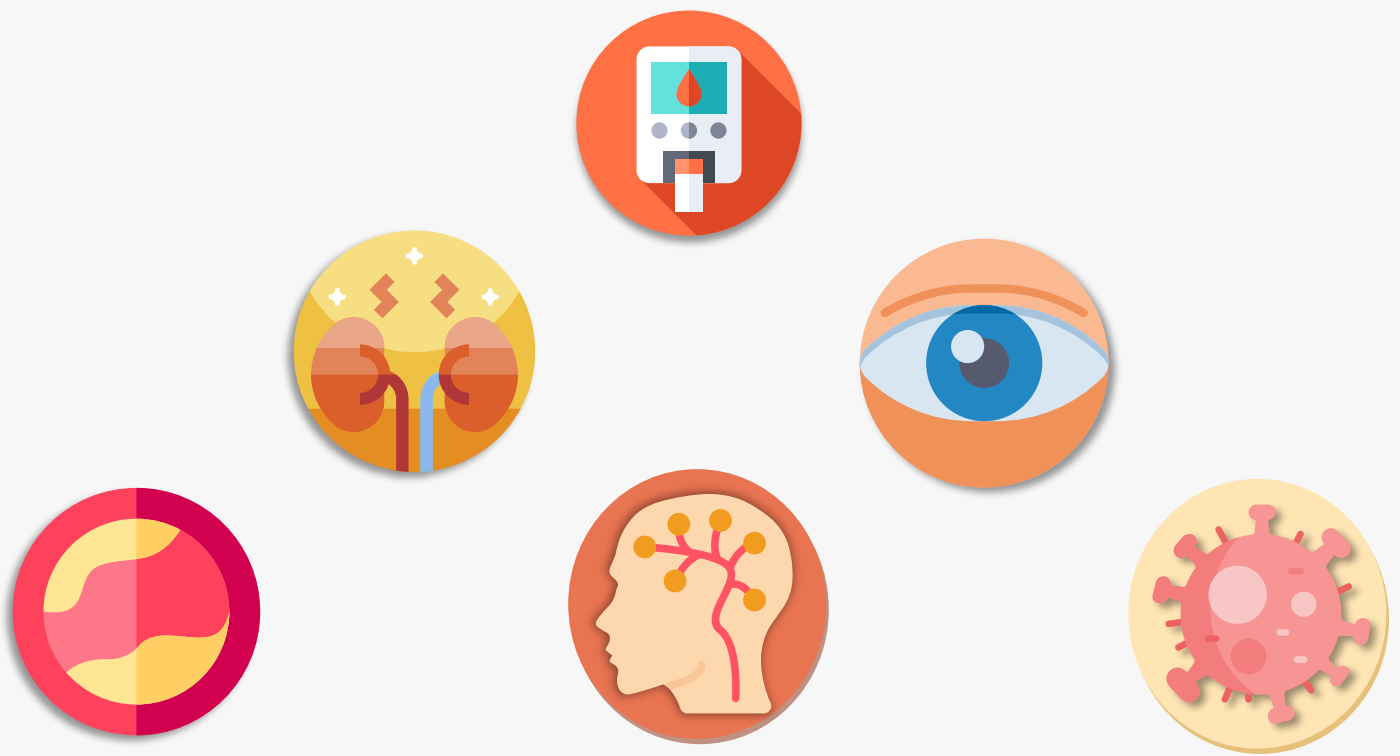


ОСОБЕНОСТИ В ГРИЖИТЕ ЗА ПАЦИЕНТИТЕ С COVID 19 ПРИ ЗАХАРЕН ДИАБЕТ



ПРОФ. ЗДРАВКО КАМЕНОВ, ДМН



Министерство на
Здравеопазването



Допълнение към „Интерактивен справочник за диагностика и лечение на COVID-19“

ЗА ДОСТЪП ДО
ИНТЕРАКТИВНИЯ
СПРАВОЧНИК

СКАНИРАЙ МЕ

С ПОДКРЕПАТА НА
БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ
2021

**СПРАВОЧНИК ЗА ДИАГНОСТИКА
И ЛЕЧЕНИЕ НА COVID-19**

*От лекари на първа линия
за лекари на първа линия*

АВТОРИ
Д-Р ГЕОРГИ ДИМИТРОВ
Д-Р ТРИФОН ВЪЛКОВ
Д-Р ДИМИТЪР ДИМИТРОВ

Графичният дизайн е изготвен от Д-р Г. Димитров

СЪДЪРЖАНИЕ

В доболничната среда	4
Редица фактори допринасят за декомпенсацията на диабета в условията на социална изолация:	4
Съвети, които следва да бъдат дадени на хората с диабет - Какво да направите, ако имате коронавирусни симптоми (колкото и да са леки).....	5
Особености при избора на схемата за лечение на диабета.....	6
Метформин	6
Инхибитори на натриево-глюкозния ко-транспортър 2 (SGLT-2)	6
Глюкагон-подобен пептид-1 (GLP-1) рецепторни агонисти	7
Инхибитори на дипептидил пептидаза-4 (DPP-4).....	7
Инсулин - инсулиновата терапия не трябва да се спира	8
Поведение при хоспитализирани пациенти с диабет и Covid19	9
Установената в хода на хоспитализацията висока кръвна захар може да се дължи на:.....	9
В приемното отделение	10
Контрол на хипергликемията при хоспитализирани пациенти - с КЗ > 12 mmol/L, но без ДКА/ХХС.....	11
Поведение при приложение на кортикостероиди	15
Поддържане на гликемияния контрол	18
Изписване и последващи грижи	19

NB! Оцветеният в *жълто текст* е интерактивен.

