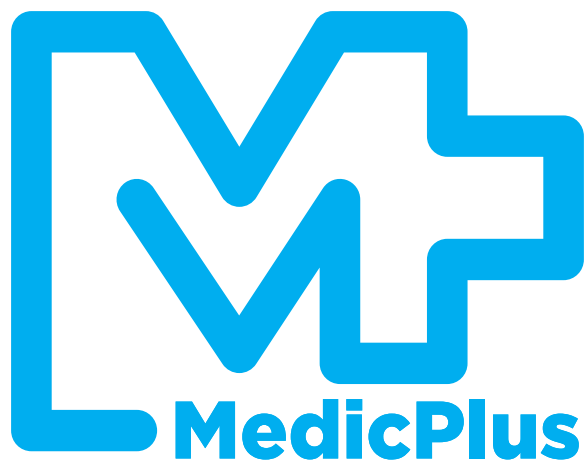


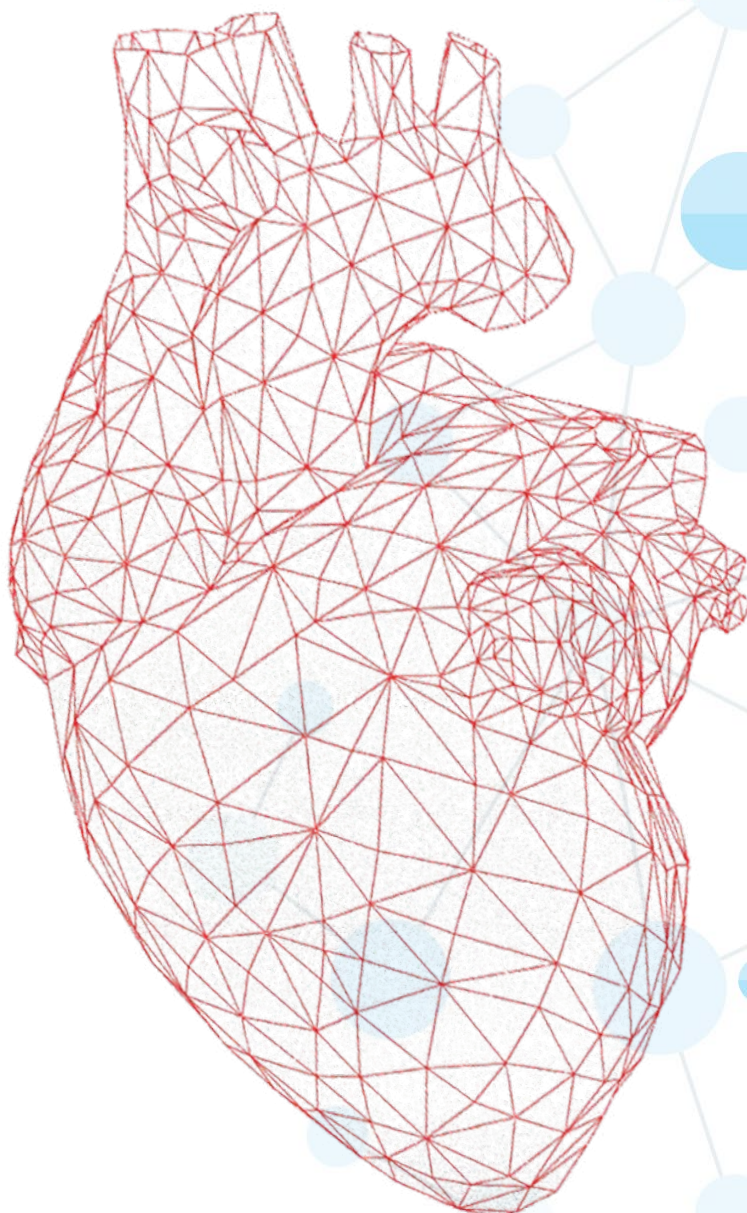
СПЕЦИАЛИЗИРАНО ИЗДАНИЕ ЗА НАУКА И ИНОВАЦИИ В МЕДИЦИНАТА



ГОДИНА II • март | 2020

Онкология Ендокринология Кардиология

Специално интервю
с проф. д-р Мира Кожухарова и
проф. д-р Злако Кълвачев относно
пандемията от COVID-19





