

Московская ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

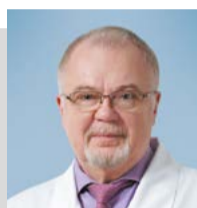
СЕГОДНЯ

№ 4 (12) / 2022

Департамент
здравоохранения
города МосквыЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ
ДИСПАНСЕР

ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОВЫШАЕТСЯ В ОБЩЕМ НА 26 %: НА 43 % — ПРИ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА И НА 23 % — 2 ТИПА СООТВЕТСТВЕННО

ОТ РЕДАКЦИИ



Михаил
Борисович
АНЦИФЕРОВ

Д.м.н., профессор, президент
ГБУЗ «Эндокринологический диспансер
Департамента здравоохранения
города Москвы», главный внештатный
специалист-эндокринолог Департамента
здравоохранения города Москвы,
заслуженный врач Москвы и России

Дорогие коллеги!

Представляем вам двенадцатый выпуск нашей газеты. За три года в ней были опубликованы более 90 статей, посвященных новейшим достижениям и актуальным проблемам нашей специальности, обзоры докладов, сделанных на трех московских городских съездах эндокринологов «Эндокринология столицы», а также «Школах московского эндокринолога» и других мероприятиях.

Текущий номер газеты подготовлен к XII межрегиональной конференции «Алгоритмы диагностики и лечения эндокринных заболеваний», которая пройдет 10–11 декабря 2022 года. Традиционно в работе данной конференции участвуют более 1500 специалистов из разных регионов России и стран ближнего зарубежья. Конференция включена в план научно-образовательных и научно-практических мероприятий Департамента здравоохранения города Москвы в рамках направления «Внедрение новых медицинских технологий в практическое здравоохранение».

На конференции будут работать информационные, учебные и дискуссионные площадки, вестись видеотрансляции. С наиболее яркими и информативными выступлениями ее участников мы познакомим вас в следующих выпусках газеты. А в этом номере читайте материалы о вакцинопрофилактике внебольничной пневмококковой пневмонии у пациентов с сахарным диабетом, актуальное интервью о роли самоконтроля гликемии в борьбе с нарушениями углеводного обмена, статью британского коллеги о современных стратегиях управления диабетом, обзор консенсуса о лечении гипергликемии Американской диабетической ассоциации и Европейской ассоциации по изучению диабета, репортаж о проведении круглого стола по предиабету, а также материалы о заместительной андрогенной терапии.

Поздравляю читателей с наступающим Новым годом и надеюсь, что мы будем вместе наполнять газету интересными материалами и в следующем году!



Глюкоцентричность
и органопroteкция **3**

Коротко
о главном **4**

Междисциплинарная
задача **7**

Значимость
самоконтроля **9**

АКЦИЯ «ВАКЦИНАЦИЯ»

Сезон простуд в разгаре! Привился ли пациент от пневмококка?

Первого ноября в «Школе московского эндокринолога» прошла научно-практическая конференция «Вопросы вакцинопрофилактики в практике врача-эндокринолога». Председателем мероприятия выступил руководитель школы и главный редактор нашей газеты профессор М.Б. Анциферов. В докладе «Профилактика внебольничной пневмонии у пациентов с сахарным диабетом» профессор А.М. Мкртумян рассказал, чем опасно это заболевание у таких пациентов.



Ашот
Мусавелович
МКРТУМЯН

Д.м.н., профессор, заслуженный врач России, зав. кафедрой эндокринологии и диабетологии ФГБОУ ВО «МГМСУ имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, руководитель научного отдела эндокринных и метаболических заболеваний ГБУЗ «МКНЦ имени А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы

РИСКИ ВОЗРАСТАЮТ

Почему пациентам с сахарным диабетом (СД) необходимо вакцинироваться против внебольничной пневмонии (ВБП)? Потому что СД — независимый и очень мощный

предиктор кардиологических осложнений. На его фоне риск развития нестабильной стенокардии возрастает на 53 %, инфаркта — на 54 %, сердечной недостаточности — на 56 %, инсульта — на 72 %, а заболеваний периферических артерий — на 28 %. Вместе с кардиоваскулярными расстройствами на фоне СД заметно повышается и риск хронической болезни почек (ХБП). Частота стеатогепатоза как I стадии неалкогольной жировой болезни печени у больных СД составляет до 100 %, а II стадии (стеатогепатита) — доходит до 50 %. Итак, на фоне диабета начинают разрушаться сердце и сосуды, печень и почки, а суммарным эхом этих патологических процессов становится стремительно растущая вероятность развития ВБП.

В 2006 году в США проанализировали историю болезни свыше 35 млн пациентов, кото-

рые перенесли ВБП. В возрастных группах 18–49, 50–64, 65 лет и старше риск такой пневмонии у страдающих диабетом возрастал в 3,1; 3,0 и 2,8 раза соответственно. Если у пациентов были диагностированы хронические сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), то в тех же возрастных группах показатели риска пневмонии повышались в 5,1; 4,2 и 3,8 раза. В более тяжелом положении оказывались коморбидные больные с диабетом и хроническими ССЗ. У них вероятность заболеть ВБП по сравнению со здоровыми людьми повышалась в 6–7 раз. А наихудшая ситуация складывалась для онкологических пациентов: у них риск ВБП возрастал более чем в 40 раз.

ТОЧНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

ВБП — это острое заболевание, возникающее во внебольничных условиях, то есть

Продолжение на с. 2 >>>

Сезон простуд в разгаре! Привился ли пациент от пневмококка?

<<< Окончание, начало статьи на с. 1

вне стационара, или диагностированное в первые 48 часов с момента госпитализации, или развившееся у пациента, не находившегося в учреждениях длительного медицинского наблюдения более 2 недель, сопровождающееся симптомами инфекции нижних дыхательных путей (лихорадка, кашель, выделение мокроты, боль в грудной клетке, одышка), а также рентгенологическими признаками свежих очагово-инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы.

Типичный возбудитель внебольничной пневмонии — стрептококк (*Streptococcus pneumoniae*). Среди этой группы микроорганизмов пневмонию чаще всего (в 30 % случаев) вызывают так называемые грамположительные кокки (*Mycoplasma pneumoniae*), лишенные внешней мембраны и устойчивые к бета-лактамам антибиотикам. Поэтому ВБП чаще всего называют пневмококковой пневмонией. Другие же стрептококки, например грамотрицательные палочки, внутриклеточный паразит *Chlamydia pneumoniae* и ряд других, становятся причинами инфекции значительно реже. Грамположительные кокки — не только самый частый, но и самый опасный возбудитель пневмонии.

Исследование, которое, в отличие от американской работы 2006 года, было посвящено уже только пациентам с СД, показало, что риск развития ВБП, вызванной любыми патогенами, у этих больных был в 1,75 раза выше, чем у пациентов без диабета. Риск же развития конкретно пневмококковой пневмонии при СД оказался в 4,6 раза выше, чем у людей без диабета.

ВЫСОКАЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЯ

Пневмококковая пневмония — смертельно опасное заболевание. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признает его самой опасной из всех болезней, предупреждаемых вакцинопрофилактикой. До внедрения вакцинации ВБП ежегодно приводила к смерти примерно 1,6 млн человек в мире, из которых от 0,7 до 1,0 млн были дети, что соответствует около 40 % смертности малышей первых лет жизни. СД предрасполагает к назофарингеальной колонизации *Streptococcus pneumoniae*, из-за чего и повышается риск инвазивных пневмококковых инфекций (ИПИ). Связано это прежде всего с нарушениями общего и местного иммунитета на фоне СД. Чем больше стаж диабета и чем хуже контроль гликемии, тем выше риск развития ИПИ, так как в условиях многолетней и сильной гипергликемии вирулентность и носительство *Streptococcus pneumoniae* повышаются многократно. В исследовании с разделным определением рисков для СД обоих типов подсчитано, что вероятность развития пневмоний у таких больных повышается в общем на 26 % по сравнению с людьми без диабета, у пациентов с СД 1 типа — на 43 % и заметно меньше — при наличии СД 2 типа (на 23 %).

Также доказано, что при длительности СД более 10 лет достоверно возрастает вероятность развития пневмоний. Риск ВБП увеличивается на фоне метаболической декомпенсации плохо контролируемого диабета. Так, риск возрастал до 22 % для больных СД при уровне HbA1c менее 7 % и до 60 % — при уровне гликированного гемоглобина выше 9 %. В нашей стране 36 % пациентов с СД 2 типа находятся в состоянии декомпенсации заболевания, то есть уровень HbA1c у них выше 8 %. Если гипергликемия

превышает 11 ммоль/л, начинается быстро прогрессирующая дисфункция лейкоцитов. Видимо, это расстройство и становится ключевым фактором не только начала ВБП, но и протекания ее с наиболее тяжелыми осложнениями. А вот уровень гликемии выше 14 ммоль/л при госпитализации больного диабетом в связи с развитием у него пневмонии считается уже предиктором летального исхода.



Несмотря на усугубление во всем мире устойчивости патогенных бактерий к антибиотикам, в нашем арсенале еще остаются высокоэффективные антимикробные препараты против ВБП. Поэтому летальность среди больных с пневмонией в течение 3 месяцев после постановки диагноза составляет в развитых странах не более 3 %. Но это относится только к больным без СД, а при его сочетании с ВБП такая летальность повышается до 14 %. Показатель составляет 10 %, если у больного на момент госпитализации есть гипергликемия, но обусловленная не диабетом, а иными причинами.

МОЛНИЕНОСНОЕ ТЕЧЕНИЕ

Итак, пневмококковые пневмонии у пациентов с СД имеют свои особенности. Вероятность пневмококкового сепсиса при ВБП у таких больных возрастает в 1,5 раза. Каждый 10-й пациент с СД умирает в 30-дневный срок после начала пневмонии. Смертность же от нее у больных диабетом в 1,7 раза, а от сепсиса — в 3,3 раза выше, чем у больных без СД.

При неблагоприятном прогнозе течения и исхода пневмоний у больных СД требуется более агрессивная противомикробная терапия в течение прежде всего первых трех суток лечения с возможным переводом в отделение интенсивной терапии (особенно пациентов старше 60 лет). Это связано с тем, что начало легочной инфекции у пожилого больного диабетом нередко характеризуется атипично замедленным развитием. Поэтому состояние пациента может быть расценено неадекватно, что в последующем приводит к более тяжелому и осложненному течению ВБП и повышает риск летального исхода. В то же время у некоторых больных СД инфекции легочной ткани, напротив, протекают чрезвычайно остро, молниеносно, с вовлечением плевры и развитием болевого синдрома, тяжелой долевого или плевропневмонии, что значительно ухудшает прогноз.

Продолжительность терапии пневмонии в стационаре у больных СД в среднем на 0,8 дня больше по сравнению с пациентами без соответствующего диагноза. Все это требует особого внимания к человеку с такой коморбидностью со стороны врачей любой специальности и предельно раннего назначения терапии. Некоторые исследователи все же полагают, что взрослые пациенты с СД относятся к группе среднего риска по развитию ИПИ, а не самого высокого, как, скажем, онкобольные. Зато при наличии кардиологических, нефрологических и других исходно сопутствующих заболеваний (уже вдобавок к диабету и пневмонии) данная группа пациентов переходит в группу самого высокого риска.

Соответственно, более высокую смертность от пневмонии у больных СД связывают с усугублением имеющейся у них сердечно-сосудистой патологии или нарастающим риском острого повреждения почек после перенесенной пневмонии, которое, как предполагают, развивается на фоне имевшего место субклинического поражения почек. А у пациентов с СД и ожирением высокой степени вероятность госпитализации по поводу ВБП повышается до 75 %. Так что и их тоже можно отнести к группе высокого риска.

НАДЕЖНАЯ ЗАЩИТА

Самый надежный способ защитить пациентов от ВБП и ее осложнений — вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции. Такая вакцинация, к сожалению, еще не включена в национальный календарь профилактических прививок. Зато она уже есть в региональном календаре прививок нашего города, а потому москвичам выполняется бесплатно. Считаю это большой заслугой правительства Москвы и его Департамента здравоохранения.

Позитивное влияние вакцинации не только в том, что она существенно сокращает риск инфицирования пневмококком и наступления тяжелых осложнений ВБП. У привитых пациентов снижается антибиотикорезистентность со стороны патогенных бактерий, становится возможным назначение меньших доз антибиотиков, уменьшается носительство возбудителя инфекции, в результате человек представляет меньшую эпидемиологическую опасность для окружающих.

Среди многочисленных исследований, подтверждающих эффективность вакцинопрофилактики ИПИ, можно привести такой пример. В 2008 году в Нидерландах в общей сложности 68 % эпизодов пневмококковых инфекций легких среди пациентов 65 лет и старше были вызваны серотипами, вошедшими в состав пневмококковой вакцины (ПКВ13). В течение 5 лет пожилых голландцев активно прививали этим препаратом. В результате к 2013 году заболеваемость пневмококковой инфекцией, вызванной данными серотипами возбудителя, достоверно снизилась до 42 %. Эффективность вакцинации ПКВ13 у пациентов с СД составила 89 %, что оказалось выше эффективности подобных прививок у больных ССЗ, патологией респираторного тракта, курящих или при наличии любого другого фактора риска.

В другом исследовании вакцина ПКВ13 показала эффективность уже в условиях реальной клинической практики. Риск госпитализации по поводу ВБП у вакцинированных (по сравнению с невакцинированными) оказался ниже на 73 %. Участники исследования были в возрасте 65 лет и старше. 32 % из них страдали СД, остальные — ишемической болезнью сердца, ХБП или хронической обструктивной болезнью легких.