На настоящия етап се приема, че захарният диабет не увеличава риска за заразяване със SARS-CoV-2, но значително влошава протичането и прогнозата на Covid 19. Заедно със сърдечно-съдовите, белодробните и неопластичните заболявания, диабетът е сред най-социално-значимите незаразни хронични заболявания, които са и основен рисков фактор за неблагоприятно развитие на болестта, като диабетът **удвоява риска за фатален изход**. Връзката на двете заболявания е двупосочна – наличието на диабет влошава прогнозата на Covid 19, а той от своя страна увеличава риска за развитие на диабет.

В ДОБОЛНИЧНАТА СРЕДА

РЕДИЦА ФАКТОРИ ДОПРИНАСЯТ ЗА ДЕКОМПЕНСАЦИЯТА НА ДИАБЕТА В УСЛОВИЯТА НА СОЦИАЛНА ИЗОЛАЦИЯ:



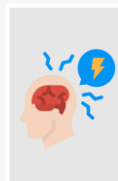
Намалена физическа активност



Повишен прием на калории



Ограничен достъп до медицински грижи и лекарства



Стрес (болести, финансови затруднения)



Психологически аспекти и депресия

СЪВЕТИ, КОИТО СЛЕДВА ДА БЪДАТ ДАДЕНИ НА ХОРАТА С ДИАБЕТ - КАКВО ДА НАПРАВИТЕ, АКО ИМАТЕ КОРОНАВИРУСНИ СИМПТОМИ (КОЛКОТО И ДА СА ЛЕКИ)

Ако живеете с някой, който има непрекъсната кашлица или висока температура, трябва да останете у дома в продължение на 14 дни от деня, когато той е получил симптоми. Ако след това развиете симптоми, трябва да останете вкъщи в продължение на 7 дни от деня, в който симптомите ви започват, дори ако това означава, че сте у дома по-дълго от 14 дни.

Ако имате ЗД1, проверявайте КЗ поне на всеки 4 часа, включително през нощта, и проверявайте кетоните си. Ако нивото на КЗ е високо (обикновено ≥ 15) или ако се установят кетони, свържете се с него.

Ако не проверявате нивата на КЗ у дома, имайте предвид признаците на хипергликемия, които включват полиурия (особено през нощта), полидипсия, главоболие, умора. Трябва да се свържете с личния си лекар, ако имате такива симптоми.