Прояви и терапия на периферната диабетна полиневропатия

Ралица Мекова

Клиника по ендокринология и болести на обмяната, УМБАЛ „Софиямед“

Резюме: Диабетната полиневропатия (ДПН) е често срещано усложнение при пациенти със захарен диабет, което влияе на различни аспекти от живота на човек и сериозно ограничава ежедневните му функции. Лечението на това състояние е терапевтично предизвикателство и включва медикаменти, целящи да повлияят патогенезата (алфа-липоева киселина и бенфотиамин) и симптоматично лечение, най-често при болкова полиневропатия с антидепресанти и антиепилептични медикаменти.

Ключови думи: захарен диабет, периферна диабетна полиневропатия, болка, въздействие

Увод

Захарният диабет е метаболитно заболяване, изявяващо се с повишени нива на кръвната захар. Характеризира се с нарушение на инсулиновата секреция, нарушено инсулиново действие при съхранена секреция или и на двете заедно. Рисковите фактори за захарен диабет са разнообразни. Те включват възраст, наличие на фамилна обремененост, артериална хипертония, наднормено тегло и затлъстяване, нерационално хранене, заседнал начин на живот, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нарушение на липидната обмяна и др.

Същност на диабетната полиневропатия (ДПН)

Диабетната полиневропатия (ДПН) е хетерогенна група от неврологични увреждания с разнообразна клинична проява и представлява едно от най-честите хронични, микроваскуларни усложнения на захарния диабет. Клинични признаци и симптоми на полиневропатия имат 35-50% от пациентите, като при тези с тип 2 захарен диабет те често са налични при диагностициране на заболяването, а при тип 1 диабет се появяват обичайно след петата година. Поради тази причина се препоръчва ежегоден скрининг за дистална ДПН при тип 2 диабет от диагностициране на заболяването, а при тип 1 – от петата годи-

на. Извършва се чрез оценка на усета за допир и натиск с 10 г монофиламент, вибрационен усет (128Hz камертон), глезенни и коленни рефлекс, допир/натиск с игла и топлинен дискриминатор. При използване на електрофизиологично средство (ЕМГ) честотата на заболяването нараства до 80% от диабетиците. При 10-30% от хората с нарушен глюкозен толеранс, известен също като преддиабет, също може да се установи ДПНП.

ДПНП се дели на *периферна ДПНП* със засягане на периферни нервни влакна (хронична симетрична сензомоторна невропатия, остра болкова невропатия, проксимална моторна невропатия, дифузна симетрична моторна невропатия и фокални невропатии) и *автономна ДПНП*, при която се засягат влакната на вегетативната нервна система (сърдечно-съдова, гастроинтестинална, урогенитална и судомоторна форма). Най-честата проява е периферната дистална сензомоторна полиневропатия, която представява сериозен проблем за здравето, тъй като може да бъде съпроводена от мъчителна невропатна болка и понижава качеството на живот на пациента. Сетивните разстройства (болки, парестезии) се срещат в около 86% от болните с диабетна полиневропатия. Обективно се открива дистална хипестезия за допир, болка и температура. Установяват се понижение или пълна загуба на вибрационния усет, нарушения на дискриминационната сетивност и по-рядко – на ставно-мускулния усет. Невропатната болка значително пречи на съня, влияе негативно на всекидневната активност и удовлетвореността от живота. При ДПН болката може да има както постоянен, така и епизодичен характер. Прогрес се наблюдава през нощта и намалява по време на движение (ходене), локализира се предимно в стъпалата. Пациентите описват болката като „гълбочинна“, но някои я определят като „прострелваща“ или „пареща“. При изследване, проведено от Davies et al., с участието на 105 пациенти с болкова форма на ДПН се отбелязват следните зони на локализация на болката: 96% в стъпалата, 69% в свода на стъпалото, 67% в пръстите на краката, 54% в задната част на стъпалото, 39% в горните крайници, 37% в долната част на стъпалото, 37% в бедрото и 32% в областта на петата. В по-голямата част от случаите болката е описвана като „пареща/остра“, „болка като при токов удар“, „пронизваща“, усилваща се през нощта, при умора и при стресови ситуации. Интензивността е определена като средна. Синдромът на болка е дълготраен и е причина за инвалидизация. В същото време се описват случаи на частично намаляване на клиничните проявления на болката и дори пълното ѝ изчезване въпреки по-нататъшното влошаване на функциите на тънките влакна.