Частота ИПИ резко повышается в период эпидемии гриппа. Выявлено кратковременное, но существенное (примерно в 100 раз) увеличение риска пневмококковой пневмонии вскоре после заражения гриппом. Вот почему необходимо рекомендовать пациентам с СД перед началом сезона ОРЗ провести прививку против гриппа одновременно с иммунизацией против ВБП. Сочетать эти две вакцины рекомендует и ВОЗ.

Только не забудьте предупредить больного СД, что ему предстоит два внутримышечных укола в разные части тела, так как набирать в один шприц обе вакцины нельзя. Опоздали с прививкой против пневмококковой пневмонии (ее нужно проводить без пропусков раз в год)? Вакцинировать больного можно в любое время года.

Прививки против ИПИ рекомендованы пациентам с диабетом следующими авторитетными отечественными документами: последними клиническими рекомендациями «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным СД», методическими рекомендациями «Иммунизация взрослых», российским «Руководством по клинической иммунологии и респираторной медицине». Если мы говорим о взрослых людях, помимо больных СД к категории приоритетной вакцинации против ИПИ относят всех, кто старше 65 лет, пациентов с бронхиальной астмой, хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной, почечной и других систем.

ОДНА ИЗ ДВУХ

В России зарегистрировано два вакцинных препарата против ИПИ. Это вышеупомянутая ПКВ13 — инактивированная 13-валентная конъюгированная вакцина, а также 23-валентная полисахаридная вакцина (ППВ23). Обе они вводятся внутримышечно в дозе 0,5 мл.

В отличие от обычной полисахаридной вакцины, конъюгированная вакцина позволяет сформировать долговременную иммунную память, дает значимо более высокий иммунологический ответ против многих серотипов. К тому же у вакцины ПКВ13 есть наиболее убедительная доказательная база по сравнению с любой другой вакциной. Эффективность этого препарата в отношении защиты от ВБП у взрослых была подтверждена в самом крупномасштабном клиническом исследовании вакцин в мире. Это международное многоцентровое рандомизированное исследование CAPITA. Всего в нем участвовали 84,5 тыс. пациентов, из них 42,2 тыс. вошли в группу, вакцинированную ПКВ13, примерно стольким же участникам вводилось плацебо. Средний период последнего наблюдения составил 4 года. Результаты исследования стали доступны в 2014 году. В группе иммунизированных пациентов выявлено достоверное снижение на 45,6 % относительного риска развития первого эпизода подтвержденной ВБП, вызванной именно теми серотипами пневмококка, против которых и нацелено защитное действие вакцины ПКВ13.

Иммунизацию против пневмококковой инфекции предпочтительно начинать с вакцины ПКВ13, таковы российские и мировые рекомендации. Пациентам из групп риска, включая больных СД, для расширения охвата серотипов после иммунизации вакциной ПКВ13 рекомендовано введение ППВ23 с интервалом не менее 8 недель. Если же пациенты, например, в прошлом году были вакцинированы обеими вакцинами, то в следующем им необходимо сначала ввести ПКВ13, а повторную инъекцию ПКВ23 можно выполнить уже не через 8 недель, а гораздо позже — через 5 лет. Ⓜ

Вопросы терапии сахарного диабета 2 типа

На IX Национальном диабетологическом конгрессе «Сахарный диабет и ожирение — неинфекционные междисциплинарные пандемии XXI века» пленарную лекцию под названием «Современные стратегии менеджмента сахарного диабета (СД) 2 типа. Глюкоцентричность и органопротекция — альтернатива или союз на благо пациента?» представил профессор Камлеш Хунти.



Камлеш ХУНТИ

Д.м.н., профессор кафедры диабета и сосудистой медицины Лестерского университета, г. Лестер, Великобритания

ИНТЕНСИВНЫЙ КОНТРОЛЬ

Повышенный риск сердечно-сосудистых событий (ССС) у больных СД 2 типа подтвержден в целом ряде исследований. В крупнейшем из них, которое проводилось при участии более полумиллиона пациентов и завершилось в 2010 году, было доказано, что вероятность развития ишемической болезни сердца (ИБС) у таких больных увеличивается в 2 раза, смерти от ИБС — в 2,3 раза, ишемического и геморрагического инсульта — в 2,3 и 1,6 раза соответственно [1]. Сегодня «золотым стандартом» успешной борьбы с СД 2 типа признаны ранний гликемический контроль, а также сердечная и иная органопротекция. Причем эндокринологам не нужно объяснять, что оптимальный и ранний контроль — это практически одно и то же. При этом результаты крупных исследований, касающиеся интенсивного гликемического контроля (ИГК), противоречивы: ряд метаанализов показал отсутствие позитивного влияния такого лечения на сердечно-сосудистую смертность у больных СД 2 типа [2, 3]. Однако в ходе дальнейшего анализа результатов интервенционных исследований обнаружилось [2, 4], что соотношение пользы и риска ИГК отличается у разных больных. При впервые выявленном СД 2 типа и при отсутствии у больного сердечно-сосудистых заболеваний или при легкой степени выраженности кардиологической патологии, находящейся под контролем, ИГК улучшает возможности кардиопротекции. Но подобный контроль бесполезен или даже вреден из-за повышения кардиологических рисков у пожилых больных с эпизодами тяжелой гипогликемии, прогрессирующим атеросклерозом, большой длительностью СД 2 типа [5]. Поэтому ИГК следует применять по ситуации, индивидуально, тогда как ранее назначенные адекватной сахароснижающей терапии показано в каждом случае диабета. В подтверждение своих слов профессор К. Хунти привел результаты исследования EDICT (2015) [6], показавшие, что раннее назначение тройной комбинированной терапии уже на старте борьбы с СД 2 типа, по сравнению с пошаговым подходом, привело к достоверно большему снижению уровня HbA1c и сокращению частоты эпизодов гипогликемии в 7 раз. Другое исследование продемонстрировало, что ранний контроль, по сравнению с обычной терапией, имеет хороший эффект последствия. Как отдаленный результат такого раннего старта уже в многолетней перспективе неизбежного прогрессирования диабета относительный риск микрососудистых событий снизился на 24 %, инфаркта миокарда — на 15 %, смерти по любой причине — на 13 % [7].

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ

В исследовании STENO-2 (2014) еще более мощный эффект последствия был достигнут у пациентов с высоким комплаенсом.

В течение 8 лет в рамках этой работы значалась ранняя, а при необходимости — и интенсивная сахароснижающая, гипотензивная, гиполипидемическая терапия, а также осуществлялся контроль других факторов сердечно-сосудистого риска [8]. Далее в течение 21 года проводилось наблюдение. Относительный риск ССС, по сравнению со стандартной терапией, сократился на 70 %, инсульта — на 69 %. Продолжительность жизни в среднем выросла на 7,9 года [9]. Инертность в лечении сахарного диабета 2 типа, то есть отсрочка в достижении целевых значений гликемии, сегодня признана неверным подходом с грозными последствиями для пациента. Диабетическая ретинопатия в результате такой инертности развивается в 4,9 раза чаще и затем прогрессирует быстрее. Относительный риск инфаркта возрастает на 67 %, инсульта — на 51 %, а хронической сердечной недостаточности (ХСН) — на 64 % [10]. Но как выбрать препарат для раннего или интенсивного лечения СД 2 типа, чтобы глюкоцентричность и органопротекция выступили в роли не альтернативных факторов, а плодотворных союзников на благо пациента? На протяжении прошедшего десятилетия велись исследования по оценке сердечно-сосудистых эффектов инновационных препаратов из группы ингибиторов дипептидилпептидазы 4 типа (ИДПП-4), а именно SAVOR-TIMI53, EXAMINE и др. Изучались также ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (иНГЛТ-2) в исследовании EMPA-REG, CANVAS и др. и агонисты рецептора глюкагоноподобного пептида-1 (арГПП1) в исследованиях ELIXA, EXSCAL, LEADER и др. Результаты этих работ продемонстрировали не только благоприятный профиль сердечно-сосудистой безопасности препаратов, но и их кардиопротективный эффект. Но эти же исследования, к сожалению, выявили ряд побочных органоповреждающих эффектов, не относящихся к сердцу и сосудам, например для лекарств из группы глифлозинов и инкретиномиметиков. Речь идет, в частности, о возрастании риска урогенитальных инфекций и диабетического кетоацидоза на фоне применения иНГЛТ-2, повышении числа ампутаций (CANVAS), вероятности прогрессирования диабетической ретинопатии (SUSTAIN). Во многих из этих исследований указанные лекарства применялись в комбинации с препаратами сульфонилмочевины (ПСМ), для которых такие нежелательные явления нехарактерны.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

Среди препаратов сульфонилмочевины наибольшая доказательная база, с позиции сердечно-сосудистой безопасности, имеется у производного сульфонилмочевины II поколения — Гликлазида МВ (оригинальный препарат Диабетон МВ®, компания Servier, Франция). В масштабном (при участии 11 140 человек) исследовании ADVANCE (1998) [2] этот препарат применялся для интенсивной терапии СД 2 типа. В результате уровень HbA1c у пациентов снизился с 7,5 до 6,5 % в течение 5 лет. Терапия Гликлазидом МВ привела к статистически значимому сокращению относительного риска ССС на 10 %.

Никаких органоповреждающих эффектов, подобных тем, которые характерны для глифлозинов и инкретиномиметиков, у Гликлазида МВ не обнаружилось. Наоборот, препарат продемонстрировал не только благо-

приятный профиль сердечно-сосудистой безопасности, но и нефропротективный эффект. Риск возникновения или утяжеления нефропатии снизился на 21 %, а впервые возникшей микроальбуминурии — на 9 %. Наконец, 5-летняя терапия Гликлазидом МВ не привела к прибавке веса пациентов. Примечательно, что выявленные в исследовании ADVANCE органопротективные эффекты Гликлазида МВ не являются классифицированными для ПСМ. Они характерны только для этого лекарства. В частности, показатели сердечно-сосудистой безопасности других препаратов данной группы заметно отстают от характерных для Гликлазида МВ. Препарат также продемонстрировал низкий риск развития гипогликемии, нетипичный для других представителей указанного класса [11]. Наиболее заметно отличия в эффектах Гликлазида МВ и других ПСМ проявились при оценке их влияния на массу тела в исследованиях с ИГК. Если в исследовании ADVANCE Гликлазид МВ в среднем практически не изменил вес пациентов, то в работе VADT глимеиприд способствовал увеличению массы тела на 8,1 кг [3], а глибенкламид в исследовании UKPDS — на 1,7 кг. Крупный метаанализ 14 исследований обнаружил, что назначение свободных комбинаций пероральных сахароснижающих препаратов (ПССП) на старте терапии обеспечивает более быстрое, выраженное и стойкое снижение уровня HbA1c по сравнению с монотерапией метформином [12].

Анализ немецких и британских баз данных показал, что среди всех групп ПССП в комбинации с метформином наиболее часто (в 41 % случаев) назначают ПСМ и среди них прежде всего гликлазид МВ [13]. Таким образом, это средство можно считать оптимальным участником комбинаций препаратов для ранней и интенсивной терапии СД 2 типа.

Раннее начало лечения СД 2 типа с последующим ИГК и контролем факторов риска ассоциируется с более благоприятными исходами борьбы с диабетом. При таком лечении необходимо применять как глюко-, так и кардиоцентрический подход. Ключевым моментом при выборе лечебной тактики на раннем старте и при интенсификации терапии должна стать оценка индивидуальных особенностей пациента, а также профиля эффективности и безопасности препаратов, выбираемых для такого лечения. ♡

Список литературы

1. Lancet. 2010 Jun 26, 375 (9733): 2215–22.
2. N. Engl. J. Med. 2008, 358 (24): 2545–59.
3. N. Engl. J. Med. 2009, 360 (2): 129–39.
4. Wiener Medizinische Wochenschrift. 2010, 160: 8–19.
5. Diabetologia. 2009, vol. 52, No. 11: 2288–2298.
6. Diabetes Obes. Metab. 2015 March, 17 (3): 268–275.
7. N. Engl. J. Med. 2008, 359: 1577–89.
8. Diabetologia. 2016, 59: 2298–2307.
9. Diabetologia. 2019, vol. 62: 1575–1580.
10. Diabetologia. 2018, vol. 61: 1724–1733.
11. Clin. Pharmacol. Ther. 2019, 105 (5): 1213–1223.
12. Diabetes, Obes., Metab. 2014, 16: 410–417.
13. Diabetes, Obes., Metab. 2019, 20: 1213–17.

ДИАБЕТОН® МВ60

Гликлазид Делимые таблетки

ВАШ НАДЕЖНЫЙ ПАРТНЕР

в достижении цели и в поддержании контроля гликемии!

► ДО 2 ТАБЛЕТОК В СУТКИ УТРОМ

Показания к применению*
Сахарный диабет 2 типа при недостаточной эффективности диетотерапии, физических нагрузок и снижения массы тела.