- Не ходете на лична хирургия, аптека или болница.
- Ако живеете сами, останете вкъщи 7 дни от началото на симптомите.

Следвайте съветите на вашия личен лекар, медицинска сестра или екип за диабет по отношение на вашите лекарства.

- Ако редовно проверявате КЗ у дома, вероятно ще трябва да го правите по-често.
- Бъдете хидратирани - пийте много неподсладени напитки и хапвайте малко и често.



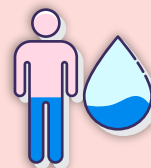
Ако вземете SGLT2i и не сте добре, трябва да спрете приема му. Трябва да проверите кетоните и КЗ и да говорите с вашия лекар. Приемът на тези таблетки, когато не сте добре, може да увеличи риска от развитие на диабетна кетоацидоза, така че трябва да знаете симптомите, за които да внимавате.



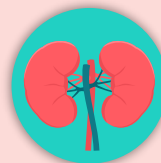
Ако повръщате или имате диария или отделяте повече урина, потърсете медицинска помощ възможно най-скоро

МЕТФОРМИН

Дехидратация и лактатна ацидоза вероятно могат да възникнат, ако пациентите са дехидратирани, така, че те трябва да спрат да приемат лекарството и да спазват правилата за дните с болест (Sick day rules)



По време на COVID-19, бъбречната функция трябва да се следи внимателно поради високия риск от влошаване на хроничното бъбречно заболяване или остро бъбречно увреждане



ИНХИБИТОРИ НА НАТРИЕВО-ГЛЮКОЗНИЯ КО-ТРАНСПОРТЕР 2 (SGLT-2)



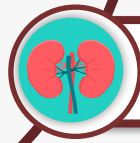
Те включват канаглифлозин, дапаглифлозин, емпаглифлозин и ертуглифлозин



Риск от дехидратация и диабетна кетоацидоза по време на заболяване, така че пациентите трябва да спрат приемане на лекарствата



Пациентите трябва да избягват започване на терапия по време на респираторно заболяване

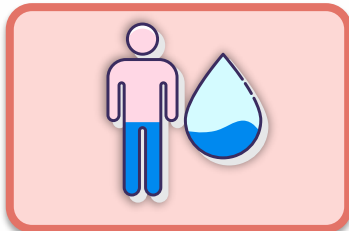


Бъбречната функция трябва да се следи внимателно за остро бъбречно увреждане

ГЛЮКАГОН-ПОДОБЕН ПЕПТИД-1 (GLP-1) РЕЦЕПТОРНИ АГОНИСТИ



Те включват албиглутид, дулаглутид, екзенетид с удължено освобождаване, лираглутид, ликсизенатид и семаглутид.



Дехидратацията е вероятно да доведе до сериозно заболяване, така че пациентите трябва да бъдат внимателно наблюдавани.



Трябва да се насърчава адекватен прием на течности и редовно хранене.

ИНХИБИТОРИ НА ДИПЕПТИДИЛ ПЕПТИДАЗА-4 (DPP-4)

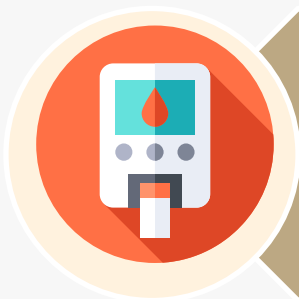
Те включват алоглиптин, линаглиптин, вилдаглиптин, саксаглиптин и ситаглиптин.



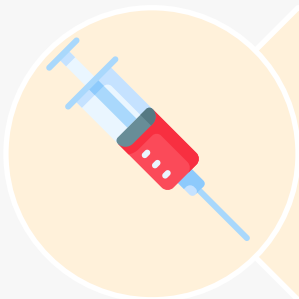
Тези лекарства обикновено се понасят добре и могат да бъдат продължени.