Ремисията на болката намалява обикновено при внезапни метаболитни изменения – подобрение или влошаване на гликемичния контрол, неговяма продължителност на болката или захарния диабет, намаляване на телесната маса и отсъствие на големи нарушения на чувствителността. Двигателните нарушения са тежко усложнение, с дистална и проксимална амиотрофия и мускулна слабост. Вегетативно-трофичните нарушения предизвикват сухост и атрофичност на кожата, пигментни петна, дистрофични промени на ноктите, язви на стъпалата, остеоартропатии и груги.

Диабетната невропатия може да засегне и черепно-мозъчните нерви, с намаление на обонянето (хипосмия), намаление на слуха, диплопия като проява на засягане на очевдигателните нерви. Понякога се наблюдава засягане изолирано само на един нерв (III, IV, VI), чиято лезия може да рецидивира.

Патогенезата на ДПН не е напълно изяснена. Предполагаме ранни механизми на увреда са ексцесивното производство на сорбитол по алдозазно-редуктазния път, оксидативният стрес, митохондриалната дисфункция, нарушената антиоксидантна защита и трофичните механизми. Късно в хода на заболяването се включва микроангиопатията с исхемична увреда на аксони и неврони.

Терапията се основава на 4 основни принципа: 1) интензивна терапия на захарния диабет и корекция на рисковите фактори на заболяването; 2) патогенетично лечение; 3) симптоматично лечение; 4) предотвратяване на усложненията на полиневропатията. Поддържането на добър гликемичен контрол намалява появата и прогресията на ДПНП. В проучването STENO-2 се установява допълнителен положителен ефект от комплексното лечение с промяна в начина на живот, хранителен и двигателен режим, контрол на артериалната хипертония, дислипидемията и микроалбуминурията. Патогенетичното лечение на този етап се основава на употребата на алфа-липоева киселина (тиоктова киселина). Тя е антиоксидант с директно (залавяне на свободни радикали и хелатор на метали) и индиректно действие (ефект върху други антиоксиданти) и намалява оксидативния стрес в периферните нерви, подобрява нервно-мускулното предаване и ендоневралния кръвоток. Има данни за дефицит на витамини от групата Б и прилагането специално на мастноразтворим бенфотиамин също се използва за патогенетично повлияване на ПНП. Симптоматичното лечение се основава на повлияване на болката чрез приложението на обикновени аналгетици, някои видове антидепресанти (трициклични антидепресанти – амитриптилин, селективни инхибитори на обратния захват на



серотонина, инхибитори на обратен захват на серотонина и норадреналина) и антиконвулсанти. Аналгетиците имат ниска ефективност при ДПНП. Ефективността на amitriptylin е доказана в редица клинични проучвания, но страничните му ефекти (виене на свят, отпадналост, антихолинергични ефекти), които са често изяви, както и рискът от взаимодействие с други медикаменти, ограничават приложението му. Антиконвулсантите gabapentin и pregabalin се препоръчват като препарати на първа линия и значимо намаляват болката след период на титрация поне 1 седмица. Често срещани странични ефекти, които възпрепятстват лечението, са виене на свят, атаксия, сомнолентност, периферни отоци и главоболие.