Профилактика осложнений сахарного диабета:
снижение риска микрососудистых (нефропатия, ретинопатия) и макрососудистых осложнений (инфаркт миокарда, инсульт) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа путем интенсивного гликемического контроля

1. Zaccardi F et al. Diabetes Obes Metab. 2020;22(12):2417–2426. doi:10.1111/dom.14169.

2. ADVANCE. «Оригинальный гликемический контроль». СООБЩЕНИЕ О РЕЗУЛЬТАТАХ ИССЛЕДОВАНИЯ. Влияние комбинации гликемического контроля (гликлазид МВ 60 мг) и метформина (глибенкламид МВ 30 мг) на исходные показатели гликемии и сердечно-сосудистые осложнения у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Выводы: Внутрь, 1 раз в сутки, предпочтительно во время завтрака. Суточная доза может составлять 30–120 мг (1–2 таб. и т.д.) для пациентов старше 65 лет и с легкой недостаточностью легкой и средней степени. Рекомендуется проведение тщательного медицинского контроля. 1 таблетка препарата Диабетон® МВ 60 мг эквивалентна 2 таблеткам гликлазида МВ 30 мг. Начать на таблетках 60 мг позволяет делить таблетку и принимать точную дозу 30 мг или 90 мг. У пациентов из группы риска развития гипогликемии рекомендуется начинать с дозы 30 мг. Комбинированный препарат с другим гликемическим средством Диабетон® МВ может применяться в сочетании с биганидами, миглиором альфа-глюкозидазы или инсулинами. ПРОФИЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ. Гиперчувствительность к гликлазиду или к любым вспомогательным веществам, переночный и утренний натощак гипергликемия, в некоторых случаях требующая госпитализации и внутривенного введения раствора глюкозы в течение нескольких дней. Гипогликемия чаще развивается при неадекватной диете, потреблении пищи, бедной углеводами, после продолжительных или тяжелых физических нагрузок, у пациентов сечечной или почечной недостаточностью, при передозировке препаратом Диабетон® МВ. Пациенту необходимо регулярно контролировать гликемию, необходимость регулярных физических нагрузок и регулярного контроля концентрации глюкозы в крови. Препарат может быть назначен только тем пациентам, которые способны соблюдать осторожность при назначении гликлазида пациентам с дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы. В состав препарата входят лактоза, ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ. 1) Риск гипогликемии. Противоположные: миконазол; не рекомендовано: фенобутазол, утазол; сопутствующие: другие гипогликемические препараты; фен-адреноблокаторы, фенотропин; ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (каптоприл, эналаприл); бета-блокаторы; нитраты; нитроглицерин; нитроглицерин; нитроглицерин; сульфаниламиды; марикумид; ингибиторы протонной помпы; салицилаты. 2) Риск гипогликемии. Не рекомендовано: кофералон в высоких дозах, гликоциклоиды, ритонавир, салбутамол, тебутидин, препараты веролюкс (пропраллол), 3) Риск дислипидемии. Сопутствующие: фибраты, статины. 4) Усиление действия антагонистов кальция (например, верапамил). Может потребоваться коррекция дозы антикоагулянтов. ФЕТИЛЬНОСТЬ, БЕРЕМЕННОСТЬ И ЛАКТАЦИЯ. Беременность: заменить на инсулинотерапию; если сразу после выявления беременности. Противопоказано. Фертильность: * ПОВЫШЕНИЕ ТРАНСКОРБИНАМИ СРЕДСТВАМИ МЕХАНИЗМАМИ. Пациенты должны быть осведомлены о возможной гипогликемии, особенно в начале терапии. ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ. * Гипогликемия, боль в животе, тошнота, рвота, диспепсия, диарея, запор. Риск: кожная сыпь, кожный зуд, крапивница, отек Квинке, эритема, макулодермальная сыпь, буллезные реакции (также как синдром Стивенса-Джонсона, токсический эпидермальный некролиз и анафилактические реакции) и в исключительных случаях лекарственная сыпь с эозинофилией и системной сыпью (SJS/TS). Гематологические нарушения (анемия, лейкопения, тромбоцитопения, гранулоцитопения), повышение активности печеночных ферментов (аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, щелочная фосфатаза), гепатит (редкие случаи). При появлении постоянной кожной сыпи прекратить терапию. Пролонгированные зрительные расстройства в начале терапии. Класс-специфические эффекты, присущие производным сульфонилмочевины: эритроцитопения, агранулоцитоз, гематологические анемии, лейкоцитоз, лейкоцитопения, повышение активности печеночных ферментов, нарушение функции печени (например, увеличение активности и желтуха), снижение зрения и слуха и т.д. В исключительных случаях приводящие к инвалидизирующему нарушению функции зрения. ПЕРИОДИЧЕСКОЕ МОНИТОРИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. В случае гипогликемической комы внутривенно вводят раствор глюкозы. Необходимо оказать срочную медицинскую помощь с немедленной госпитализацией. ПЕРЕЧЕНЬ ВОСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА. Диабетон® МВ — производное сульфонилмочевины, оказывает концентрацию глюкозы крови, стимулирует секрецию инсулина бета-клетками островков Лангерганса, восстанавливая ранней фазе секреции инсулина в ответ на поступление глюкозы в организм вступая в конкуренцию с глюкагоном. Глюкозоснижающий эффект. ФОРМА ПРОИЗВОДСТВА. «Лаборатория Сервье-Медицин», Франция. ООО «СЕРВЬЕ-РФ», Россия. 40 «Сервье», 125166, г. Москва, ул. Пискаревский, дом 7, этаж 17/05. Тел.: (495) 931-0700, факс: (495) 931-0701.

*Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата.

SERVIER

Реклама

Консенсус ADA/EASD: кратко о главном

Американская диабетическая ассоциация (ADA) и Европейская ассоциация по изучению диабета (EASD) созвали группу для обновления предыдущей версии консенсуса о лечении гипергликемии при сахарном диабете (СД) 2 типа у взрослых, опубликованного в 2006 году и последний раз пересматривавшегося в 2019-м. Поговорим о том, какие именно рекомендации были обновлены.



Леонид
Юльевич
МОРГУНОВ

Д.м.н., профессор ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», зав. эндокринологическим отделением ГБУЗ «ГКБ имени А.К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения Москвы»

МНОГОФАКТОРНЫЙ ПОДХОД

Систематическое изучение новой научной информации, опубликованной с 2018 года, привело к разработке новых рекомендаций, в которых уделяется особое внимание социальным детерминантам здоровья, системе здравоохранения и физической активности, включая сон.

Цель лечения СД 2 типа состоит в поддержании качества жизни и профилактике осложнений. Подход к управлению заболеванием должен быть целостным и многофакторным и учитывать его пожизненный характер. Необходимо, чтобы структура и организация здравоохранения включали в себя несколько дисциплин, в том числе первичную медико-санитарную помощь, консультации диabetолога, специалиста по обучению, диетолога, фармацевтов, медсестер и других специалистов (стоматолог, окулист, ортопед, психолог, кардиолог, нефролог, невролог, гепатолог, сомнолог и альголог). Резюмируя данные опубликованных исследований, создатели нового консенсуса дали конкретные рекомендации практикующим врачам, подразумевающие признание пожизненного и прогрессирующего характера СД 2 типа, координацию и командный подход, знание ресурсов и понимание психологии взаимоотношений с больным.

Многие пациенты имеют ряд сопутствующих заболеваний, ассоциированных с СД (ожирение, гипертония, дислипидемия, кардиоренальная патология и неалкогольная жировая болезнь печени — НАЖБП). Другие состояния, связь которых с диабетом до конца не установлена (например, хроническая обструктивная болезнь легких и рак), также широко распространены. Внимание им должно уделяться на протяжении всей жизни человека с СД 2 типа.

Важно отметить, что СД сопровождается когнитивными расстройствами, которые могут существенно повлиять на его течение. Их скрининг должен проводиться при выявлении факторов риска (частая гипогликемия, трудности с самоконтролем диабета или необъяснимые падения). Психические заболевания и расстройства должны быть идентифицированы и учитываться в рамках целостного подхода к диабету. Эти состояния связаны с повышенным риском развития СД, худшим прогнозом и могут усложнять управление заболеванием. Таким образом, каждого человека с диабетом следует рассматривать как имеющего конкретные риски и предпочтения. Необходимо определить социальные детерминанты здоровья для каждого больного СД,

особенно не достигающего целей терапии, а также учесть сопутствующие заболевания при реализации плана лечения.

НЕЗАВИСИМЫЙ ЭФФЕКТ

Фундаментальные аспекты лечения СД включают достижение и дальнейшее ведение больным здорового образа жизни с помощью диетотерапии, физической активности и психологической поддержки, а также управления весом. Это достигается в контексте программы обучения и самоконтроля диабета (DSMES). Продемонстрированные преимущества для пациентов с высоким риском атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний, сердечной недостаточностью (СН) или хронической болезнью почек (ХБП) препаратов арГПП-1 и иНГЛТ-2 обеспечили прогресс в лечении, направленном на снижение проявлений СД и его

шее абсолютное снижение риска происходит за счет снижения высоких уровней гликемии. Влияние гипергликемии на макрососудистые исходы подтверждается многочисленными метаанализами и эпидемиологическими исследованиями. Разумная цель HbA1c для большинства взрослых с достаточной ожидаемой продолжительностью жизни составляет 7 % или менее. Стремление к более низкому целевому уровню HbA1c может иметь значение, если достигается без развития гипогликемии и других побочных эффектов лечения. Более высокие целевые показатели могут быть уместны при ограниченной продолжительности жизни, прогрессирующих осложнениях или плохой переносимости терапии.

Программы DSMES — это главный стержень, столь же важный, как и выбор фар-

жен пересматриваться, если гликемические цели не достигаются. Всем людям с СД 2 типа следует предложить индивидуально разработанное лечебное питание. Не существует единой диетической схемы — структурированный план питания основывается на предпочтениях отдельного больного СД.

Физическая активность и минимизация времени, проводимого сидя, должны быть основой режима пациентов с СД 2 типа. Разумная цель физической активности составляет не менее 150 минут в неделю. В дополнение к этому полезно разделение сидячего времени (например, при малоподвижной работе) физкультминутками (5-минутный перерыв на небольшую зарядку каждый час). Эксперты рекомендуют сочетать аэробные нагрузки с упражнениями на выносливость. Дополнительная клиническая оценка может быть оправдана у пациентов с умеренной и тяжелой ретинопатией, диабетической болезнью почек, периферической невропатией и СН, а также у тех, кому назначен инсулин или у кого имела место гипогликемия.

Управление массой тела имеет особое значение для людей с СД 2 типа и ожирением. В большинстве случаев цель потери веса составляет не менее 5 % от исходной. Существенная (более 10 %) потеря веса, а также его снижение в дебюте СД 2 типа увеличивают вероятность ремиссии заболевания. Следует рассмотреть возможность использования сахароснижающих агентов, обеспечивающих значимую потерю веса, особенно арГПП-1 с высокой эффективностью, поскольку они способны обеспечить его снижение на 10–15 % или более.

Пациентам с индексом массы тела (ИМТ) от 40 кг/м² и выше, а также с ИМТ 35–39,9 кг/м², которые не могут снизить вес с помощью нехирургических методов, показано хирургическое лечение. Преимущества бариатрической хирургии необходимо сбалансировать с ее потенциальными побочными эффектами, а операции должны выполняться в специализированных центрах опытными многопрофильными командами.

ПРОБЛЕМА ВЫБОРА

Выбор сахароснижающих средств должен определяться индивидуальным профилем пациента, в частности наличием сопутствующих патологий и риском развития побочных эффектов. Метформин остается препаратом первой линии для лечения СД с учетом его эффективности, минимального риска гипогликемии, отсутствия увеличения веса и доступности. Однако нередко монотерапии метформином бывает недостаточно для поддержания целевого уровня глюкозы. Не рекомендовано назначать препарат при расчетной скорости клубочковой фильтрации ниже 30 мл/мин на 1,73 м².

Стремление к гликемическому контролю и кардиоренальной защите должны взаимно дополнять, а не исключать друг друга, поэтому клиницистам не следует путать сахароснижающий эффект препаратов с органопротективным. В частности, иНГЛТ-2 обладают органопротективным

Более 10 % населения страдают сахарным диабетом, что требует не только огромных финансовых затрат на лечение больных, но и индивидуализации терапии, а также преодоления барьеров, зависящих от социальных детерминант здоровья



осложнений. Причем эти преимущества не зависят от эффектов снижения уровня глюкозы.

Важно отметить, что в обновленном консенсусе существенно возросла роль гликемического контроля в управлении СД 2 по сравнению с предыдущими версиями рекомендаций. Достижение целевых показателей гликемии является основополагающим фактором в предотвращении и отсрочке прогрессирования микро- и макрососудистых осложнений. Наиболь-

макотерапии. Они способствуют совершенствованию знаний, нормализации углеводного обмена, снижают частоту госпитализаций и смертность от всех причин. Эти программы касаются образа жизни (здоровое питание, физическая активность и управление весом), приема лекарств, самоконтроля. Пропаганда здорового образа жизни занимает центральное место в лечении СД 2 типа. Он предполагает рациональное питание, регулярную физическую активность, достаточный сон, отказ от курения и дол-

действием независимо от их сахароснижающего эффекта, поскольку работают аналогичным образом и у пациентов без СД.

Основываясь на этих принципах, всем больным СД 2 типа и подтвержденным или субклиническим ССЗ должно быть назначено средство с доказанными сердечно-сосудистыми преимуществами из класса арГПП-1 или иНГЛТ-2. Пациенты с ССЗ в анамнезе с большей вероятностью получают преимущество по сравнению с имеющими лишь сердечно-сосудистые факторы риска. Больным с ССЗ или множественными сердечно-сосудистыми рисками (возраст от 55 лет и старше, ожирение, гипертензия, курение, дислипидемия, альбинурия) рекомендовано назначать арГПП-1 или иНГЛТ-2, снижающие вероятность тяжелых нежелательных сердечно-сосудистых явлений. Решение о назначении арГПП-1 или иНГЛТ-2 не зависит от применения метформина или исходного уровня HbA_{1c} .