ИНСУЛИН - ИНСУЛИНОВАТА ТЕРАПИЯ НЕ ТРЯБВА ДА СЕ СПИРА



Трябва да се насърчава редовният самоконтрол на кръвната захар на всеки 2–4 часа, или непрекъснатото проследяване на глюкозата (CGM/FGM)



Внимателно коригирайте редовната терапия за да постигнете терапевтични цели според типа диабет, съпътстващи заболявания и здравословно състояние

NB! Свързаните здравни модели и телемедицината трябва да се използват за продължаване на редовните прегледи и виртуални програми за самоуправление и гарантират, че пациентите се придържат към терапия.

ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ХОСПИТАЛИЗИНИ ПАЦИЕНТИ С ДИАБЕТ И COVID19

УСТАНОВЕНАТА В ХОДА НА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА ВИСОКА КРЪВНА ЗАХАР МОЖЕ ДА СЕ ДЪЛЖИ НА:

- **Диагностициран преди** диабет с налична анамнеза и лечение
- **Недиагностициран съществувал отпреди** диабет - високи кръвна захар (КЗ) и висок гликиран хемоглобин (HbA1c). Класификацията на нарушенията включва: нормална КЗ на гладно (КЗГ) до 6.0 mmol/L; нарушена КЗГ 6.1-6.9 mmol/L и диабет ≥ 7.0 mmol/L или случайна КЗ ≥ 11.1 mmol/L; HbA1c е нормален $< 5.7\%$; предиабет 5.7% - 6.4%, диабет $\geq 6.5\%$. Рядко се налага диагнозата да се поставя в хода на обременяване с глюкоза.
- **Нововъзникнала в хода на Covid 19** хипергликемия вследствие на директна увреда на бета-клетките и/или повишената инсулинова потребност при всяко инфекциозно заболяване, лечението с кортикостероиди и др. (висока кръвна захар, но нормален или леко повишен HbA1c)

Поддържането на добър гликемичен контрол е от критично значение за развитието на Covid 19 при пациентите с диабет.

При формите неналагащи хоспитализация лечението на диабета продължава с обичайните средства, но мониторирането на гликемията трябва да става по-често, особено при повишена температура, горно- и/или долнодиспептични симптоми и други общи прояви на болестта. Не бива да се спира лечението.

Целите, които се поставят са:

- Нива на глюкоза при стандартно мониториране: 4–8 mmol/L (при рискови пациенти не по-ниски от 5 mmol/L)
- HbA1c (ако е възможно да се изследва): $< 7\%$
 - При постоянно или флаш глюкозно мониториране (CGM/FGM):
 - Времето в необходимия гликемичен диапазон (time in range – TIR) (3.9–10 mmol/L) трябва да бъде $> 70\%$ ($> 50\%$ при рискови и възрастни хора)
 - Времето в хипогликемия (< 3.9 mmol/L) трябва да бъде по-малко от 4% ($< 1\%$ при рискови и възрастни хора)

В ПРИЕМНОТО ОТДЕЛЕНИЕ

КЗ трябва да бъде измерена при всички пациенти с Covid19.

Да се попита пациентът дали има диагноза захарен диабет и на какво лечение е.

Кетотелата трябва да бъдат измерени при всички с известен диабет или ако КЗ е >12 mmol/L (! диспнеята може да бъде както от Covid19, така и от диабетна кетоацидоза - ДКА) със следната интерпретация на кетонемията:

- Кетотела < 0.6 mmol/L = нисък риск
- Кетотела $1.5 - 2.9$ mmol/L = повишен риск. Да се повиши приемът на течности през устата или венозно. При КЗ >16 mmol/L да се обмисли бързодействащ инсулин (1 Е обичайно намалява КЗ с $1-3$ mmol/L) и да се проконтролира КЗ отново след 2 ч.
- Кетотела ≥ 3 mmol/L – да се изследва АКР

Критерии за ДКА: КЗ >11 mmol/L или анамнеза за диабет, кетотела в кръвта ≥ 3 mmol/L или урината $\geq +2$ и pH <7.3 или бикарбонати <15 (! КЗ може да бъде <11 mmol/L при пациенти на SGLT-2 инхибитори, бременни и/или тежка COVID-19 инфекция).

