модератор

9,45 - 10,30 часа - модератор

14,20 - 14,40 часа - пленарна лекция

Христозов К.

26.06:

14,55 - 15,10 часа - доклад

Цинликов И.

25.06:

9 - 9,45 часа - доклад

14 - 14,45 часа - модератор (Постерна сесия)

26.06:

8 - 8,20 часа - пленарен доклад

9 - 9,45 часа - модератор (Постерна сесия)

14 - 15,30 часа - Учебен курс, доклад (Панорамна зала)

СОЦИАЛНИ СЪБИТИЯ:

(с предварително записване и закупуване на ваучери на Регистрационното бюро)

* Посещение на Национален Исторически музей –

• подарък от БДЕ за първите 100 участници подали най-рано заявка за участие в Симпозиума

* Посещение на Боянска църква (с екскурзовод) – микробус по посочен график:

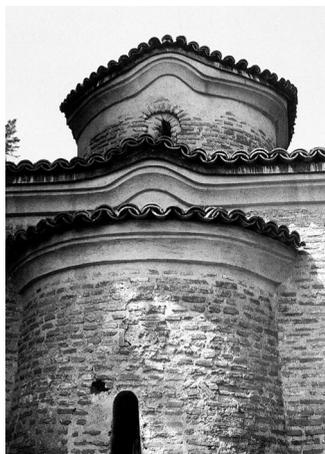
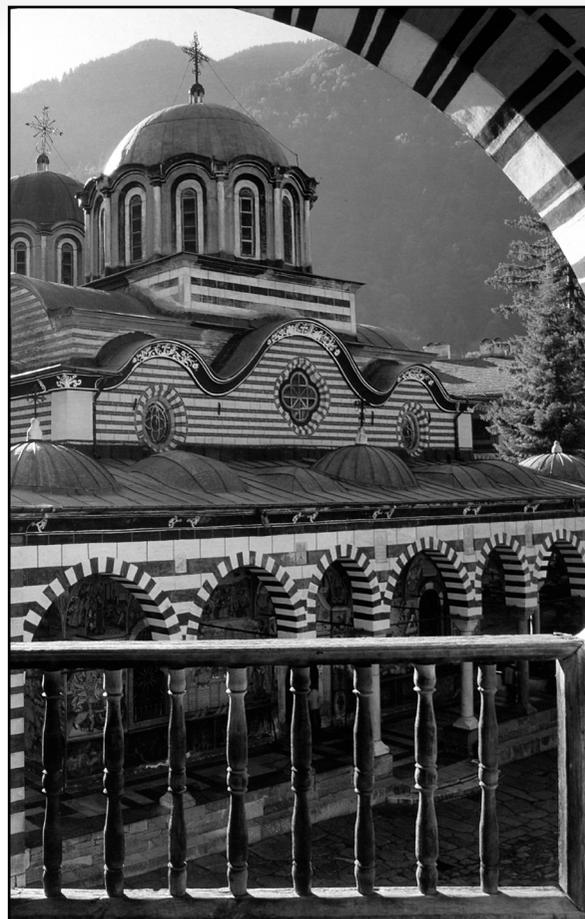
- 24.06.2004 - 12 часа, 13 часа
- 25.06.2004 - 13 часа, 14 часа

Цена: 9.00 лева

* Следконгресно посещение на Рилски манастир –

27.06.2004 година, тръгване 10 часа - връщане 16 часа, с обяд включен в цената на ваучера. Екскурзията ще се състои при набиране на достатъчен брой участници.

Цена: 28.00 лева



РЕГИСТРАЦИОННА КАРТА ЗА ЧЛЕНОВЕ НА БЪЛГАРСКО ДРУЖЕСТВО ПО ЕНДОКРИНОЛОГИЯ

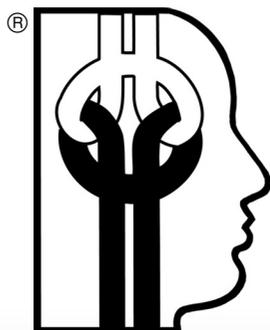
(изпратете по пощата с обратна разписка на адрес: София-1303, „Дамян Груев“ №6,
доц. Анна-Мария Борисова, д-р Цветалина Танкова, д-р Александър Шинков)

1. Име, презиме, фамилия.....
.....
.....
2. Местоживеене (адрес)КОД:.....
.....
тел:.....
3. Месторабота (адрес)
.....
телефони: стационарен.....GSM:.....
4. Название на лечебната структура.....
.....
.....
5. Заемана длъжност в лечебната структура.....
.....
.....
6. Диплома за призната специалност по Вътрешни болести: №.....
дата на издаване на дипломата.....
друг начин за признаване на тази специалност.....
.....
7. Диплома за призната специалност по Ендокринология и болести на обмяната:
№.....дата на издаване на дипломата.....
друг начин за признаване на тази специалност.....
.....
8. Научни звания:
№ на диплома.....дата на издаване.....
9. Специални интереси от дадена област на ендокринологията (до три отговора):
захарен диабет.....
тиреоидни заболявания.....
остеопороза.....
ендокринни хипертонии.....
полова патология.....

Картата ще послужи за създаване на регистър на ендокринолозите в страната с актуална база-данни, което е необходимо за своевременно и точно информиране на специалистите за предстоящи събития, за провеждане на епидемиологични проучвания или кампании, както и за точна оценка на реалния статус в страната.



ЕНДОКРИНОЛОГИЯ ENDOCRINOLOGIA



**Списание
на Българското дружество
по ендокринология
към СНМД в България**

**Journal
of the Bulgarian Society
of Endocrinology
(BSE)**

Главен редактор
Проф. Боян ЛОЗАНОВ
Научен секретар
Доц. Филип КУМАНОВ

Стилов редактор
Христо ХАРИТОНОВ
Редактор на английски
Д-р Александър ШИНКОВ
Отговорен редактор
Румен НИНОВ
© **Първа корица и графичен дизайн**
Румен НИНОВ

Editor-in-chief
Prof. B. Lozanov
Scientific secretary
Assoc. prof. Ph. Kumanov

Style editor *Hristo Haritonov*
English editor *Alexander Shinkov, MD*
Art director *Rumen Ninov*

Каталожен
номер 938

Абонамент

за списание „Ендокринология“ – 2004 г.
(том. 9, 4 книжки)

Списанието се индексира от водещите агенции за научна медицинска литература в Европа и САЩ

Цена за едногодишен абонамент – 28 лв.

Абонаментът се извършва във всички станции на Български пощи,
и в СБАЛЕНГ, ул. Дамян Груев 6, София 1303,
тел.: 02/987 15 53, 987 72 01 (Габриела Георгиева)