Страдающие СД 2 типа и ХБП (СКФ ниже 60 мл/мин на $1,73 \text{ м}^2$ или соотношение альбумин/креатинин в моче более 3 мг/ммоль [выше 30 мг/г]) должны получать препараты с доказанным нефропротективным эффектом из класса иНГЛТ-2 (или класса арГПП-1, если иНГЛТ-2 противопоказаны). Аналогичным образом имеющие СН (со сниженной или сохраненной фракцией выброса) должны получать иНГЛТ-2 с доказанной пользой при СН. В обоих случаях органопroteкция с помощью иНГЛТ2 или арГПП-1 должна быть независимой от фоновой сахароснижающей терапии, текущего или целевого уровня HbA_{1c} . Пациентам с СН и ХБП, расчетной скоростью клубочковой фильтрации от 20 мл/мин на $1,73 \text{ м}^2$ и выше и соотношением альбумин/креатинин

в моче более 3 мг/ммоль показан прием иНГЛТ-2. У людей с НАЖБП/НАСГ с высоким риском фиброза в качестве терапии можно рассмотреть пиоглитазон.

Когда терапевтические цели не достигаются, следует применять препараты, снижающие уровень глюкозы и объединяющие при этом различные механизмы действия. Традиционно пропагандировался поэтапный подход, при котором к существующему режиму добавляется новый агент, но раннее использование комбинаций позволяет более качественно контролировать СД, чем монотерапия. Таким образом, комбинации показаны тем, у кого уровень HbA_{1c} более чем на 1,5 % превышает целевой показатель при постановке диагноза.

В целом интенсификация лечения двумя препаратами следует тем же принципам, что и добавление второго лекарства, но с предположением, что эффективность третьего и четвертого будет, скорее всего, меньше, чем их применения в одиночку. Существуют убедительные доказательства объединения иНГЛТ-2 и арГПП-1 для снижения веса и уровня гликемии, они свидетельствуют о перспективах такого комбинированного воздействия на кардиоренальные исходы. Использование комбинированных препаратов упрощает терапию и позволяет облегчить бремя лечения для пациентов с СД 2 типа.

Когда целевых значений гликемии достичь не удастся, инсулин является лучшим выбором и его назначение не стоит откладывать. При этом использование арГПП-1 следует рассматривать во всех случаях, если до начала инсулинотерапии к ним нет противопоказаний, поскольку данные препараты позволяют достичь гликемиче-

ских целей при меньшем количестве инъекций и невысоком риске гипогликемии без увеличения веса. Предпочтительный способ инициирования инсулина у людей с СД 2 типа — добавление базального инсулина к существующей терапии в сочетании с пересмотром поведения в отношении здоровья и повторным обращением к DSMES. Базальные аналоговые препараты инсулина предпочтительнее инсулина НПХ из-за снижения риска гипогликемии, особенно ночной.

По мере прогрессирования заболевания, несмотря на титрование базального инсулина для коррекции гипергликемии натощак, некоторым больным, возможно, придется добавлять инсулин перед едой для нормализации постпрандиальной гликемии. Следует избегать инертности в интенсификации инсулинотерапии. Более простым способом является применение смешанных инсулинов. Комбинации на основе аналогов инсулина имеют преимущество, поскольку обуславливают меньшее количество гипогликемических событий и случаев увеличения веса.

В обновленном консенсусе фиксированные комбинации базального инсулина и арГПП-1 рассматриваются в качестве отдельного класса препаратов, обладающих большей сахароснижающей эффективностью, чем отдельные компоненты, демонстрирующих меньшее увеличение веса и более низкую частоту гипогликемии, чем интенсивные режимы инсулинотерапии, и лучшую желудочно-кишечную переносимость, чем арГПП-1.

Кроме того, подчеркивается очень высокая сахароснижающая эффективность фиксированных комбинаций наравне с другими инсулинами, современными

инкретинами и комбинациями препаратов, а также признаются преимущества упрощения схемы лечения: «Сочетание базального аналога инсулина и арГПП-1 в одной инъекции может быть простым способом уменьшить бремя и сложность лечения».

У всех пациентов, получающих инсулин, препараты, ассоциированные с кардиоренальной защитой или снижением веса, должны присутствовать в схеме лечения, когда это необходимо. Людям с исходно высоким уровнем гликированного гемоглобина (выше 70 ммоль/моль) и моложе 40 лет рекомендована комбинированная терапия, при этом назначение арГПП-1 следует рассмотреть до назначения инсулина, и даже после начала инсулинотерапии необходимо продолжать прием как препаратов, обладающих органопroteктивным действием, так и метформина.

Использование новых технологий в терапии людей с СД 2 типа растет благодаря телемедицине, системам мониторинга глюкозы. У получавших инсулин мониторинг гликемии набирает обороты, приводя к лучшему контролю и большему интервалу времени, проведенному в целевом диапазоне 3,9–10,0 ммоль/л (70–180 мг/дл), меньшему количеству гипер- и гипогликемических эпизодов.

Все уровни оказания медицинской помощи играют определенную роль в управлении диабетом. Необходимо непрерывное образование больных СД 2 типа. Мероприятия по управлению заболеванием должны также охватывать систему здравоохранения и правительственные учреждения. Необходимо создавать усовершенствованные

Окончание на с. 6 >>>

phs Фармстандарт
<https://pharmstd.ru/>

**ГЛЯДЯ В БУДУЩЕЕ,
СОЗДАЕМ НАСТОЯЩЕЕ**

Реклама

Консенсус ADA/EASD: кратко о главном

«« Окончание, начало статьи на с. 4

коммуникационные технологии для улучшения взаимодействия, а механизмы стратегического руководства должны сосредоточиться на профессиональной подготовке и оценке качества практики медработников.

ОПТИМАЛЬНЫЙ ПОДХОД

С учетом того, что более 10 % населения страдают диабетом, что требует огромных затрат, акцент на индивидуализацию терапии, работа над преодолением барьеров, зависящих от социальных детерминант здоровья, имеют важное значение. Реформа регулирования, более эффективное проведение исследований и анализов, скоординированные глобальные усилия по определению результатов и инструментов сбора данных, обмен ими, изучение новых форм оказания медицинской помощи (телемедицина) и активизация усилий по охвату недостаточно обслуживаемых групп населения ускорят прогресс в определении и внедрении оптимальных подходов к лечению диабета. Что для этого необходимо?

- **Проведение всего спектра исследований** (от рандомизированных контролируемых до наблюдательных) с акцентом на уязвимых группах населения. Поскольку все больше молодых женщин применяют недостаточно изученную терапию во время беременности, важно описать репродуктивную безопасность рекомендуемых подходов. Аналогичным образом пока недостаточно исследованы некоторые аспекты болезни у пожилых людей и тех, кто старше 75 лет, в отношении понимания как целей, так и необходимых

вмешательств для минимизации вреда и максимального улучшения качества жизни. В отношении гендерного баланса нынешние исследования также нерепрезентативны.

- **Управление весом.** С появлением более эффективных поведенческих и медицинских методов терапии и новых хирургических подходов к лечению людей с избыточной массой тела и диабетом нужна более целенаправленная тактика ведения пациентов с учетом экономической эффективности.
- **Необходимо изучение глюкоцентричных и вес-ориентированных подходов** к управлению диабетом. Влияние приоритизации ранней агрессивной терапии для индуцирования ремиссии СД пока остается неясным.
- **Кардиоренальная защита.** Необходимо лучше информировать врачей о том, когда выбирать арГПП-1 и (или) иНГЛТ-2 при ССЗ у пациента с СН или ХБП либо без них. Как уже говорилось выше, существует значительная неопределенность в отношении абсолютных преимуществ арГПП-1 и иНГЛТ-2 для исходов ССЗ у людей с одними лишь факторами риска. Отсюда и вариативность рекомендаций в том, как определить людей с СД высокого риска, которым эти препараты должны быть назначены для наибольшей пользы. Поскольку все люди с диабетом подвергаются высокому риску ССЗ, СН и ХБП с течением времени, реальные фактические данные и исследования экономической эффективности арГПП-1 и иНГЛТ-2 в широких группах насе-

ления помогут точнее определить показания к назначению данных препаратов для достижения наилучшего результата.

- **Мониторинг глюкозы:** необходимы дальнейшие исследования для понимания его роли и оптимальной реализации при СД 2 типа.
- **Сопутствующие заболевания.** Проводятся многочисленные исследования, чтобы понять роль терапии при наличии у пациента НАЖБП и когнитивных нарушений (КН). НАЖБП широко распространена, поэтому так важно понимать степень влияния лечения на результаты и затраты, ориентированные на человека. КН — это основное бремя для больных диабетом, их семей и общества. Практически не существует исследований, информирующих о передовой практике лечения людей с диабетом и прогрессирующей ХБП, особенно на диализе. Дополнительные исследования, особенно арГПП-1 и иНГЛТ-2, предоставят новые возможности для снижения смертности в этой популяции, в которой существуют огромные различия в состоянии здоровья пациентов.
- **Скрининг** диабета, его осложнений и сопутствующих заболеваний остается неполноценным. Раннее вмешательство для предотвращения прогрессирования СД также не является оптимальным. Национальные системы здравоохранения должны всесторонне оценивать выполнение рекомендаций и создавать стимулы для эффективных программ. Чтобы оптимально ориентировать ресурсы, могут потребоваться дополнительные исследования, поскольку большая часть скрининга основана на работах, выполненных десятилетия назад.

- **Технологии.** Удаленный контроль, носимые устройства, приложения и средства поддержки принятия решений оказались доступными и полезными, однако их оптимальное применение пока плохо изучено.
- **Сон и хронотип.** Нарушения сна — распространенное явление, ассоциированное с плохой компенсацией углеводного обмена. Необходимы дальнейшие исследования преимуществ поведенческой терапии сна, а также роли применения лекарств и вспомогательных устройств. Поскольку хронотип потенциально поддается модификации, будущие исследования должны быть сосредоточены на социальных факторах и образе жизни пациента для оптимизации интервенционных реакций.

Пока наука и медицина не внесут ясность в вышеперечисленные вопросы, рекомендуется эмпатическое (ориентированное на человека) принятие решений и поддержка исходя из имеющихся ресурсов и индивидуальных социальных детерминант здоровья. Совместными усилиями по модификации образа жизни (питание, активность, сон и самоконтроль) и обеспечению в соответствии с программами DSMES формируется основа управления диабетом. В этом контексте принятие, соблюдение и настойчивость медицинских и поведенческих вмешательств для поддержки кардиоренального здоровья, снижения сердечно-сосудистого риска и достижения гликемических целей, а также уменьшение веса помогут предотвратить осложнения и оптимизировать качество жизни. Необходимо совершенствовать усилия по улучшению качества лечения больных СД, основанного на фактических данных. 🌐



АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

10-11 декабря

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в работе XII Межрегиональной конференции «Алгоритмы диагностики и лечения эндокринных заболеваний», которая организована в рамках направления «Внедрение новых медицинских технологий в практическое здравоохранение Москвы и московского региона» и оказать спонсорскую поддержку.

Мероприятие проводится при поддержке:

**Медицинской секции МООИ «Московская диабетическая ассоциация»
Московской ассоциации эндокринологов
ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России
АНО «МИР XXI ВЕК»**

В программе конференции доклады ведущих эндокринологов; симпозиумы, семинары, дискуссии по наиболее актуальным вопросам лечения, диагностики и профилактики сахарного диабета и его осложнений, заболеваний щитовидной железы, надпочечников, гипоталамо-гипофизарной системы; обсуждение перспектив развития городской эндокринологической службы.

Традиционно в работе Межрегиональной конференции «Алгоритмы диагностики и лечения эндокринных заболеваний» участвует более 1500 специалистов из разных регионов России и стран ближнего зарубежья.

Программа конференции подана для включения в план научно-образовательных и научно-практических мероприятий Департамента здравоохранения города Москвы в рамках направления «Внедрение новых медицинских технологий в практическое здравоохранение».

В рамках конференции организовываются тематические оборудованные площадки (информационные, учебные, дискуссионные).

Организована видеотрансляция с возможностью подключения слушателей и обратной связью в режиме реального времени на специализированной онлайн платформе на сайте imfd.ru

Адрес проведения: Москва, здание Правительства Москвы, ул. Новый Арбат, 36

Время работы: 10 декабря 2022 г. с 09:00 до 18:00
11 декабря 2022 г. с 09:00 до 18:00

Вход на конференцию по приглашительным билетам.

Ждём Вас и желаем успешной работы!