Много добра поносимост и висока ефективност показва препаратът **duloxetine**. Той е селективен инхибитор на обратния захват на серотонин и нореpineфрин и е одобрен за лечение на ДПНП от Американската агенция по лекарствата (FDA) от 2004 г. Анализът на осем плацебо-контролирани, рандомизирани клинични проучвания на duloxetine за лечение на болка при ДПНП, включващи 2 728 пациенти, показва, че медикаментът в доза 60 мг за период от 12 седмици намалява болката с поне 50% в сравнение с плацебо (Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jan 3; (1): CD007115. doi: 10.1002/14651858.CD007115.pub3. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia. Lunn MP1, Hughes RA, Wiffen PJ.). При пациенти с недостатъчен ефект от терапия с gabapentin се установява, че ефектът на 60 мг duloxetine е сравним с този на 300 мг pregabalin (Tanenberg RJ, Irving GA, Risser RC, et al. Duloxetine, pregabalin, and duloxetine plus gabapentin for diabetic peripheral neuropathic pain management in patients with inadequate pain response to gabapentin: an open-label, randomized,

noninferiority comparison. Mayo Clin Proc. 2011; 86 (7): 61). Поносимостта на терапията е значително по-добра от тази с amitriptylin. Duloxetine е показал ефективност и при пациенти в старческа възраст (Skrljarevski V, Frakes EP, Sagman D, Lipsius S, Heinloth AN, Dueñas Tentori HJ. Review of efficacy and safety of duloxetine 40 to 60 mg once daily in patients with diabetic peripheral neuropathic pain. Pain Res Treat. 2012; 2012: 898347). Локални средства като капсаицин са ефективни при локализирана болка. Въпреки това лечението на хроничната ДПН остава трудна задача. В тази връзка е важно да се отбележат следните практически правила: изборът на препарата и подборът на дозата трябва да се провеждат индивидуално и да се съобразят с ефективността на терапията и възможните нежелани лекарствени реакции. Липса на ефект може да се отчете 2-4 седмици след началото на терапията. Употребата на алкохолни напитки, а също и известните рискови фактори за сърдечно-съдови заболявания като висцерално затлъстяване, артериална хипертония, хиперлипидемия и тютюнопушене имат съществено значение за развитието и прогресирането на ДПН. Важно е лекуващият лекар да отправя препоръки за намаляване на телесното тегло, тъй като наднорменото тегло е един от основните фактори, които подпомагат тези симптоми и влошават общото състояние на пациента.

Немедикаментозна терапия на болка при диабетна полиневропатия

Терапията на болката при ДПН може да включва и нефармакологични средства (например физикална терапия), които обаче следва да не изключват медикаментозното лечение. Сред тях са фотобиомодулацията, акупресурата и акупунктурата, перкутанната електрическа нервна стимулация (TENS).

Библиография:

1. Нейро NEWS, 27.03.2012 г.
2. Young R. J., Ewing D. J., Clarke B. F. Chronic and remitting painful diabetic neuropathy. Diabetes Care 1988; 11: 34-40.
3. Болева форма диабетической нейропатии и ее лечение прегабалином. Хаустова, О. О. В: Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія 2017; 93-103.
4. Boulton A. J. M., Scarpello J. H. B., Armstrong W. D., Ward J. D. The natural history of painful diabetic neuropathy — a 4-year study. Postgrad Med J 1983; 59: 556-9.
5. Ziegler D. Painful diabetic neuropathy. Diabetes care 2009, 11; 414-419.
6. Davies M., Brophy S., Williams R., Taylor A. The prevalence, severity, and impact of painful diabetic peripheral neuropathy in type 2 diabetes. Diabetes Care 2006; 29:1518-22.
7. Йосифова Л., Лочева, В., Сидерова, М., Христовоз К., Тодоров, И. Предизвикателството диабетна периферна невропатия – в търсене на синергични терапевтични методики. Цит. по: www.naalt.org // В: сп. „Медик+“, бр. септември/2019 г., стр. 78-84.
8. Миланов И. Неврологични усложнения на соматичните заболявания. София: 2018, стр. 185-186
9. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus.
10. Вучкова, Б., Димитрова, М. Диабетна невропатия. Видове, симптоми, причини и лечение. // В: сп. „Мединфо“, бр. 9/2019 г.

Dulodet®

duloxetine

По-лесно е в дует!



Терапевтични показания:

-  Лечение на голямо депресивно разстройство
-  Лечение на диабетна периферна невропатна болка
-  Лечение на генерализирано тревожно разстройство



Лекарствен продукт по лекарско предписание.