Критерии за хиперосмоларно хипергликемично състояние (ХХС):

КЗ ≥ 30 mmol/L, серумен осмолалитет $[(2 \times \text{Na}) + \text{глюкоза} + \text{уреа}] > 320$ mOsm/kg и pH >7.3 .

NB! COVID-19 увеличава риска за нетипични смесени състояния – ДКА+ХХС

Промени в лечението на този ранен етап

Да се спрат **SGLT-2 инхибиторите** (лекарства завършващи на -глифлозин: canagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin, ertugliflozin, sotagliflozin), поради риска от ДКА при по-ниски нива на гликемията.

Да се спре **метформин**, но може да бъде започнат отново при установени нерискови нива на лактат, бъбречна функция и хипоксично състояние, тъй като има данни, че метформин може да намали прогресията до тежка болест на COVID-19.

Да се продължи прилаганото до момента лечение с **дългодействащ базален инсулин/аналог**. Пациентите, които са в тежко състояние или не се хранят, трябва да

бъдат на интравенозна инфузия на бързодействащ инсулин/аналог с променлива скорост на инфузионната помпа или системата (ако няма перфузор), като успоредно се продължава обичайният базален подкожен инсулин.

КОНТРОЛ НА ХИПЕРГЛИКЕМИЯТА ПРИ ХОСПИТАЛИЗИРАНИ ПАЦИЕНТИ - С КЗ > 12 ММОЛ/Л, НО БЕЗ ДКА/ХХС.

Тези препоръки за титриране на инсулиновите дози са ориентировъчни. Да се има предвид, че при Covid19, особено когато пациентът е в интензивно отделение, инсулиновите потребности могат да бъдат много високи, достигайки до 20 Е/час и посочените по-долу дози биха били недостатъчни. От друга страна при нарушения в храненето съществува риск от парадоксална хипогликемия, особено през нощта след 21 ч.

Бързодействащ инсулин/аналог

Ако КЗ > 12 mmol/L и не е бил прилаган бърз инсулин/аналог през последните 4 ч. да се обмисли коригираща доза бърз инсулин/аналог (Actrapid/Humulin R/Insuman Rapid и Novorapid/Humalog/Apidra)

- КЗ да се провери отново след 4 часа или преди следващото хранене, защото може да са необходими допълнителни действия.
- Целева глюкоза 6-10 mmol/L, като се търси по-скоро горната област на нормата (приемливо до 12 mmol/L)
- Дозата се определя, като се използва един от следните 3 фактора (изброени са по важност) и таблицата по-долу:

1. Ако пациентът използва определено вече съотношение на корекция (СК) (напр. 1 Е инсулин намалява глюкоза с 3 mmol/L) то може да се използва

2. Ако пациентът използва инсулин, но няма определено СК, да се използва обичайната обща дневна доза инсулин (ОДД)

3. Ако пациентът преди това не е използвал инсулин или дозата е неизвестна да се използва теглото му

- Ако пациентът има бързодействащ инсулин преди всяко хранене, коригиращата доза може **да се добави** към неговата доза за хранене.
- Препоръчва се мониториране на КЗ поне 4 пъти дневно при инсулинолечение.

КОРЕКЦИЯ НА БЪРЗИЯ АНАЛОГ/ИНСУЛИН sc

КЗ mmol/L	СК = 1Е ↓4 mmol/L <i>Или ОДД <50Е или Тегло <50кг</i>	СК = 1Е ↓3 mmol/L <i>Или ОДД = 50 - 100Е или Тегло = 50 - 100 кг</i>	СК = 1Е ↓2 mmol/L <i>Или ОДД >100Е или Тегло >100 кг</i>
12.0-14.9	1	1	2
15.0-16.9	2	2	3
17.0-18.9	2	3	4
19.0-20.9	3	3	5
21.0-22.9	3	4	6
23.0-24.9	4	5	7
25.0-27.0	4	5	8
> 27	5	6	9