Организационно-технические вопросы, дополнительная информация, приглашительные билеты:
Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог» 127030, Москва, ул. Суцеевская, д. 25, стр. 1
Тел.: 8(495) 797-62-92, 8(499) 750-07-27, 8(499) 750-07-47 Сайт: www.imfd.ru

Реклама





Оксана Михайловна ДРАПКИНА

Д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ «НМИЦ терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва



Виктор Викторович ФОМИН

Д.м.н., профессор, член-корр. РАН, зав. кафедрой факультетской терапии № 1 ФГАОВУ «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва



Марина Владимировна ШЕСТАКОВА

Д.м.н., профессор, академик РАН, директор Института диабета ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, Москва

ПОД СТЕКЛОМ У ВРАЧА

Сопутствующие состояния и кожные маркеры предиабета должны находиться «под стеклом» у врача, считает член-корреспондент РАН, профессор Виктор Викторович Фомин. При этом состоянии, предвещающем развитие СД 2 типа, показатели гликемии уже превышают норму, но еще не до такой степени, чтобы можно было поставить диагноз «сахарный диабет». По данным исследования NATION, распространенность предиабета среди россиян 20–79 лет составляет 19,3 % при оценке по уровню гликированного гемоглобина (HbA1c) в пределах 5,7–6,4 %. А результаты международного эпидемиологического проекта NARIEE, ориентированного на нарушения гликемии натощак, показывают, что людей с предиабетом в нашей стране может оказаться еще больше — от 28,1 до 54,8 %.

Актуальность проблемы предиабета в общетерапевтической практике сомнений не вызывает. Однако препятствует широкому внедрению профилактики этого метаболического расстройства на уровне врачей первичного звена то обстоятельство, что большинство социальных гарантий распространяется на случаи уже сформировавшихся заболеваний, а не предболезни, и это серьезный недочет в системе ОМС. Получается, что терапевт или врач общей практики должен потратить время на то, чтобы найти у пациента заболевание или состояние (например, неалкогольную жировую болезнь печени или кардиоваскулярную патологию), которое соотносится с предиабетом и подразумевает некую схожую тактику ведения, но при этом будет оплачено в рамках ОМС.

Консультация эндокринолога, подчеркнул профессор Фомин, — это помощь экспертного уровня, а пожизненно наблюдать и вести таких пациентов должен именно терапевт. Назначать сахароснижающую и любую другую необходимую лекарственную терапию, мониторировать течение предиабета особенно важно в период сохраняющейся опасности новой коронавирусной инфекции (НКИ). Необходимо

Предиабет как междисциплинарная задача

День предиабета проводится в конце октября, а учрежден он был 4 года назад по инициативе ведущих отечественных эндокринологов для повышения настороженности терапевтов и врачей других специальностей в отношении ранней диагностики этого метаболического расстройства, создающего предпосылки для роста заболеваемости сахарным диабетом (СД) 2 типа и сердечно-сосудистой патологией. Вот что рассказали о предиабете эксперты, собравшиеся за круглым столом.

помнить о сопутствующих предиабету состояниях, например о неалкогольном жировом гепатозе печени, и кардиоваскулярных рисках. Вероятность болезней печени у пациента с предиабетом составляет более 50 %, что ограничивает возможность назначения ему препаратов, если у такого больного обнаружится НКИ. Соответственно, у терапевта должна быть постоянная настороженность в отношении сопутствующих состояний и кожных маркеров предиабета (не многие знают, что к числу последних относятся акне и черный акантоз). «Это те моменты, которые должны быть „под стеклом на столе“ у врача», — напомнил спикер.

Эпидемиологические показатели предиабета не внушают оптимизма не только в нашей стране, но и во всем мире. Особенно тревожит рост числа пациентов с ожирением, которое не просто предшествует предиабету, а зачастую служит его маркером. Хотя в мире избыточную массу тела или ожирение имеет каждый третий человек, сведения об отклонении массы тела пациента от нормы включаются только в 3 % амбулаторных карт.

«Почему так происходит? — спросил Виктор Викторович. — Да по одной простой причине: а зачем сегодня терапевту или врачу общей практики отмечать наличие ожирения у больного, если тот, к примеру, пришел на прием с обострением хронического бронхита. Что это даст врачу? Нужно проработать и поставить перед соответствующими органами вопрос о том, что фиксация ожирения и (или) предиабета у пациента на амбулаторном этапе должна измеряться в коэффициенте (пусть он даже будет менее 1 %), увеличивающем стоимость счета за оказанную консультацию. Тогда доктора будут отмечать подобные сведения в картах. Врач, „сидящий на земле“, должен понимать, зачем он это делает. Мы столкнулись с тем, что аппараты магнитно-резонансной и компьютерной томографии „не тянут“ тучных пациентов. Эти 3 % и те цифры распространенности ожирения, которые мы видим в реальности, отличаются друг от друга на порядок».

«Могу сказать одно, — продолжил профессор В.В. Фомин, — у меня был период, когда я сам набирал вес. Мужские костюмы 56-го размера и выше в продаже вы не найдете — разлетаются как горячие пирожки. Считаю, что это тоже своеобразный показатель, характеризующий эпидемиологическую ситуацию с ожирением и СД 2 типа. Человек начинает носить костюмы, достигая определенного статуса — в том возрасте, когда все другие нездоровые составляющие (например, кардиоваскулярный риск) уже есть. Еще и по этой причине предиабет должен рассматриваться системой ОМС как заболевание и повод для оказания медицинских услуг. В клинических рекомендациях прописаны диетические мероприятия, аэробные физические нагрузки, весь оптимальный базовый режим, но кто-то должен

объяснить все это пациенту. Кто это объяснит? У эндокринологов своих забот хватает, а вести таких больных должен знающий терапевт, способный не только посоветовать больному похудеть, бросить курить и не простужаться, но и порекомендовать необходимое лечение, в частности метформин — сахароснижающий препарат, правом назначения которого обладает не только эндокринолог, но и терапевт, врач общей практики».

ВСЕОБЩАЯ ПРОБЛЕМА

О необходимости прервать путь пациента от ожирения к предиабету, от предиабета — к СД 2 типа говорила профессор О.М. Драпкина. Предиабет появляется не в одночасье, к нему очень долго идут. Все начинается с детства, с тех самых вредных привычек, которые формирует не только семья, но и общество.

«Предиабет — это междисциплинарная проблема и междисциплинарная задача, в связи с чем особую важность приобретают обра-

лиза на гликированный гемоглобин, который должен помочь выявлять их».

Не может не вызывать беспокойства тот факт, что во всем мире вообще и в России в частности увеличивается число пациентов с ожирением, которое, как известно, ассоциируется с предиабетом. «Если у кого-то есть ожирение, то чаще всего уже имеется и предиабет, — сообщила Оксана Михайловна. — А ведь значение индекса массы тела превышает норму у каждого третьего человека на нашей планете! Причем особенно остро эта проблема стоит у мужчин. Согласно эпидемиологическим исследованиям, распространенность ожирения среди представителей сильного пола увеличилась в 3 раза. Соответственно среди них возросла и распространенность артериальной гипертензии. Теперь это больше не женская болезнь, как было раньше, а заболевание, которому в равной степени подвержены и мужчины, и женщины. Думаю, что в трехкратном увеличении заболеваемости ожирением



Эксперты считают, что в трехкратном увеличении за последние десятилетия заболеваемости ожирением представителей сильного пола заключается одна из главных причин, почему мужчины у нас в стране в среднем живут на 10 лет меньше, чем женщины

зовательные мероприятия для терапевтов и внедрение алгоритмов ведения пациентов с данным состоянием, разработанных совместными усилиями экспертов НМИЦ эндокринологии и НМИЦ терапии и профилактической медицины», — подчеркнула член-корреспондент РАН О.М. Драпкина. Спикер напомнила о важности пожизненного сопровождения пациентов с предиабетом и диабетом, в частности о приказе № 173н, регламентирующем роль терапевта и врача общей практики в диспансерном наблюдении таких больных, а также о введении в программу диспансеризации ана-

заключается одна из главных причин, почему мужчины у нас в стране в среднем живут на 10 лет меньше женщин. Патологическая платформа предиабета и ожирения аккумулирует различные негативные эффекты — от атеросклероза и гепатостеатоза до сахарного диабета».

Коснулась профессор О.М. Драпкина и роли телевизионной рекламы фастфуда в формировании пищевых привычек с детства, а также исследований в области обществен-

Предиабет как междисциплинарная задача

<<< Окончание, начало статьи на с. 7

ного здоровья. «И предиабет, и диабет — это хронические заболевания, — напомнила спикер, — они не появляются в одночасье, к ним очень долго идут. Необходимо проанализировать этот путь вместе с пациентом. С чего все начинается? С тех самых пищевых привычек, которые формирует не только семья, но и общество — та самая среда, которая побуждает сесть и поесть. Ведь все так аппетитно выглядит и вкусно пахнет».

Ольга Михайловна рассказала о совместном исследовании со Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), когда в течение 20 дней эксперты анализировали рекламу на детских каналах и пришли к выводу, что главным образом там рекламируются продукты питания, а на втором месте — лекарства. «Далее мы сверяли этикетки, — описала дизайн исследования профессор О.М. Драпкина. — Критерии оценки позаимствовали у ВОЗ, инициировавшей это исследование. В результате анализа более 11 тысяч рекламных роликов оказалось, что 60 % этой рекламной продукции не соответствует стандартам ВОЗ и запрещено к показу на детских каналах. Еще 20 % роликов мы не смогли идентифицировать, так как на этикетках не было сведений о содержании трансжиров, соли и т.д. 10 % этикеток аттестовали продукт как полезный для здоровья вопреки тому, что он представлял собой на самом деле. Я хочу сказать, что это не только проблема врачей, но и общественного здоровья в целом, которая приводит нас к необходимости создания здоровьесберегающей среды начиная с этапа градостроительной политики. Если в коридорах „дом — школа — дом“ и „дом — работа — дом“ попадают магазин и фастфуд, в этих районах население более тучное. Чем больше ресторанов, тем больше полных людей».

Помимо питания, подчеркнула спикер, важна и физическая активность. Исследования показывают: если у людей нет возможности пройтись по парку в шаговой доступности, а необходимо добираться до него на машине или автобусе, это тоже располагает жителей микрорайона к тучности. То, что окружает нас в радиусе 400 метров, и формирует наши привычки.

Профессор О.М. Драпкина также обсудила с коллегами основные проблемы профилактической медицины и предложила актуализировать эти вопросы перед страховыми организациями.



Если в коридорах «дом — школа — дом» и «дом — работа — дом» попадают магазин и фастфуд, в этих районах население более тучное. Чем больше ресторанов, тем больше полных людей. И это проблема не только врачей, но и общественного здоровья

В заключение спикер отметила, что предиабет — это социально значимое заболевание, связанное с современным образом жизни. Важно информировать и мотивировать пациентов, чтобы они оздоравливали свои привычки, не отказывались от пожизненного наблюдения и лечения. Терапевту необходимо осуществлять пожизненное наблюдение и диспансерное ведение таких пациентов согласно приказу № 173н, контролируя показатели углеводного обмена, липидов и артериального давления. Важно не только дать больному совет или таблетку, но и обязательно проследить за результатами лечения (при необходимости пациенту с предиабетом можно назначить сахароснижающий препарат обычного или пролонгированного действия) и достижением пациентом целевых показателей. Нельзя также

забывать информировать больного о том, что анализы, выявляющие нарушения углеводного обмена, входят в программу ОМС и он может воспользоваться предоставляемыми услугами бесплатно.

ЛЕЧЕНИЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ

Вопросы терапии предиабета на уровне поликлинического звена затронула академик М.В. Шестакова, обратившая внимание на весьма легкомысленное отношение к предиабету как врачей, так и пациентов. Марина Владимировна подчеркнула, что в МКБ-11 появилось определение этого состояния именно как болезни, а не лабораторной находки. Точно так же недооценивается и ожирение как самостоятельное заболевание, притом что, согласно исследованию NATION, в котором участвовало 30 тысяч пациентов, 30 % взрослого населения нашей страны страдают ожирением (индекс массы тела больше 30), а в целом 60 % россиян обременены избыточной массой тела или ожирением. Многие из них уже имеют предиабет или даже диабет, но ни тот, ни другой не выявляется, потому что ожирение не считается болезнью, хотя и должно четко фиксироваться именно как болезнь.

Бить тревогу, обнаружив у пациента предвестники диабета, должны терапевты, врачи общей практики, кардиологи, нефрологи, гастроэнтерологи и все другие специалисты. Делать это необходимо при выявлении у больного факторов риска — гипертонии,

ментозной терапии предпочтение отдается метформину как немедленного высвобождения, так и пролонгированного. Многочисленные международные исследования подтвердили эффективность медикаментозной терапии предиабета данным лекарственным средством. Это единственный препарат, который предотвращает ночной выброс глюкозы печенью и тем самым помогает контролировать уровень гликемии натощак. При этом метформин может назначаться врачом общей практики, а не эндокринологом.

Продолжая тему терапии предиабета, Марина Владимировна обратилась к результатам собственного исследования, проведенного в НИИЭ эндокринологии. Пациентов с предиабетом разделили на две группы. Всех участников проинструктировали о необходимости изменить образ жизни, но вторая группа дополнительно получала терапию метформин. За год наблюдения приблизительно у 15 % пациентов из группы изменения образа жизни развился диабет. В группе метформина это случилось не более чем у 4 % пациентов, а большинство вернулось к нормогликемии.

«Предиабет относится к сложным современным проблемам. С организационной точки зрения для ее решения необходимо межведомственное и междисциплинарное взаимодействие, а с психологической — мотивация врача на кропотливую работу с пациентом и мотивация пациента на соблюдение рекомендаций по изменению образа жизни с пониманием значимости имеющихся у него факторов риска», — подчеркнула академик Шестакова и сделала вывод, что секрет успеха заключается в объединении усилий врачей и пациентов.