Моля, преди да предпишете Dulodet®, прочетете кратката характеристика на продукта (КХП).

Дата на последно одобрена КХП: 26.11.2019. BG 20 DUL 001 PA. ИАЛ-4821/05.02.2020.

Търговско представителство ЕГИС Фармасютикълс
София 1113, ул. Александър Жендов б, ет. 6
тел. 02/ 987 60 40, www.egis.bg





Въпреки епидемията трябва да се запази капацитета на лечебните заведения

Интервю с проф. д-р Мира Кожухарова, епидемиолог



Проф. д-р Мира Кожухарова

Проф. д-р Мира Кожухарова е специалист с дългогодишен опит в областта на епидемиологията на инфекциозните болести. Научната и преподавателската ѝ кариера започва като стажант-асистент в Катедрата по епидемиология на МУ-София, където специализира и впоследствие работи до 1994 г. През 1995 г. се хабилитира в Националния център по заразни и паразитни болести, където по-късно е избрана за професор. Ръководила е Отдела по епидемиология и епидемиологичен надзор на НЦЗПБ от 2008 г. до 2016 г. е и била и негов заместник-директор. В продължение на 20 години е била национален консултант по епидемиология към МЗ. Под ръководството на проф. Кожухарова е разработена и внедрена системата за сентинелен надзор на грипа и острите респираторни заболявания, която от 2007 г. функционира като интернет базирана информационна система за събиране и анализиране на данните за заболяемостта от грип и ОРЗ в България.

Научните интереси на проф. Кожухарова са основно в областта на ваксинопрофилактиката, епидемиологията и профилактиката на грип и ОРЗ, вирусни хепатити и бактериални менингити при деца и възрастни. Тя е автор и съавтор на над 200 публикации в медицински списания и 90 презентации на конгреси и конференции. Понастоящем е член на Европейската регионална комисия за верификация на елиминацията на морбили и рубеола.

Дали според вас предприетите мерки по време на обявеното извънредно положение бяха достатъчно адекватни и има ли нещо, което вие като специалист бихте допълнили?

Предприетите мерки за карантина са такива, каквито с малки изключения предприемат всички държави. Тяхната епидемиологична ефективност не може да бъде оценявана по време на епидемията. За извършване на обективна оценка е необходимо време и най-вече епидемичният процес да е приключил. От голямо значение ще бъде всички налични данни, както за хода на епидемията, така и за обема и времето на прилагане на различните мерки за контрол, да бъдат грижливо събрани във всяка страна. Убедена съм, че след затихване на епидемията, тези данни ще бъдат прецизно обработени и че медицината

като цяло, отделните медицински специалности и особено епидемиологията ще имат възможност да направят много съществени за бъдещето изводи. Защото днес сме свидетели не на безпрецедентно разпространение на инфекциозно заболяване (човечеството се е срещало и с други пандемии в хода на своята история), а на безпрецедентни по мащаба и обема си карантинни мерки, ефектът от които предстои да бъде преценен.

Какви са съветите за предпазване на ОПЛ и медицинските специалисти, които не работят пряко със заразените пациенти?

По принцип всички медицински специалисти, при обслужване на всички пациенти, и независимо от епидемичната ситуация, т.е. винаги, трябва да спазват т. нар. стандартни предпазни мерки. Това са рутинни предпазни мер-

ки, които са задължителни за всички лечебни заведения без изключение – както за тези за болнично лечение, така и за тези, осигуряващи извънболнична помощ. Те са предназначени да ограничат риска от предаване на причинители на инфекциозни заболявания, както от установени, така и от неизвестни източници на зараза в лечебните заведения.

Стандартните предпазни мерки включват хигиена на ръцете, използване на лични предпазни средства, подбрани според оценката на риска, съблюдаване на т.нар. респираторна хигиена, хигиена на околната среда (почистване и дезинфекция), безопасна работа и управление на отпадъците, правилно опаковане и транспортиране на оборудване, постелно бельо и болнично облекло, предпазване от убоявания с игли и наранявания с остри медицински инструменти.

