

Когато говорим за усложнения, трябва да говорим за "Риск"

#TalkAboutComplications

Трудно е да не забележите скорошната кампания в Twitter и някои блогове, която се появи в резултат на това, че блогърът Гръмпи Пъмпер (Grumpy Pumper) е диагностициран с язва на крака, свързана с невропатия. Ако не сте чели нищо по темата, погледнете #TalkAboutComplications, чиято цел е да промени начина, по който хората говорят и обсъждат усложненията, без обвинения и осъждащ език, базирайки се на факти, а не на спекулации.

Начинът, по който се развиват дискусиите в Twitter говори, че хаштагът е насърчил хората да обсъждат усложненията в социалната мрежа по нов начин, но също така подсказва, че това не е първото място, приютило подобен род дискусия.

Уроците от дискусията в Twitter могат да бъдат научени и от много публикации във Facebook групите и форумите, създадени от диабетици и техните близки и свързани с подкрепата на хора с диабет тип 1. Там отдавна се води много реална дискусия сред хората с диабет (от всякакъв вид) на тема как се справят онези от тях, които живеят с усложнения и какви са възможностите за лечение. Повечето публикации също са базирани на факти и изразяват безусловна подкрепа, тъй като участниците в тях са хора с диабет, които искат да са полезни един на друг, без да се съдят.

Впечатление прави, че докато има много дискусии, в които хората споделят проблемите си и в които се подчертава как тонът, с който се говори за това трябва да бъде подкрепящ и неосъждащ, то съществуват доста малко дискусии за риска от усложнения и начинът, по който той трябва да е управляван. Защо това е толкова важно?

Важно е, защото усложненията не са неизбежна част от живота с диабет, но има голяма вероятност те да се появят. Макар като човек с диабет да имаш проблемно тяло, за някои от нещата, които може да ти се случат ти все още не знаеш достатъчно, така че защо не погледнеш и не разбереш за какво всъщност става дума. И като човек, който има диагноза макулопатия (или с други думи, нещо подобно на ретинопатията, но на макулата, която е централната част на ретината, използвана за близко и детайлно виждане), аз имам и собствен интерес да поговорим за това.

Риск и вероятност

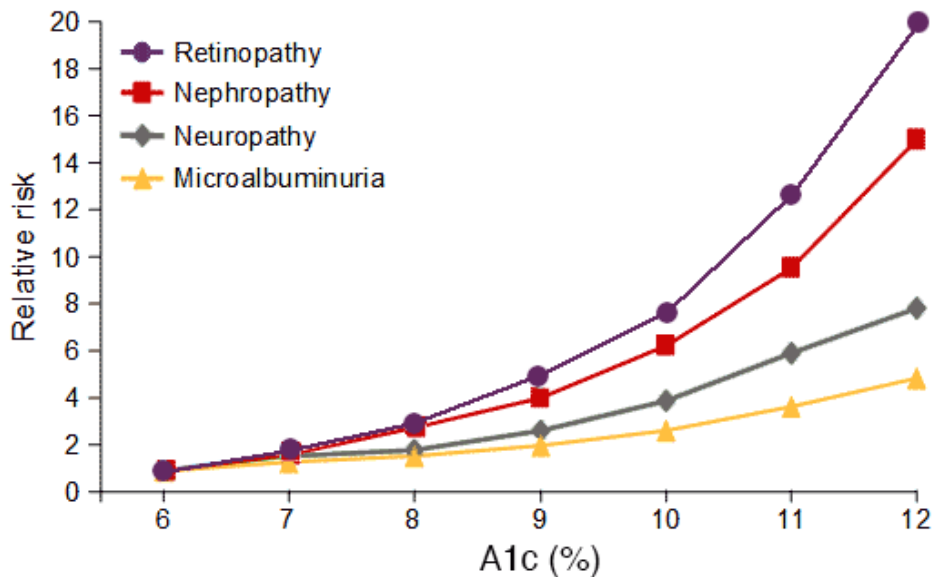
Бях диагностициран с диабет тип 1 в млада възраст преди 30 години и прекарах първите пет дни след поставянето на диагнозата в болнично отделение с по-възрастни хора с диабет, някои от които бяха приети там за ампутация. Ето как се случи да разбера от първа ръка и много рано за рисковете при диабета. Не мога да кажа, че прекарах приятно времето си там и не мога да кажа, че това не ме разтърси и промени. В онзи момент аз разбрах, че е много вероятно нещо също толкова лошо да се случи и на мен. Същото важи и за хората с диабет тип 2, при които самата болест или усложненията от нея винаги се считат за прогресиращи. И все пак - има много хора, които нямат проблеми, свързани с усложнения от диабета.

Защо? Трябва да погледнем към резултатите от изследванията "Диабетен контрол и усложнения" (DCCT) и "Епидемиология на интервенциите и усложненията при диабет" (EDIC), които определят давността на ефектите от контрола на диабета върху по-напредналите стадии на усложненията на диабета, включително сърдечно-съдовите заболявания (CVD).