«Поскольку у нас оплата труда врача производится по законченному случаю, именно профилактическая работа остается в тени, ведь дополнительной оплаты и поощрения профилактической работы нет, — констатировала спикер. — А ведь, по сути, мы все хотим сделать так, чтобы не дать человеку заболеть. Пока он здоров, система здравоохранения должна содействовать тому, чтобы человек не заболел, — это и есть профилактическая работа. А у нас как происходит? Есть должность, но нет специальности. Соответственно, профилактикологам некуда расти в научном плане. И консультирование (минимум 40 минут), которое им предписано, не входит ни в одну страховую систему и не оплачивается. И возникает вопрос: когда этим заниматься?!» Необходимо обратить внимание на сложившуюся ситуацию, проработать недочеты с системой ОМС и страховыми организациями, подытожила Марина Владимировна.

Ирина Ковалева

**АБВ
ПРЕСС**

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ

НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО —
СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

abvpress.ru
medvedomosti.media
netoncology.ru

Урология сегодня

Онкология Сегодня

ОНКОУРОЛОГИЯ

ОНКО ГЕМАТОЛОГИЯ

РУССКИЙ ЖУРНАЛ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ

Российский Биотерапевтический Журнал

ОНКО ПАТОЛОГИЯ

НЕВРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

Акушерство и гинекология

Невро-мышечные БОЛЕЗНИ

АНДРОЛОГИЯ И ГЕНИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

НЕЙРОХИРУРГИЯ

САРКОМЫ

Тазовая хирургия и онкология

ПЕДИАТРИЯ СЕГОДНЯ

СОВРЕМЕННАЯ КАРДИОЛОГИЯ

УСПЕХИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОНКОЛОГИИ

Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕЙ

ОПУХОЛИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

САРКОМЫ

MD-ONCO

Московская ЭНДОКРИНОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

Гастро-Энтерология СЕГОДНЯ

УСПЕХИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОНКОЛОГИИ

Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕЙ

ОПУХОЛИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

КЛИНИЦИСТ

СА A Cancer Journal for Clinicians. Русское издание

iOS

Значимость самоконтроля в компенсации сахарного диабета

«При сахарном диабете (СД), как ни при какой другой патологии, врач и пациент выступают в роли равноправных партнеров в борьбе с болезнью», — напоминает кандидат медицинских наук Ольга Михайловна Котешкова, заведующая отделением обучения и лечения диабета ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения Москвы». Только активная позиция самого пациента, соблюдающего рекомендации эндокринолога и осуществляющего регулярный самоконтроль, может сдержать прогрессирование СД.

— Каковы основные цели самоконтроля гликемии (СКГ) при СД?

— Такой контроль проводится, во-первых, чтобы больной имел представление об уровне гликемии в данный момент и мог сам оперативно принимать решение о коррекции лекарственной терапии в соответствии с рекомендациями врача. Или чтобы уже лечащий эндокринолог, ознакомившись с дневником самоконтроля пациента, принимал принципиальные решения по изменениям терапии. Во-вторых, задача СКГ — помочь оценить эффективность гипогликемических мероприятий. А в-третьих, — информировать пациента как об опасно низких, так и высоких уровнях сахара, чтобы он мог своевременно предотвращать гипо- и гиперглике-

У больных сахарным диабетом 2 типа, не использующих инсулин, через полгода регулярного самоконтроля глюкозы уровень HbA1c снижается всего на 0,3 %. Результат будет выше, если врачам удастся добиться от пациентов большей приверженности самоконтролю

мию. И последняя задача — предоставить больному обратную связь при коррекции в первую очередь питания и других составляющих образа жизни.

— Сколько лет насчитывает история такого контроля?

— Прорыв в СКГ произошел в 1980 году, когда появились глюкометры с тест-полосками. С тех пор эволюция данных устройств состояла в том, что они становились все более точными, надежными, простыми в использовании. И что очень важно — все более доступными для больного. Сегодня покупка глюкометра, в том числе от известных мировых производителей, вполне посильна и россиянину со скромными доходами, а тест-полоски он получит бесплатно в рамках системы ОМС. С приходом же облачных технологий глюкометр становится все более полезным, разносторонним и эрудированным «светличком» больного, а возможности для лечащего эндокринолога дистанционно консультировать пациента расширяются многократно.

— Получается, СКГ стал неотъемлемой составляющей борьбы с диабетом и повсеместно распространен среди пациентов развитых стран?

— Не все так просто! Приверженность СКГ остается низкой в России и во всем мире. Например, в Великобритании и Дании 61 % больных проводят СКГ реже чем раз в сутки и применяют в среднем только 2 тест-полоски в день даже при СД 1 типа.

В США 24 % пациентов выполняют самоконтроль реже чем 1 раз в неделю, и лишь треть больных — с рекомендованной частотой. Сегодня уже точно доказано, что регулярное выполнение пациентом СКГ вносит самостоятельный (вдобавок к эффекту от сахароснижающей терапии) вклад в достижение компенсации заболевания. Но он невелик. Например, у больных с СД 2 типа, не использующих инсулин, уровень HbA1c снижается всего на 0,3 % через 6 месяцев регулярного СКГ. Думается, что этот вклад станет намного выше, если мы добьемся от наших больных большей приверженности СКГ.

Важная причина столь низкого compliance состоит в том, что у СКГ сохраняется ряд ограничений. Главное из них — необходимость прокола пальца при заборе крови. Болезненность этой манипуляции выше, чем при инъекциях инсулина. Также СКГ требует ведения дневника. Если делать записи на бумаге и достаточно подробно (без чего подобный дневник теряет смысл), это весьма трудоемкая процедура. Использование современного электронного приложения и смартфона значительно облегчает задачу. Но пока такими девайсами пользуются лишь немногие пациенты. Уже разработаны неинвазивные глюкометры, измеряющие уровень сахара в слюне, выдыхаемом воздухе или слезной жидкости оптическим, ультразвуковым, электромагнитным или тепловым способом. Однако эти приборы еще не сертифицированы. Критерий точности остается главной проблемой. Когда она будет решена — неизвестно, но стоит вспомнить, что установление стандартов точности для глюкометра с тест-полосками заняло 10 лет.

— Как клинические рекомендации 2020-х годов регламентируют проведение СКГ?

— Поскольку читатели вашей газеты хорошо знают отечественные рекомендации, расскажу об аналогичном документе Канадской диабетической ассоциации (CDA). У пациентов, которым для контроля гликемии достаточно соблюдения правил здорового образа жизни, СКГ проводится периодически через 2 часа после приема пищи для коррекции питания.

При достижении целевых показателей гликемии на пероральных сахароснижающих препаратах (ПССП), и если применяемые лекарства не приводят к гипогликемии, канадские эксперты рекомендуют нечастый СКГ с использованием примерно 200 полосок в год. Если же контроль не достигнут, то рекомендуется ежедневное двукратное тестирование в разное время. Интересно, что наши рекомендации в ситуации недостижения целевых уровней гликемии на фоне применения ПССП предлагают более частые тестирования: не менее 4 раз в сутки (перед едой, через 2 часа после еды, перед сном, периодически ночью). А если на пероральной терапии целевой уровень достигнут — не менее одного раза в сутки в разное время и один гликемический профиль (4 замера в сутки) в неделю.

Если пациент получает только базальный инсулин, то, согласно рекомендациям CDA, следует проводить СКГ 21 раз в неделю (3 раза в день) в разное время: натощак, до и через 2 часа после приема пищи. Больным, использующим смешанные инсулины, требуется 4-кратное определение уровня глюкозы в крови до тех пор, пока цели инсулинотерапии не будут достигнуты, а затем — 1–2 раза в день в разное время. Наконец, при использовании базис-болюсной инсулинотерапии, по мнению канадских экспертов, необходимо 4-кратное измерение уровня глюкозы перед приемом пищи и перед сном, чтобы оценить предыдущую дозу и скорректировать следующую после приема пищи.

— А как работают современные глюкометры с электронным приложением и возможностью подключения к облачным технологиям?

— Расскажу о глюкометре Контур Плюс Уан (Contour™ Plus One) — одной из последних разработок международной компании Ascensia Diabetes Care. Это

устройство отвечает как самым последним стандартам точности, так и требованиям к комфорту в использовании и способности улучшать гликемический контроль. Система Контур Плюс Уан состоит из глюкометра и тест-полосок Контур Плюс (Contour Plus). Глюкометр интегрирован с мобильным приложением Контур Диабитис (Contour™ Diabetes), данные передаются через Bluetooth. Достаточно лишь однократно бесплатно скачать на смартфон приложение с платформ Apple или Android, и оно автоматически синхронизируется с глюкометром. Затем сохраняемые в его памяти данные при первом же подключении будут автоматически перебрасываться в мобильное приложение. Неограниченное количество показаний уровня глюкозы в крови напрямую синхронизируется с четвертым компонентом данной системы — Облако Контур (Contour™ Cloud), который, в свою очередь, интегрирован с приложением Contour™ Diabetes.

Окончание на с. 12 >>>

Легкое управление диабетом* с помощью умной подсветки!

Contour™ plus ONE
КОНТУР™ ПЛЮС УАН
Система для измерения уровня глюкозы в крови

- Высокая точность, удобство в использовании¹
- Легкая интерпретация результатов благодаря функции «Умная подсветка»²
- Технология взятия образца крови «Второй шанс»: высокая точность измерений, даже после добавления крови на ту же тест-полоску³
- Интеллектуальный контроль диабета с помощью приложения Контур Диабитис (Contour Diabetes)

№ФСЗ 2008/02237 от 18.12.2018 г., №РЗН 2015/2584 от 17.12.2018 г.
*Помогает отслеживать и контролировать уровень сахара в крови, но не исключает обращение к врачу.
1. Bailey T.S. et al. J Diabetes Sci Technol. 2017; 11(4): 736-43.
2. Katz L.B. et al. Expert Rev Med Devices. 2016 Jul; 13(7): 619-26.
3. Harrison B., Brown D. Expert Rev Med Devices. 2020 Jan 10: 1-8.
doi: 10.1080/17434440.2020.1704253

Реклама



Леонид
Юльевич
МОРГУНОВ

Д.м.н., профессор ФГАОВ ВО «Российский университет дружбы народов», зав. эндокринологическим отделением ГБУЗ «ГКБ имени А.К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения Москвы»

Семь раз отмерь: лечение тестостероном

Репродуктивная функция у мужчин постепенно снижается в процессе старения. Это приводит к формальной диагностике андрогенного дефицита у многих практически здоровых пожилых людей, когда на основании оценки лишь референсных пороговых значений тестостерона возникает вопрос о заместительной андрогенной терапии.

РАЗУМНАЯ ОСТОРОЖНОСТЬ

Первоначальные опасения при назначении заместительной терапии тестостероном (ЗТТ) в первую очередь были связаны со значительными неблагоприятными последствиями предшествующей терапии андрогенами. Злоупотребление спортсменами синтетическими андрогенами в высоких дозах привело к развитию документально подтвержденных побочных эффектов, в том числе накоплению избыточной мышечной массы, задержке жидкости, гинекомастии, апноэ во сне, гепатиту. Большинство этих побочных эффектов были связаны с алкилированием тестостерона в 17-гидроксипозиции, что приводило к превалированию анаболических эффектов над андрогенными, особенно при превышении рекомендованной дозировки в 100 и более раз.

Алкилированные андрогены в высоких дозах способны вызывать гепатоцеллюлярный и внутрипеченочный холестаз, что иногда приводит к тяжелой печеночной недостаточности. В результате их использования могли возникнуть гепатоцеллюлярная аденома или рак, а также так называемый пелиоз печени (*peliosis hepatis*). Так как тестостерон может быть ароматизирован в эстрадиол в периферических тканях, в подобных случаях иногда развивается гинекомастия (чаще у подростков). Ароматизация тестостерона в эстрогены является общим патогенетическим механизмом у мужчин, которые получают супрафизиологические дозы андрогенов, и эти эффекты могут сохраняться в течение месяца после их отмены.

Анаболические андрогенные стероиды были разработаны в основном для лечения гипогонадизма, опухолей, гиперкальциемии, гиперкальциурии и ряда других хронических заболеваний. Открытие, сделанное в начале 1930-х годов, показало, что они могут улучшать телосложение и спортивные результаты, что привело к широкому неконтролируемому использованию этих препаратов, в первую очередь профессиональными спортсменами. При нерегулируемом применении дозировка чаще всего оказывалась выше рекомендуемой, а в супрафизиологических количествах андрогенные анаболические стероиды могли вызывать ряд серьезных побочных эффектов, включая нарушение функции печени, инфаркт миокарда (ИМ) и инсульт, из-за способности данных препаратов увеличивать количество тромбоцитов и усиливать их агрегацию. Кроме того, в высоких дозах андрогены воздействовали и на другие системы, в том числе иммунную.

Обобщая имеющийся опыт лечения андрогенами, J.V. Myers и B.R. Meacham показали, что у отдельных мужчин с гипогонадизмом андрогены могут улучшить симптомы эректильной дисфункции (ЭД), однако ее преобладающие причины — сосудистый и неврогенный факторы, поэтому данный вид терапии малоэффективен при нормальном или пониженном уровне тестостерона. Исследования продемонстриро-

вали рост агрессии, сексуального интереса и эйфории после введения тестостерона, но лишь при достижении супрафизиологических уровней. При лечении андрогенами отмечается увеличение мышечной массы у мужчин с гипогонадизмом, а также маркером анаболизма мышц и мышечной силы. Однако в отношении фертильности стимуляторы гонадотропин-рилизинг гормона являются препаратами выбора в отличие от тестостерона. Терапия его препаратами ведет к развитию олиго- и азооспермии. Одновременно в ряде исследований было оспорено утверждение о том, что высокий уровень тестостерона повышает риск рака простаты. Однако имеющиеся данные о безопасности терапии тестостероном имеют пока невысокое качество, чему способствует малая длительность наблюдения.

ДАННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЙ

Вопрос о необходимости проведения заместительной терапии тестостероном возникает у медицинских экспертов страховых компаний в сотни раз чаще, чем несколько лет назад. Ведь сегодня тестостерон назначается гораздо чаще, чем десятью годами ранее. Такая терапия стала популярной и неотъемлемой частью образа жизни мужчин, хотя клиническое значение возрастного снижения у них уровня тестостерона остается спорным. Многие исследователи полагают, что заместительная терапия андрогенами имеет очень узкую область применения и должна использоваться только при медицинской необходимости и лишь в том случае, если низкий уровень тестостерона подтвержден как клинически, так и лабораторно. Это условие считается решающим, поскольку у лечения препаратами тестостерона есть много ограничений применения и широкий спектр побочных эффектов.

Гипогонадизм у мужчин связан с повышенным риском развития атеросклероза. Физиологически тестостерон обладает как положительным, так и отрицательным воздействием на сердечно-сосудистую систему, например, уменьшает число приступов стенокардии и ускоряет процессы заживления после перенесенного ИМ, а также улучшает прогноз у мужчин с сердечной недостаточностью (СН). При этом тестостерон вызывает задержку жидкости и отеки, чаще отмечаемые у пожилых пациентов; такие отеки не являются критерием диагностики СН.

В одном из недавних исследований 209 мужчин 65 лет и старше, проживающих в доме престарелых, большинство из которых страдали гипертонией, сахарным диабетом (СД), ожирением, гиперлипидемией, пристрастием к сигаретам, а также имели ограничения в подвижности, получали гель тестостерона ежедневно в течение 6 месяцев с целью увеличения мышечной массы и силы. У 23 из них отмечались кардиоваскулярные осложнения, а в группе плацебо они возникли только у 5 человек. Из значимых осложнений стоит упомянуть ИМ (3 случая, один — летальным исходом), 1 инсульт, 5 случаев периферических отеков, 2 случая подъема

артериального давления. Подъем сегмента ST и дисфункция левого желудочка (по 1 случаю) зафиксированы во время проведения нагрузочных тестов. Два эпизода синкопальных состояний и один случай тахикардии были отмечены самими пациентами, а не медицинским персоналом.

Из 1493 мужчин с гипогонадным состоянием в возрасте $49,2 \pm 13,9$ года, включенных в исследование I-PASS и получивших суммарно 6333 инъекции тестостерона ундеcanoата, нежелательные явления (НЯ) со стороны сердца были установлены у семи пациентов. Они включали фибрилляцию предсердий (два человека), инфаркт миокарда (тоже двое) и по одному больному с брадикардией, сердцебиениями и неуточненными сердечно-сосудистыми нарушениями (ССН). Все эти события развивались на фоне имеющихся ССН.



Повышенная частота сердечно-сосудистых событий, продемонстрированная в исследовании ТОМ, должна послужить предостережением и привести к возможному мораторию на добавление препаратов тестостерона к основной терапии у пожилых мужчин с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утверждают немецкие ученые. Кроме того, низкий уровень тестостерона ассоциирован с мышечной слабостью, но добавление к терапии препарата этого гормона оказало лишь ограниченное воздействие при возрастной саркопении.

Некоторые исследования продемонстрировали, что на фоне терапии андрогенами уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) снижается, а уровни как общего (ОХС), так и холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) могут возрасти, что повышает сердечный риск. В других исследованиях парентеральное введение тестостерона привело к значительному снижению уровня ЛПНП (на 16–22 %) без какого-либо влияния на концентрацию ЛПВП и их субфракций. Это несоответствие стало предметом метаанализа, проведенного E.A. Whitsel с соавт.: в него было включено 19 исследований, оценивавших уровни ОХС, ХС ЛПНП, ЛПВП и триглицеридов до и после инъекции эфиров тестостерона в течение 6 и более месяцев. Исследователи обнаружили, что у 272 мужчин, включенных в исследования, снизились все четыре параметра, включая уровень ХС ЛПВП.

Поиск, проведенный в MEDLINE, показал, что ЗТТ увеличивала толерантность к физической нагрузке у мужчин с ишемической болезнью сердца, но данных об улучшении ее течения при этом получено не было. Уровни гематокрита и простат-специфического антигена часто были повышены. Основываясь на полученных результатах, исследователи считают, что ЗТТ не может быть рекомендована пожилым мужчинам с низким уровнем тестостерона без клинических проявлений гипогонадизма.

ЗТТ постоянно демонстрирует стимуляцию эритропоэза в связи с увеличением синтеза эритропоэтина и прямым воздействием

ЗТТ постоянно демонстрирует стимуляцию эритропоэза в связи с увеличением синтеза эритропоэтина и прямым воздействием

ЗТТ постоянно демонстрирует стимуляцию эритропоэза в связи с увеличением синтеза эритропоэтина и прямым воздействием

тестостерона на эритробластоз в костном мозге. Хотя в исследованиях, посвященных ЗТТ, не сообщалось о возникновении тромбозов легочной артерии, существующие руководства считают противопоказанием для такой терапии уровень гематокрита выше 52 %.

До сих пор не установлена причинно-следственная связь ЗТТ с развитием рака простаты, но в недавнем метаанализе сообщалось о четырехкратном увеличении риска данного события при лечении тестостероном пожилых мужчин. Таким образом, подобная терапия данной категории пациентов должна быть ограничена контингентом с явно низким уровнем тестостерона при наличии клинических симптомов, а ее преимущества и недостатки следует тщательно взвесить; одновременно необходим мониторинг возможных побочных эффектов.

Французские исследователи полагают, что, несмотря на существующую обратную связь между уровнем тестостерона и различными сердечно-сосудистыми факторами риска (ожирение, инсулинорезистентность и СД 2 типа), нет никаких доказательств положительного эффекта ЗТТ в их отношении. Безопасность тестостерона в ходе долгосрочной терапии до сих пор не доказана, но есть свидетельства того, что ЗТТ может играть негативную роль в развитии рака предстательной железы и не должна использоваться у пациентов с раком простаты в анамнезе. Авторы полагают, что у больных с высоким сердечно-сосудистым риском, в том числе с застойной сердечной недостаточностью, лечение тестостероном не должно рассматриваться априори.

ИСТОЧНИК, НО НЕ МОЛОДОСТИ

Что касается воздействия тестостерона на ЭД, то ее классическая этиология скла-

У больных с высоким сердечно-сосудистым риском лечение тестостероном не должно рассматриваться. Заместительная терапия тестостероном может играть негативную роль в развитии рака простаты и не должна использоваться у пациентов с таким диагнозом в анамнезе

дывается из сосудистого, нейрогенного и психологического компонентов. Другие заболевания (СД и ожирение) приводят к периферической нейропатии или микрососудистым повреждениям у пациентов с ЭД. В ряде исследований показано, что большинство пациентов с ЭД страдают именно от этих сопутствующих заболеваний и нередко резистентны к ингибиторам ФДЭ-5. Как оказалось, тестостерон в целом весьма скромно влияет на эрекцию. Метаанализ рандомизированных клинических исследований для определения риска неблагоприятных событий, связанных с ЗТТ, проведенный в базе данных MEDLINE, выявил 19 работ, в которых 651 мужчину лечили тестостероном, а 433 участника получали плацебо. Совокупное количество всех событий, связанных с патологией простаты, было значительно выше в группе тестостерона, чем плацебо. Выявление рака предстательной железы, повышенного уровня ПСА (выше 4 нг/мл) оказалось количественно выше в группе тестостерона. При этом у мужчин, получавших тестостерон, было

почти в 4 раза больше шансов на повышение уровня гематокрита более 50 %, чем у получавших плацебо.

В работе «Тестостерон — источник молодости» для пожилых мужчин? Краткая оценка эффективности и безопасности применения андрогенов у здоровых мужчин» немецкие исследователи провели анализ пяти систематических обзоров и метаанализов и семи рандомизированных клинических исследований. Полученные данные свидетельствовали о последовательном, но слабом положительном эффекте на сексуальную функцию, мышечную массу тела и костный матрикс. С другой стороны, ЗТТ была связана с увеличением количества неблагоприятных событий, ассоциированных с предстательной железой, увеличением гематокрита и аллергическими реакциями.

Глубокая олигоспермия и полная азооспермия нередко развиваются у мужчин, получающих терапию тестостероном. Когда тестостерон вводится экзогенно, выработка гонадотропинов подавляется с помощью отрицательной обратной связи на уровне гипоталамо-гипофизарной системы и, как следствие, клетки Лейдига в яичках прекращают продукцию тестостерона. Функция клеток Лейдига обычно поддерживает высо-

Заместительная терапия тестостероном не может быть рекомендована пожилым мужчинам с низким тестостероном без клинических проявлений гипогонадизма

кую концентрацию тестостерона в яичках, что является необходимым для поддержания сертоли-клеточного опосредованного сперматогенеза. Именно этот механизм действия тестостерона дал импульс появлению значительного интереса к его использованию в целях мужской контрацепции. В двух исследованиях, посвященных влиянию тестостерона на сперматогенез, еженедельные инъекции от 100 до 300 мг тестостерона привели к развитию олигоспермии у всех исследуемых, а азооспермии — примерно у 70 % мужчин.

Во время андроген-заместительной терапии также могут развиваться апноэ во сне или эритроцитоз. Исследования показали, что пусковым моментом этих явлений был тестостерон и апноэ полностью исчезало после его отмены. В двух случаях апноэ во сне возникло не сразу, а через 5 или 6 месяцев терапии тестостероном.

В одном из исследований у 3 (33 %) из 9 мужчин с гипогонадизмом и уровнем гематокрита выше 48 %, получавших тестостерон, впоследствии развились инсульт или преходящее нарушение мозгового кровообращения, чего не отмечалось у пациентов с уровнем гематокрита ниже 48 %. Авторы исследования рекомендуют частый контроль уровня гематокрита после начала терапии тестостероном и считают, что уровень выше 48 % или увеличение, более чем на 15 %, по сравнению с исходным, следует считать показанием для прекращения лечения.

Таким образом, несмотря на очевидную пользу заместительной терапии андрогенами, показания к ее применению всегда следует формулировать точно, к назначению подходить предельно взвешенно и учитывать возможные факторы риска у конкретного пациента. Ⓜ



СОХРАНИТЬ САМУ ЖИЗНЬ

Форсига® - единственный сахароснижающий препарат, показавший комплексную кардио-ренальную защиту* у пациентов с СД 2 типа с двумя и более факторами СС риска¹⁻⁴

FORSIGA, 10 мг (дапаглифлозин). Краткая инструкция по медицинскому применению. Регистрационный номер: ПН-002596. Торговое название: Форсига (FORSIGA). Международное непатентованное название: дапаглифлозин. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Показания к применению: Сахарный диабет 2 типа у взрослых пациентов в дополнение к диете и физическим упражнениям для улучшения гликемического контроля в качестве: монотерапии, когда применение метформина невозможно ввиду intolerance; комбинированной терапии с метформин, производными сульфонилмочевины (в том числе, в комбинации с метформин), тиазиддиуретиками, ингибиторами дипептидилпептидазы 4 (ДПП-4) (в том числе, в комбинации с метформин); агонистами рецепторов глюкоagonоидного полимера-1 (ПП-1) экстендиром пролонгированного действия в комбинации с метформин; препаратами инсулина (в том числе, в комбинации с одним или двумя гипогликемическими препаратами для перорального применения) при отсутствии адекватного гликемического контроля на данной терапии; сахарной комбинированной терапии с метформин, при неэффективности данной терапии. Сахарный диабет 2 типа у взрослых пациентов с установленным диагнозом сердечно-сосудистого заболевания или двумя и более факторами сердечно-сосудистого риска¹ для снижения риска госпитализации по поводу сердечной недостаточности. * Возраст у мужчин > 55 лет или > 60 лет у женщин и наличие не менее одного фактора риска: дислипидемия, артериальная гипертензия, курение. Хроническая сердечная недостаточность. ИФЖ функциональный класс по классификации NYHA) со сниженной фракцией выброса у взрослых пациентов для снижения риска сердечно-сосудистой смерти и госпитализации по поводу сердечной недостаточности. Хроническая болезнь почек у взрослых пациентов с риском ее прогрессирования для уменьшения риска устойчивого снижения рСКФ, наступления терминальной стадии хронической почечной недостаточности, смерти от сердечно-сосудистого заболевания и госпитализации по поводу сердечной недостаточности. Профилактика. Литературные свидетельства или наличие в анамнезе ангионевротического отека у дапаглифлозина или/или любого из его активных метаболитов в грудное молоко. Нельзя принимать. Диабетический кетоацидоз. Нарушение функции почек при рСКФ < 25 мл/мин/1,73 м² (для начала терапии). Терминальная стадия хронической почечной недостаточности, требующая проведения диализа. Наследственная intolerance лактозы, дефицит лактазы или синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции. Беременность и период грудного вскармливания. Возраст до 18 лет (в связи с отсутствием клинических данных по эффективности и безопасности дапаглифлозина в данной возрастной популяции). С осторожностью: печеночная недостаточность тяжелой степени, инфекции мочевыводящих путей, повышение показателя геатокрита. Применение в период беременности и грудного вскармливания. Беременность. В связи с тем, что применение дапаглифлозина в период беременности не изучено, препарат противопоказан в период беременности. В случае диагностирования беременности терапия дапаглифлозином должна быть прекращена. Период грудного вскармливания. Неизвестно, проникает ли дапаглифлозин и/или его неактивные метаболиты в грудное молоко. Нельзя исключать риск для новорожденно-младенцев. Дапаглифлозин противопоказан в период грудного вскармливания. Способ применения и дозы. Внутрь, независимо от приема пищи, не разжевывая. СД2. Монотерапия: рекомендуемая доза препарата Форсига составляет 10 мг 1 раз в сутки. Комбинированная терапия: рекомендуемая доза препарата Форсига составляет 10 мг 1 раз в сутки в комбинации с метформин, производными сульфонилмочевины (в том числе, в комбинации с метформин), тиазиддиуретиками, ингибиторами ДПП-4 (в том числе, в комбинации с метформин); агонистами рецепторов ГПП-1 — экстендиром пролонгированного действия, в комбинации с метформин; препаратами инсулина (в том числе, в комбинации с одним или двумя гипогликемическими препаратами для перорального применения). С целью снижения риска гипогликемического действия, в комбинации с метформин; препаратами инсулина или препаратами, повышающими среднюю инсулину (например, с производными сульфонилмочевины), может потребоваться снижение дозы препаратов инсулина или препаратов, повышающих среднюю инсулину. Сахарная комбинированная терапия с метформин: рекомендуемая доза препарата Форсига составляет 10 мг 1 раз в сутки, доза метформина — 500 мг 1 раз в сутки. В случае неадекватного гликемического контроля дозы метформина следует увеличивать. СД2 у взрослых пациентов с установленным диагнозом сердечно-сосудистого заболевания или двумя и более факторами сердечно-сосудистого риска для снижения риска госпитализации по поводу сердечной недостаточности: рекомендуемая доза препарата Форсига составляет 10 мг 1 раз в сутки. Хроническая сердечная недостаточность. Рекомендуемая доза препарата Форсига составляет 10 мг 1 раз в сутки. Хроническая болезнь почек. Рекомендуемая доза препарата Форсига составляет 10 мг 1 раз в сутки. Побочное действие. Профиль безопасности дапаглифлозина оценивался в клинических