Хигиена на ръцете – това е една от най-важните мерки, които оказват влияние върху разпространението на инфекции в лечебните заведения. Ръцете трябва да се мият внимателно и достатъчно продължително с вода и сапун, след което се подсушават с кърпа за еднократна употреба (най-често кухненска хартия, салфетки).

Ако няма видими замърсявания, ръцете може само да се дезинфектират чрез обтриване с дезинфектант на алкохолна основа. Този тип дезинфектанти са с доказана ефективност по отношение на голям брой микроорганизми. Мерките за хигиена на ръцете се прилагат преди и след всеки директен контакт с пациент, веднага след сваляне на предпазните ръкавици, след контакт с кръв и други телесни течности на пациент или контакт с предмети и повърхности, използвани от болния, както и преди извършването на процедури като инжекции, катетеризация и т.н. Категорична е препоръката да не се носят пръстени и други бижута по време на работа.

Нужно е да се използват лични предпазни средства, които едновременно защитават медицинския персонал и ограничават разпространението на инфекции в лечебните заведения. Подборът им зависи от нивото на риска и епидемичната ситуация. Личните предпазни средства са: медицински ръкавици за еднократна употреба (след като ръкавиците се свалят по определения начин, ръцете винаги трябва да се измият и дезинфектират), хирургични маски (в определени ситуации респираторни маски с по-високо

ниво на филтрация), защитни средства за очите (очила, шлемове), които предпазват от пръски кръв, телесни течности, секрети и екскрети (по тези причини те трябва да се използват в случаите с близък контакт с пациенти с респираторни симптоми, които кихат и кашлят), предпазно облекло – обикновени работни престилки, а при риск от контаминация предпазни (изолационни) престилки, шапки, обувки, които лесно се почистват, калцунни.

Личните предпазни средства трябва да се заменят с нови, успоредно с измиването/дезинфекцията на ръцете след всеки пациент. Лечебните заведения трябва да имат достатъчни запаси от лични предпазни средства, които да са налични на място, с оглед на внезапно възникнала необходимост от тях.

Съблюдаването на т.нар. респираторна хигиена (мерки срещу евентуални инфекции на дихателните пътища) се състои в това, че при кашлица или кихане всеки човек трябва да покрива носа и устата си (с кърпичка за еднократна употреба, която след използване се изхвърля в контейнер, или с лакътната сгъвка, а не с глан). Пациенти със съмнение за 2019-nCoV инфекция, както и придружаващите ги членове на семейството, трябва да използват медицинска маска в помещението на лечебното заведение.

Хигиена на околната среда (почистване и дезинфекция)

Патогенните микроорганизми, които предизвикват респираторни инфекции, остават жизнеспособни в околната среда за различни по продължителност периоди от време (от часове до дни). Контаминацията в помещенията на лечебните заведения може да бъде редуцирана чрез почистване с вода и домакински препарати за миене и последваща дезинфекция със стандартните широко използвани дезинфектанти. При дезинфекцията на повърхности и предмети трябва да се обръща особено внимание на тези, които се докосват често от пациента или персонала. По този начин се ограничава възможността за разпространение на причинителите и дори може да бъде прекъснат механизмът на предаване на заразата. Дезинфектанти, които са ефективни и масово се използват срещу причинители на респираторни инфекции, са: домашна белина (натриев хипохлорит), алкохоли, производни на фенола, четвъртични амониеви съединения.



Как трябва да реагират специалистите в случаи на онкологично или друго остро или хронично състояние, което не е свързано с COVID-19? Как да се подходи към пациентите в тези случаи?

Дори в епидемична обстановка е много важно да се запази капацитета на лечебните заведения за осигуряване на необходимите медицински грижи за пациенти със заболявания, различни от COVID-19. При необходимост от неотложни медицински манипулации, както и при възникване на спешни и/или критични състояния, пациентите трябва да имат достъп до специализирана болнична помощ. Успоредно с това, прегледи, изследвания и процедури, които не са спешни, трябва да бъдат отложени. Тази мярка не само намалява натоварването на здравната система, ангажирана с овладяване на епидемичната ситуация, но е изключително важна за предпазване на самите пациенти, при които рискът от заразяване с COVID-19 трябва да бъде сведен до възможния минимум, което засега може да бъде постигнато само чрез практически пълно ограничаване на контактите.