Ключовите изводи от DCCT и EDIC са:

1. При интензивната инсулиноterapia е възможно постигането на нива на кръвната глюкоза близки до тези на хората без диабет, което намалява риска от усложнения от диабета със 76%.
2. При интензивната инсулиноterapia се намалява вероятността от поява на атеросклероза с течение на времето, както и на сърдечно-съдовите заболявания (CVD).
3. Интензивната инсулиноterapia е най-ефективна, когато се приложи още в първите дни след диагностицирането. Ако бъде забавена, е по-трудно да се забавят усложненията, което се доказва от изследванията на контролните групи.
4. Положителното влияние на интензивната инсулиноterapia от един среден 6.5-годишен период продължава поне 10 години дори след като вече няма разлика в гликемичните резултати на хората от групите на интензивна и конвенционална терапия (метаболична памет).
5. Хроничната гликемия и продължителността на диабета са основните фактори в патогенезата на микроваскуларните усложнения при диабет тип 1 и играят роля в развитието на атеросклерозата.

Това е представено и в графиката по-долу, която е широко използвана при обсъждането на риска от усложнения:



Какво ни казва всичко това? Казва ни, че според фактите, основани на 25-годишно проучване на хора с диабет, поддържането на стойност на HbA1C възможно най-близка до тази на хората без диабет, носи риск от усложнения близки до тези на хората без диабет. Това са данни, получени в резултат на дългогодишни изследвания и анализи, което ги превръща в едно наистина важно послание за нашата дискусия. По-нисък HbA1C е по-добър по отношение на дългосрочното здраве. Това не означава, че късметът няма да играе роля, но има много, много силна връзка между здравето ни и нивото на гликирания ни хемоглобин.

Това е отразено и в насоките на Националния здравен институт във Великобритания NICE за диабет тип 1, където целевата HbA1C е посочена като 6,5% (48 mmol / mol). Има ясни, фактически доказателства за необходимостта да се целим в тази стойност.

Напоследък все повече се обсъжда влиянието на гликемичната вариабилност върху усложняващия риск и как вариращите гликемични нива също повишават риска. Съществуват

многобройни статии и дискусии в интернет, в които се води полемика за това, но като начало, една статия от д-р Хърш (Hirsch), публикувана в Diabetes Care през 2015 г. разглежда аргументите за и против гликемичната променливост, оказваща влияние върху усложненията, и извежда следните заключения:

В крайна сметка има биологична обосновка и достатъчно подкрепящи доказателства, за да се подкрепи концепцията, че гликемичната вариабилност GV е важен рисков фактор, пряко свързан с патогенезата на съдовите усложнения при диабет.

Дехсот със сигурност вярва в това и започна да включва концепцията за променливостта на глюкозата в своите доклади (въпреки че можем да поставим под въпрос дали това е свързано с търговска или клинична обосновка). Аз също съм на подобно мнение, тъй като въпреки че поддържам HbA1C около 5,7%, имам много по-големи вариации около това ниво през последните три месеца в сравнение с тези преди предишния очен преглед, който показва "само" фонова ретинопатия.

Но какво означава "риск" в този контекст? Медицинско изследване (Изследването The Beaver Dam Eye Study се финансира от един от 20-те национални института по здравеопазване. Целта на изследването е да се събере информация за разпространението и честотата на свързаната с възрастта катаракта, дегенерация на макулата и диабетна ретинопатия, които са всички чести очни заболявания, причиняващи загуба на зрение при застаряващо население), което разглежда връзката между ретинопатията и началото на диабета и хипертонията в продължение на 15 години, хвърля светлина и върху развитието на ретинопатията при хора без диабет. В него се посочва, че 7,8% от 3 402 изследвани лица без диабет (на възраст 43-86 години) са имали признаци на ретинопатия. Или с други думи, 78 от всеки хиляда души ще има ретинопатия. То също така установи, че ретинопатията може да е предшестваш индикатор за бъдещ диабет.

Изследването DCCT показва, че ако поддържате ниво на HbA1C, което е 42mmol / mol (6%), ще имате подобна честота на ретинопатия - 78 души на 1000, докато при HbA1C 53mmol / mol (7%), ще имате 156 души на 1000 с ретинопатия.

Или с други думи, имате 7,8 на сто шанс да получите ретинопатия, независимо дали имате диабет, или, което е по-важно, имате 92,2 на сто шанс да не получите ретинопатия, независимо дали имате диабет. Просто като имате диабет, е много по-вероятно това да се случи.

Какво означават всички тези данни?

Всичко това показва, че ако искаме да говорим за усложнения, ние не можем да го направим, без да посочим, че контролът на нивата на кръвната глюкоза има пряко въздействие върху риска от усложнения. Това не е ирационален страх. Това е важен за приемане факт. Това също така не е осъдително за никого, нито се опитва да насилва някого за нещо.

На тези от нас, които живеят с диабет, има много по-голям шанс да се случват неща, отколкото при хората без диабет и ако искаме да изравним този процент вероятност с процента при нашите връстници без диабет, всички доказателства сочат, че трябва да се стремим към по-ниски нива и по-малко вариации на кръвната глюкоза.