исследованиях безопасности и эффективности дапаглифлозина при применении для терапии СД2, хронической сердечной недостаточности и хронической болезни почек, в период постристрационного наблюдения. Профиль безопасности дапаглифлозина по изученным в исследованиях показателям был сопоставим. Ветеринарные препараты и диетические добавки не изучались. Нежелательные реакции не были дозозависимыми. Возможные на фоне терапии дапаглифлозином нежелательные реакции распределены по системно-органному классам с указанием тяжести согласно рекомендациям ВОЗ: очень часто (≥1/10), часто (≥1/100, <1/10), нечасто (≥1/1000, <1/100), редко (≥1/10000, <1/1000), очень редко (<1/10000) и неучтенной частоты (невозможно оценить на основании имеющихся данных). Инфекционные и паразитарные заболевания: часто* — вульвовагинит, баланит и связанные с ними генитальные инфекции², инфекция мочевыводящих путей³; нечасто* — вульвовагинальный зуд, грибковые инфекционные заболевания; очень редко — некротизирующий фасциит (синдром Фурье). Нарушения со стороны обмена веществ и питания: очень часто — гипонатриемия (при применении в комбинации с производными сульфонилмочевины или инсулина)⁴; нечасто* — снижение ОЦК⁵; жажда; редко — диабетический кетоацидоз (при применении при СД2)⁶. Нарушения со стороны нервной системы: часто* — головокружение. Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: нечасто* — запор, спазм во рту. Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей: часто* — сыпь; очень редко — ангионевротический отек. Нарушения со стороны костно-мышечной системы и соединительной ткани: часто* — боль в спине. Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей: часто* — дисурия, полиурия; нечасто* — нишурия. Лабораторные и инструментальные данные: часто* — дислипидемия⁷, повышение значений геатокрита⁸, снижение почечного клиренса креатинина на начальном этапе терапии; нечасто* — повышение концентрации мочевины в крови, повышение концентрации креатинина в крови на начальном этапе терапии⁹. Представлены данные применения препарата до 24 недель (при долгосрочной терапии) независимо от приема дополнительного гипогликемического препарата. * См. соответствующий подраздел ниже для получения дополнительной информации. ¹ Вульвовагинит, баланит и связанные с ними генитальные инфекции включают вагинальный кандидоз, вагинальный баланит, инфекцию половых органов у мужчин, инфекцию половых органов, инфекцию полового члена, вульвит, бактериальный вагинит, абсцесс вульвы. ² Инфекция мочевыводящих путей включает следующие предпочтительные термины, перечисленные в порядке убывания частоты: инфекция мочевыводящих путей, цистит, инфекция мочевыводящих путей, вызванная бактериями рода Escherichia, инфекция мочеполового тракта, пиелонефрит, тригонит, уретрит, инфекция почек и простаты. ³ Снижение ОЦК включает, например, следующие заранее определенные предпочтительные термины: обезвоживание, гиповолемия, артериальная гипотензия. ⁴ Полиурия включает предпочтительные термины: полиурия, полиурия и усиление диуреза. ⁵ Средние значения геатокрита от исходных значений составили 2,30% в группе дапаглифлозина 10 мг по сравнению с <0,33% в группе плацебо. Значения геатокрита >55% отмечены у 1,3% пациентов, получавших дапаглифлозин 10 мг, по сравнению с 0,4% пациентов, получавших плацебо. ⁶ Среднее изменение среднего показателя в процентах от исходных значений в группе дапаглифлозина 10 мг и группе плацебо, соответственно, составило: общий холестерин 2,5% по сравнению с 0,0%; холестерин-НДЛ 6,0% по сравнению с 2,7%; холестерин-ЛПНП 2,9% по сравнению с 1,0%; триглицериды -2,7% по сравнению с 0,7%. Отмечено в исследовании DECLARE. Частота основана на годовом показателе. ⁷ НР отмечены при постстратификационном наблюдении. Сыпь включает следующие предпочтительные термины, перечисленные в порядке развития в клинических исследованиях: сыпь, генерализованная сыпь, зудящая сыпь, макулопапулезная сыпь, пустулезная сыпь, везикулярная сыпь, эритематозная сыпь. В плацебо-контролируемых и с активным контролем клинических исследований (группа, получавшая дапаглифлозин n=5936, контрольная группа: n=3403) частота развития сыпи была схожей у пациентов, получавших дапаглифлозин (1,4%), и пациентов в контрольной группе (1,4%), что соответствует категории сыпь «часто». * Отмечены у ≥ 2% пациентов, принимавших дапаглифлозин в дозе 10 мг и не ≥ 1% чаще, чем в группе плацебо. ** Отмечены у ≥ 0,2% пациентов и не ≥ 0,1% чаще у большего количества пациентов (как минимум на 3) в группе дапаглифлозина 10 мг по сравнению с группой плацебо. Имеются данные о приеме дополнительного гипогликемического препарата. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Форсига (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг, 10 мг). Регистрационное удостоверение ПН-002596 от 21.08.2014 г. Номер одобрения FOR-RL-14991. Дата одобрения: 11.16.2022. Дата истечения: 11.16.2024.

СД — сахарный диабет; СС — сердечно-сосудистый; ППН — терминальная почечная недостаточность; рСКФ — госпитализация по причине сердечной недостаточности.
¹ White S D et al. N Engl J Med 2019; 380:347-357. 2. Mozersson O et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019 Aug; 7(8):606-617. 3. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Форсига® (дапаглифлозин). 5:393(10166)3-39. Supplement to: Zhdiker IA, Whitaker SD, Raz L, et al. Lancet 2018; published online Nov 10.
⁴ Материал предназначен для специалистов здравоохранения. Имеются противопоказания. Перед назначением ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению препарата Форсига® (дапаглифлозин).
 ООО «АстраЗенека Фармасьютикалс» 123112, г. Москва, 1-й Красногвардейский проезд, д. 21, стр. 1. Базис «ЮКО», 30 этаж. Тел.: + (495) 799-56-99, факс: + (495) 799-56-98. www.astrazeneca.ru, www.aaz-mostly.ru, FOR-RL-15162. Дата одобрения: 29.11.2012. Дата истечения: 29.11.2024.



Значимость
самоконтроля
в компенсации
сахарного диабета

<<< Окончание, начало статьи на с. 9

— Чем полезно пациенту это приложение?

— Contour™ Diabetes помогает детализировать обстоятельства каждого измерения глюкозы. Можно оставлять примечания, подробные записи о еде, прикреплять фото; вести дневник физической нагрузки; строить графики динамики изменения сахара в крови; рассчитывать среднее значение за 7, 14, 30 и 90 дней; делиться отчетами с врачом или близкими. Родители через облако могут удаленно зайти в аналогичное приложение ребенка, страдающего СД, и проконтролировать его показатели. Приложение оповестит больного об опасной гипогликемии, предложит необходимые действия с возможностью звонка экстренным контактам.

Функция «Умная подсветка» мгновенно сообщит, что показатель гликемии находится в пределах целевого значения, выше или ниже его. Три цвета, отражающие принцип светофора, также интуитивно понятны всем. Функция «Мои тенденции» позволяет определить тренды гликемии и уведомляет пациента о возможных причинах гипер- или гипогликемии, благодаря чему он будет лучше управлять диабетом. Приложение распознает и разъяснит больному 14 разных тенденций гликемических сдвигов, что позволит принимать более осознанные решения о питании, физических нагрузках и других аспектах образа жизни. Таким образом, приложение Contour™ Diabetes — это простой и интуитивно понятный инструмент, способный помочь улучшить контроль над гликемией.

Другая новинка в глюкометре — это технология «Второй шанс». Она позволяет добавить кровь повторно на ту же полосу. Если с первого раза было нанесено недостаточно крови, на протяжении 60 секунд можно повторить забор биоматериала. Точность анализа от этого несколько не страдает.

— А какова доказательная база глюкометра Contour™ Plus One?

— Исследование 2017 года доказало, что это устройство превосходит минимальные требования международного стандарта ISO 15197:2013 к системам мониторинга глюкозы для самоконтроля СД¹. Высокая точность устройства в сравнении с результатами YSI-анализатора была продемонстрирована даже при более жестком диапазоне отклонений, чем требует стандарт.

Александр Рылов, к.м.н.

1. Bailey T. et al. Journal of Diabetes Science and Technology. 2017; Vol. 11(4):736–743

ИЗДАЕТСЯ
С 2020 ГОДА

Актуальная информация
от ведущих
специалистов
о новых достижениях
и подходах
к диагностике и лечению
заболеваний эндокринной
системы, о результатах
последних исследований,
обзоры профильных
мероприятий

ПОЧЕМУ ГАЗЕТА

- Приближаем науку к читателю!
- Материалы в газетах доступны для восприятия и ориентированы на практикующих врачей
- Все статьи основаны на научных исследованиях и клинических наблюдениях



ВЫШЛО
12
НОМЕРОВ

ОПУБЛИКОВАНО
БОЛЕЕ
90
СТАТЕЙ

СОДЕРЖАНИЕ

- Алгоритмы диагностики и лечения
- Рекомендации экспертов
- Опыт использования современных препаратов, их комбинаций и схем лечения
- Обзоры клинических исследований
- Маршрутизация пациентов

РАСПРОСТРАНЕНИЕ



Профильные мероприятия и выставки



Мобильное приложение



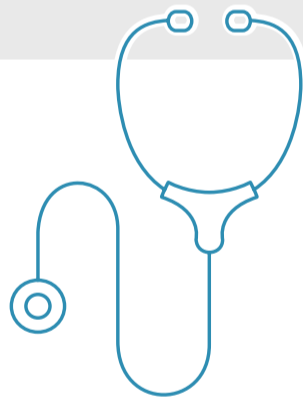
Электронные рассылки по базе врачей



www.abvpress.ru
www.medvedomosti.media

НАШИ ЭКСПЕРТЫ

М.Б. Анциферов, М.В. Шестакова,
О.М. Драпкина, В.В. Фомин,
А.С. Аметов, Г.Р. Галстян,
А.М. Мкртумян, Н.А. Петунина,
Н.А. Черникова, В.С. Пронин,
Л.Ю. Моргунов, Л.И. Астафьева,
О.М. Котешкова, Н.А. Демидов



ФОРМАТ: 280 x 420 мм (А3) | ОБЪЕМ: 8–16 полос | ТИРАЖ: 6300 экз.
ПЕРИОДИЧНОСТЬ: 4 выпуска в год

АРХИВ НОМЕРОВ

ИЗДАНИЕ ДОСТУПНО

ВСЕМ МЕДИЦИНСКИМ СПЕЦИАЛИСТАМ
РОССИИ И СТРАН БЛИЖНЕГО ЗАРУБЕЖЬЯ



НАШИ ПАРТНЕРЫ:



- ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения Москвы»
- Московская ассоциация эндокринологов
- Московский городской съезд эндокринологов «Эндокринология столицы»
- Школа московского эндокринолога
- Конгресс, посвященный Всемирному дню борьбы с ожирением
- Национальный диабетологический конгресс с международным участием
- Конференция «Алгоритмы диагностики и лечения эндокринных заболеваний»



8 (499) 929-96-19



info@abvpress.ru

НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО — СООБЩЕСТВО
МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

АБВ
ПРЕСС
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