Може ли да се каже каква част от населението в България ще изкара заболяването „на крак“ или в по-лек вариант?

Очакванията в това отношение могат да се базират само на придобития досега опит, който е силно ограничен. Все пак, наличните публикации на специалисти от Китай сочат, че повечето от лабораторно потвърдените случаи са протекли леко (над 80%), тежки форми са наблюдавани при 13,8% от болните и много тежки при около 4,7%.

Има ли у нас препарати, които могат да се приемат в домашни условия? Сред медицините се обсъжда приложението на комбинацията chloroquine phosphate+oseltamivir+azithromycin.

До момента няма медикаменти, утвърдени за етиологично лечение на инфекцията, предизвикана от коронавируса. Има ограничени наблюдения, че hydroxychloroquine (Plaquenil) – лекарство, прилагано при малария, лупус и ревматоиден артрит, може да има ефект при лечението на пациенти с леко до умерено тежко протичане на COVID-19 и че прилагането му скъсява продължителността на заболяването и намалява отделянето, следователно и

по-нататъшното разпространение на вируса. В ход са проучвания върху ефективността на препаратите, които се провеждат в САЩ и други държави. Azithromycin е антибиотик, който спада към групата на макролидите и се добавя с цел лечение на усложнения, свързани с бактериална инфекция на белия дроб. Разбира се, каквито и терапевтични комбинации да бъдат приложени, те се определят и предписват от лекуващия лекар в съответствие с проявената клиника и с наличието и текущото лечение на съпътстващи заболявания, като болести на сърдечно-съдовата система, черния дроб, стомашно-чревния тракт и др.

Какво бихте препоръчали в допълнение към общоприетите рестриктивни мерки за предпазване на населението?

Трябва да се има предвид, че все още няма утвърдени медикаменти за профилактика или терапия на COVID-19, а дори и след успешно разработване на ефективна и безопасна ваксина, до внедряването ѝ в масовата практика ще измине най-малко година и половина. При това положение единственият начин за предпазване е да се намали рискът от заразяване. Това е и целта на рестриктивните мерки – ограничаване до възможния и приемлив максимум на контактите между хората. И понеже тези ограничения не могат да бъдат абсолютни, а в редица случаи и при определени професии изобщо не са възможни, важно е всеки човек да спазва няколко основни правила. На първо място по значение е редовното и акуратно миене на ръцете с вода и сапун в продължение на 20-30 секунди. Ако няма такава възможност, може ръцете да се обтриват с дезинфектант, съдържащ най-малко 60% алкохол. Очите, носа и устата не трябва да се пипат с неизмити ръце. Трябва да се избягват контакти с болни хора, а когато някой се чувства неразположен, трябва да си остане вкъщи, по възможност в отделна стая и да ограничи контактите си с останалите членове на семейството. При кихане и кашляне устата да се закрива със салфетка/кърпичка, която след това се изхвърля. Всички често пипани предмети и повърхности на работното място, а и вкъщи трябва да се чистят/дезинфектират с препарати за домашно почистване или дезинфектант.

Положителните емоции са част от мерките за поддържане на имунната система в добра кондиция

Интервю с проф. д-р Златко Кълвачев, вирусолог



Проф. д-р Златко Кълвачев

Проф. д-р Златко Кълвачев е вирусолог, завършил образованието си през 1980 г. в Медицинска академия – София. Работил е като военен лекар в Русе. От 1983 до 1986 г. е редовен докторант по вирусология във Военномедицинска академия – София, където успешно защитава докторска дисертация. В периода 1994-2001 г. работи в Института за научни изследвания в Каракас, Венецуела, където е ръководител на вирусологичната лаборатория. Автор е на повече от 150 научни публикации и 4 изобретения. Специализира в Русия, Финландия, Индия, САЩ и др. Понастоящем работи в МБАЛ „Надежда“ – София.

Дали според вас предприетите мерки по време на обявеното извънредно положение бяха достатъчно адекватни и има ли нещо, което вие като специалист бихте допълнили?