СК – съотношение на корекция; ОДД – обща дневна доза инсулин

Дългодействащ аналог/инсулин

(Levemir; Lantus; Abasaglar; Humulin N; Insulatard; Insuman Basal)

Възможни са следните случаи:

- Ако вече се използва дългодействащ инсулин – да се продължи и титрира дозата според долните таблици
- Ако до сега не е използван дългодействащ инсулин - ако ≥ 2 стойности на глюкозата са > 12 mmol/l за 24 часа (напр. направени са ≥ 2 коригиращи дози през предходните 24 ч.) добавете дългодействащ инсулин в обща доза 0,25 Е/кг/ден. Пример: 0,25 x 80 кг = 20 Е еднократно или в два приема по 10 Е в зависимост от базалния инсулин. (!при лица > 70 год. и/или рискови и/или със серумен креатинин > 175 μ mol/L да се използва по-ниска доза - 0,15 единици/кг (напр. 0,15 x 80 кг = 12 Е еднократно или в две апликации по 6 Е.

Могат да се прилагат всички дългодействащи инсулини:

- **Detemir (Levemir) 100 E/ml (U100)**. Прилага се в две равни дози от 0,125 E/kg на интервал от 12 ч., но може да се регулира всяка доза
- **Glargine (Lantus/Abasaglar) 100 E/ml (U100)**. Прилага се еднократно в доза 0,25 E/kg/24 ч. (свежда до минимум контакта с пациента), но ако се налага може да се раздели в две дози на интервал от 12 ч.,
- **Isophane (Humulin N/Insulatard/Insuman Basal) 100 E/ml (U100)**. Прилагат се в две равни дози от 0,125 E/kg/10-14 часа. Особено подходящи за лечение със стероиди - 2/3 от общата доза сутрин и 1/3 вечер.

NB! Не трябва да се правят опити за изтегляне на инсулин с инсулинови спринцовки от 3 мл флакони за инсулиновите писалки.

Корекция на дозите на дългодействащия инсулин/аналог			
Измерена КЗ (mmol/L)	Еднократно приложение	Двукратно приложение	
	Гликемия преди инжекцията	Гликемия преди сутрешната инжекция	Гликемия преди вечерната инжекция
< 4	Намалете инсулина с 20%	Намалете вечерния инсулин с 20%	Намалете сутрешния инсулин с 20%
4.1 - 6	Намалете инсулина с 10%	Намалете вечерния инсулин с 10%	Намалете сутрешния инсулин с 10%
6.1 - 12	Без промяна	Без промяна	Без промяна
12,1 - 18	Увеличаване на инсулина с 10%	Увеличете вечерния инсулин 10%	Увеличете сутрешния инсулин с 10%
> 18	Увеличаване на инсулина с 20%>	Увеличете вечерния инсулин с 20%	Увеличете сутрешния инсулин с 20%

При някои пациенти с COVID-19 в отделението за интензивно лечение се наблюдава тежка инсулинова резистентност, която налага алтернативни стратегии, например четири пъти дневно Levemir или два пъти дневно Lantus.

Инсулиновите дози да се титрират ежедневно, въпреки че инсулините с по-дълго действие могат да отнемат 48-72 часа, докато достигнат *steady state*. От тази гледна точка ултрадългодействащите аналози II генерация Tresiba и Toujeo рядко влизат в съображение в острия стадий на Covid 19.

Намаляване на дозата трябва да се има предвид в редица случаи:



При хора, възстановяващи се от свързана с COVID-19 инсулинова резистентност, може да се наложи дозите да бъдат намалени бързо, за да се избегне хипогликемия.