Ако имате диабет Т1 и сте активен в социалните мрежи, най-вероятно сте чували за д-р Ричард Бърнстейн (Richard Bernstein), чийто начин на живот с Тип 1 изглежда екстремен. Той се стреми към нормални глюкозни нива, като предполага, че това е възможно с предвидимо, ниско съдържание на въглехидрати. Той е пример за това какво може да се постигне с нормални нива на кръвната глюкоза, поради факта, че няма усложнения, свързани с хипергликемия, а също е успял да намали броя на онези, които е имал. Не казвам, че всеки трябва да следва този подход, просто предлагам алтернативна хипотеза.

Как да намалим риска?

Както вече споменах, има доста доказателства от проведени медицински проучвания, които ясно показват какво води до намаляване на риска от усложнения.

Нещата се свеждат до предприемане на мерки, които намаляват дългосрочните високи нива на глюкозата и най-вероятно нейната вариабилност. Има причина времето, в което стойностите на кръвната глюкоза са в целевия диапазон да се счита за златен стандарт в изследователските среди. Важният въпрос вече е "Как можем да увеличим времето в целевия диапазон" и за съжаление, както споменах по-рано, самостоятелното наблюдение на кръвната захар (SMBG) просто не се прави непрекъснато от мнозинството хора. Ето защо изследванията продължават в посока създаване на "Smart Insulin" и системи за изкуствен панкреас (APS). Ето защо хора като мен са изградили свои собствени такива.

Както стана ясно от казаното дотук, ние намаляваме риска от усложнения, като намаляваме общите ни нива на кръвна глюкоза и променливостта (вариабилност) в нивата на глюкозата. Има няколко начина да направим това. Те се свеждат до образование, диета и използване на най-новите технологии, а най-добре - комбинация от трите. От изследванията става ясно, че колкото по-рано се намаляват и поддържат стабилни и на по-ниско ниво стойностите на кръвната глюкоза и съответно HbA1C, толкова по-малка е вероятността от развитието на дългосрочни усложнения.

И така, трябва да ли продължим да мислим, че усложненията са неизбежно следствие на живота с диабет тип 1? Или трябва, когато говорим за усложнения, да отчитаме, че има неща, които можем да направим, за да намалим тези рискове? А когато говорим за усложнения с хората, които са току-що диагностицирани, трябва ли да включим в разговора и този контекст?

Погрешно ли е в разговор с току-що диагностициран човек с диабет тип 1 да споменем за риска от усложнения, какъв е този риск и кои изследвания и факти ни помагат да разберем как най-добре да намалим този риск?

Ако разкажем за технологичните чудеса като CGM (Continuous Glucose Monitoring) на всички новодиагностицирани, за да разберат незабавно за новите научни и медицински постижения и начина, по който функционира диабетът, това ще промени ли начина, по който те ще изберат да живеят живота си? Това ще повлияе ли на техните дългосрочни шансове (и шансът е важна дума тук)?

А правилно ли е цената на технологията да влияе на този избор и на тези шансове, защото тя е все още астрономически висока? Редно ли е честотата на измерване, която се препоръчва за тестване на кръвната глюкоза от SMBG да е четири пъти дневно, когато знаем, че това е абсолютно недостатъчно и не ни дава възможност да разберем ясно какво се случва с управлението на нашия диабет? Или че насоките на NICE за обучението на новодиагностицираните диабетици за това как да управляват сами своя диабет са то да се провежда дълго време след предписване на режим на инсулинотерапия?

Трябва ли да ни вълнува въпросът дали обучението на хората с диабет да започне веднага "при диагностициране" или "скоро след диагностициране", дали да се използват системи за обучение от типа на д-р Софи Харис (Sophie Harris)? *(Софи Харис е доктор по диабет и ендокринология в южен Лондон. Понастоящем работи по докторантура, в която се разглежда как образованието за диабет може да стане по-достъпно. Тя се бори за намаляване на неравенствата в здравеопазването, което да даде възможност да се осигурят най-добрите възможни грижи в национален мащаб на хората с диабет от деня на диагнозата.)*

Предполагам, че отговорът на много от тези въпроси не е лесен. Ако погледна назад, към деня, когато ми бе поставена диагнозата (преди завършването на проучването DCCT), си давам сметка,

че тогава никой не би могъл да отговори на тези въпроси. Сега обаче мисля, че сме длъжни да обясняваме какво прави диабетът и какви са резултатите от медицинските проучвания. Трябва да обсъждаме рисковете и как най-добре да ги намалим, без да го правим с обвиняващ или осъждащ тон. Също така, трябва да предоставяме технологични решения и да обясняваме как да ги използваме по най-ефективния начин.

Има един стар съвет, който се отнася за това как по-добре да се справяме с повечето неща в живота: "Информирайте се отрано; информирайте се често."

А що се отнася до усложненията и начините за намаляване на риска от тях при хората с диабет, да сме информирани е по-важно от всичко.