Нещата са динамични – достатъчните мерки вчера могат да се окажат недостатъчни днес... Имаме вече и два национални щаба – оперативен и медицински, които се надявам да направят всички мерки адекватни, като например се въведе по-всеобхватно тестване за вируса, спокойно и ефективно обслужване на средно тежките и тежките случаи, следвайки утвърдени алгоритми, които за момента липсват и т.н. Учим се в движение...

Какви са съветите за прогнозиране на ОПЛ и медицинските специалисти, които не работят пряко със заразени пациенти?

Повече съвети към ОПЛ едва ли могат да се отправят – те са на предния фронт и най-добре знаят как да се пазят. Силно вярвам, че медицинските специалисти са си научили урока по лесния начин, иначе ще го научат по трудния. Що се отнася до тези, които „не работят пряко със заразени пациенти“ ще кажа, че те не знаят кой е заразен или не, т.е. трябва да работят с всички еднакво, спазвайки всички правила за работа с инфектиран.

Как трябва да реагират специалистите в случаи на онкологично или друго остро или хронично състояние, което не е свързано с COVID-19? Как да се подходи към пациентите в тези случаи?

По най-адекватния и нормален начин – човекът има здравословен проблем, идва за помощ и очаква да бъде обслужен качествено, както и ако това се случва в неепидемичен момент. Разбира се, трябва да се спазват правилата за недопускане на възможност за заразяване на този пациент. В момента в болниците се вземат мерки за несмесване на потоците от хора, спазва се достатъчна гистанция между чакащите и т.н.

Може ли да се каже каква част от населението в България ще изкара заболяването „на крак“ или в по-лек вариант?

При огромната част от заразените, инфекцията ще премине като лека форма на ОРЗ. Проблемът е в средно тежките случаи поради вероятността от „загръстване“ на инфекциозните и белогробните отделения, както и при тежко протичащите случаи поради липсата на опит и утвърдено лечение. Има и друг проблем – хора с леко протичаща инфекция, но с лабилна психика могат да се окажат рискови поради неадекватното си поведение.



Има ли у нас препарати, които могат да се приемат в домашни условия? Сред медиците се обсъжда приложението на комбинацията *chloroquine phosphate+oseltamivir+azithromycin*.

Препаратите за симптоматично лечение са подходящи за домашно лечение. Друг е въпросът със специфичната терапия, при положение, че утвърдена такава липсва засега – разчита се основно на опита на китайските лекари. Да, това е една от обсъжданите комбинации, но съществуват още няколко, използващи известни антивирусни средства, прилагани с различна степен на успех при лечение на други вирусни инфекции като СПИН, грип, някои хеморагични трески. Ситуацията е подходяща както за изпробване на ефективността на познатите ни противовирусни средства по отношение на инфекцията с този коронавирус, така и за търсене на нови такива. Известно е, че нашата страна е богата на билки, съдържащи мощни биоактивни субстанции, така, че оттук също може да излезе нещо интересно...

Как според вас препоръчаната терапия би се отразила на пациенти със съпътства-

щи заболявания, като например болести на сърдечно-съдовата система, черния дроб, стомашно-чревния тракт и пр.?

Това е специфична материя и всичко е строго индивидуално! Всяка вирусна инфекция се отразява на целия организъм, а органите/системите със съпътстваща патология са най-засегнати. Въздействията на вирусите са в поне две насоки: инфекциозна и токсична (токсо-инфекциозен синдром). Разбира се, те са свързани – вирусът/инфекцията разрушава клетката, а разпадните продукти са токсични.

Какво бихте препоръчали в допълнение към общоприетите рестриктивни мерки за предпазване на населението?

Има неща, които могат и трябва да се правят в условията на рестриктивен режим. Домовете ни трябва периодично да се проветряват през деня, поне двукратно да се почистват с дезинфектанти дръжките на външната врата в къщи, асансьорните табла в блока – това са важни неща. От значение е опазването на душевно равновесие в условията на стрес, положителните емоции са част от мерките за поддържане на имунната система в добра кондиция!