- Дексаметазонът и другите мощни синтетични глюкокортикоиди, които общо в това изложение ще бъдат обозначени като глюкокортикоиди (ГК), имат определени ползи - намаляват смъртността при хора с COVID-19, които се нуждаят от вентилация или кислородна терапия.
- ГК терапия нарушава глюкозния метаболизъм и е най-честата причина за животозастрашаващо болнично хиперосмоларно хипергликемично състояние (ХХС)
- COVID-19 повишава инсулиновата резистентност и уврежда производството на инсулин от бета-клетките на панкреаса; това може да доведе до хипергликемия и животозастрашаваща ДКА
- Нивата на глюкоза над 10,0 mmol/L са свързани с повишена смъртност при хора с COVID-19
- Високодозови режими на глюкокортикоиди, като препоръчителната доза дексаметазон от 6 mg/ден (перорално или интравенозно), еквивалентна на 40 mg/ден преднизолон несъмнено ще повлияят въглехидратната обмяна
- Тройната атака от високодозовата ГК терапия, COVID-19 индуцираната инсулинова резистентност и COVID-19 нарушеното производство на инсулин може да доведе до значителна хипергликемия, ХХС и ДКА при хора със и без диабет, увеличавайки както заболяемостта, така и смъртността.

Мониторирането на гликемията има много голямо значение при пациенти на ГК. При тези с **известен диабет** то трябва да се осъществява на 6 часа (обикновено преди основните хранения и лягане) и по-често, ако КЗ е извън целевия диапазон 6.0 -10.0 mmol/L. При пациентите **без известен диабет** проследяването през първите 48 часа е аналогично и ако стойностите на гладно и препрандиално са <10.0 mmol/L се преминава на еднократно дневно измерване в 17.00-18.00 ч., което продължава до спирането на дексаметазона. Ако някоя КЗ на гладно е > 10,0 mmol/L се продължава наблюдение на 6 ч. и при стойност > 12,0 mmol/L трябва:

Да се изключат ДКА и ХХС – изследване на КЗ, кетони, АКР.

Да се следват указанията за коригиране на хипергликемията в таблицата по-долу, като се има предвид, че те са консервативни. Да се провери отново КЗ след 4 часа, за да се определи отговора и дали е необходима допълнителна доза за корекция.

Корекцията на инициалната хипергликемия ($> 12,0$ mmol/L) се прави с подкожен бързодействащ инсулин/аналог както следва:

Инсулин наивни – инсулина се започва на базата на теглото при лицата, за които

- Не е известно, че има диабет
- С диабет тип 2, лекуван само с диета или с перорални хипогликемизиращи средства

Лекувани вече с инсулин

- Когато е известна ОДД инсулин, да се калкулира спрямо нея
- Ако не е известна ОДД да се изчислява съобразно теглото.

1. Ако след втора корекционна доза нивото на КЗ остане > 12 mmol/L да се премине към следващата колона в таблицата или да се увеличат дозите с 1-3 Е за всеки от редовете и да се въведат новите дози в празната колона за повишаване на дозата, зачертавайки останалите колони.
2. Ако след многократни корекционни дози гликемията остане $> 12,0$ mmol/L, да се започне интравенозна инфузия на инсулин с променлива скорост.

КОРЕКЦИЯ НА БЪРЗИЯ ИНСУЛИН/АНАЛОГ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ С ГК

КЗ mmol/L	ОДД<50 Е <i>или</i> Тегло<50 кг	ОДД=50-100 Е <i>или</i> Тегло=50-100 кг	ОДД >100 Е <i>или</i> Тегло>100 кг	Да се въведат необходимите Е
12.0-14.9	2	3	4	
15.0-16.9	2	3	5	
17.0-18.9	3	4	5	
19.0-20.9	3	5	6	
21.0-22.9	4	6	7	
23.0-24.9	4	7	8	
25.0-27.0	5	8	9	
> 27	6	9	10	
ОДД – обща дневна доза инсулин; ГК - глюкокортикоиди				

ПОДДЪРЖАНЕ НА ГЛИКЕМИЯНИЯ КОНТРОЛ

Дори когато реагират на корекционната доза, повечето пациенти ще се нуждаят от базален инсулин, за да поддържат гликемичния контрол. И тук има няколко варианта:

1. Хора, които не са на интермедиерен (NPH) или дългодействащ инсулин:

Когато глюкозата се е повишила $> 12,0$ mmol/L поради лечение с ГК, да се започне NPH инсулин, който има междинна продължителност на действие (Humulin N/Insulatard/Insuman Basal) в началната обща доза от $0,3$ Е/кг/ден, която може да се наложи бързо да бъде увеличена до $0,5$ Е/кг/ден или повече в зависимост от тежестта на заболяването, ИТМ и наличния контрол на диабета според HbA1c. Да се правят $2/3$ от общата дневна доза сутрин ($07.00 - 08.00$) и $1/3$ рано вечерта ($17.00-18.00$). Пример $0,3 \times 80$ кг = 24 Е/ден, т.е. 16 Е сутринта и 8 Е вечерта. Препоръчва се NPH инсулин два пъти дневно, тъй като това дава по-голяма гъвкавост при коригиране на дозата. Тъй като метаболитните ефекти на дексаметазона могат да продължат до 36 часа, може да се обмисли и по-дългодействащ базален аналогов инсулин. Изборът трябва да бъде индивидуализиран за конкретния пациент, например, ако има значителни постпрандиални хипергликемии с NPH и пациентът се храни, предварително смесен инсулин може да е по-подходящ. Дозата на NPH инсулина трябва да бъде намалена при лица > 70 г. или с креатинин > 175 μ mol/l (eGFR < 30 ml/min) на $0,15$ Е/кг (напр. $0,15 \times 80$ кг = 12 Е, т.е. 8 Е сутринта и 4 Е следобед).

2. Хора, които вече използват един или два пъти дневно дългодействащ инсулин или два пъти дневно NPH, включително тези на базално-болусен режим. Да се увеличи дългодействащият базален или NPH инсулин с 20% , но може да се наложи и бързо нарастване с до 40% в зависимост от отговора. Дозите се титрират както беше показано в горната таблица за базалните инсулини. Пациентите на базално-болусен режим може да не изискват инсулинови болуси преди хранене, ако не се хранят, ако обаче хипергликемията продължава по време на корекцията на базалния режим ще бъде необходимо използването на коригиращ бързодействащ инсулин според ОДД или теглото, както е дадено в таблицата за корекция на дозите бързодействащ инсулин

3. Хора на два пъти дневно предварително смесен инсулин/аналог напр. Mixtard 30/NovoMix 30/Humulin M3/Humalog Mix 25 и др. Да се продължи смесеният инсулин и се коригира дозата съобразно таблица за базалните режими. Да се има предвид увеличаване на сутрешната доза с 20%, като може да се наложи и бърза ескалация с до 40%.

Рискът за развитие на ДКА при Covid19 е изключително висок тъй като възможностите на панкреаса за увеличаване на инсулиновата секреция са ограничени, инсулиновата резистентност – висока и респираторните компенсаторни механизми спрямо метаболитната ацидоза най-често са компроментирани. Четирите базисните терапевтични принципи за корекция на дехидратацията, инсулиновия дефицит, нарушенията в калия и дефицита на бикарбонати при ДКА се познават добре и всяко интензивно звено, в което най-често се приемат такива пациенти, има собствен проверен в практиката протокол и маниер на лечението. От тази гледна точка тук няма да разглеждаме тези реанимационни активности.

След спиране на терапията с ГК инсулиновата резистентност и нуждите от инсулин обикновено намаляват постепенно, което изисква постепенно намаляване на инсулина, но при пациентите с Covid19 може да се наложи по-бързо и по-агресивно намаляване на дозата инсулин. Възможно е от първия ден общата доза инсулин да се намали с до 50%, като се ръководи от нуждите от инсулин преди стероидите. Последващите промени в дозата на инсулина трябва да се съобразяват с 6-часовото проследяване.

ИЗПИСВАНЕ И ПОСЛЕДВАЩИ ГРИЖИ

При диабетът предизвикан от COVID-19 и лечението с дексаметазон може да се установи нормогликемия след спиране на дексаметазона без необходимост от продължителна терапия на диабета. До една трета от хората обаче могат да развият по-късно диабет, което налага ежегодно проследяване с HbA1c от личния лекар.

Хората с известен диабет ще се нуждаят от информация и подкрепа след изписването.

