

Московская ЭНДОКРИНОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

№ 4 (08) / 2021

Департамент
здравоохранения
города Москвы



ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ
ДИСПАНСЕР

**ВАКЦИНАЦИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В 3-4 РАЗА СНИЖАЕТ
ВЕРОЯТНОСТЬ ИХ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С COVID-19**

ОТ РЕДАКЦИИ



Михаил
Борисович
АНЦИФЕРОВ

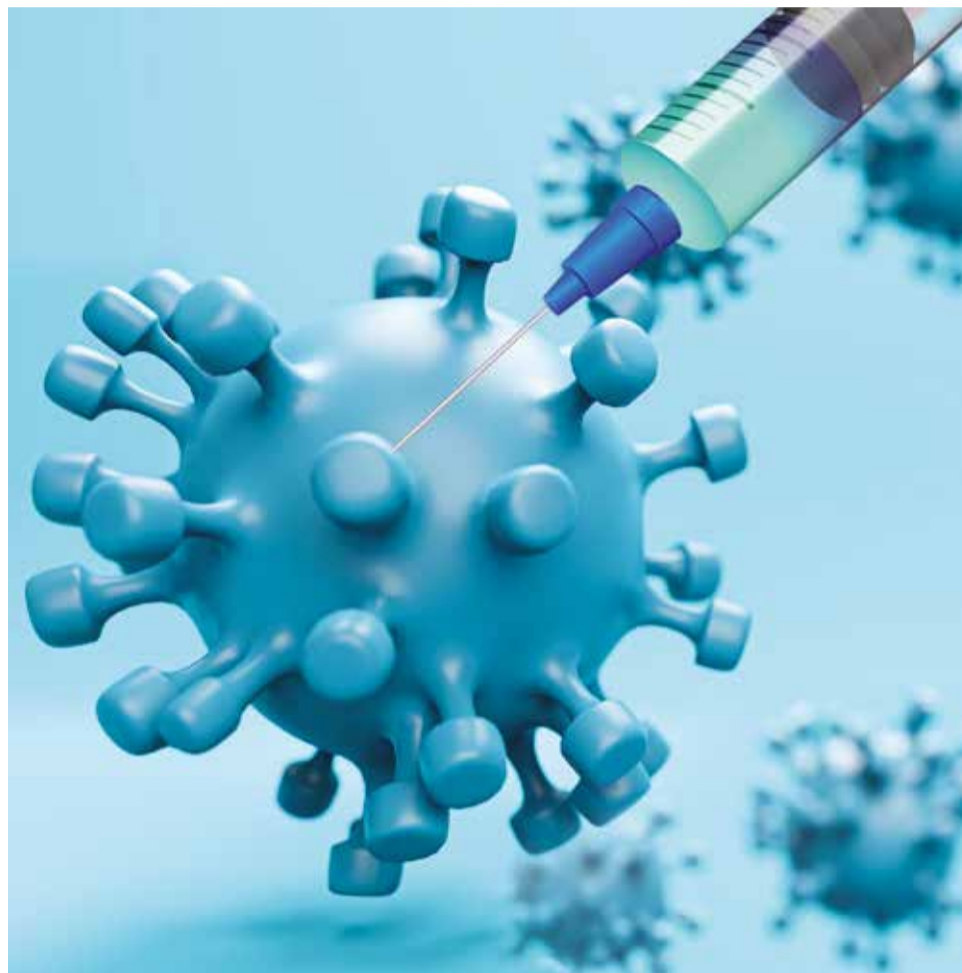
Д.м.н., профессор, главный врач
ГБУЗ «Эндокринологический диспансер
Департамента здравоохранения
города Москвы», главный внештатный
специалист-эндокринолог Департамента
здравоохранения города Москвы,
заслуженный врач Москвы и России

Дорогие коллеги!

Вот уже два года газета «Московская эндокринология сегодня» сопровождает сотрудников столичной эндокринологической службы, освещая знаковые события нашей профессиональной жизни. На страницах газеты публикуются материалы Школы московского эндокринолога и Московских городских съездов эндокринологов «Эндокринология столицы-2020 и 2021». Ведущие специалисты присылают в редакцию статьи, чтобы обсудить с коллегами волнующие их вопросы. За прошедшие два года у газеты сформировался свой круг авторов и читательская аудитория, новых номеров ждут, а публикации широко обсуждают, в том числе на профессиональных интернет-платформах. Поздравляя авторов и читателей с Новым годом, хочется поблагодарить их за поддержку, пожелать здоровья, успехов во всех сферах жизни и новых встреч в 2022 году!

Выход в свет первого выпуска газеты совпал с началом пандемии COVID-19. Связанные с ней материалы проходят красной нитью через все номера, ведь наши пациенты находятся в группе риска тяжелого течения COVID-19 и высокой вероятности развития осложнений этого заболевания. Текущий выпуск не стал исключением. В нем обсуждается вопрос о том, почему больные сахарным диабетом неохотно соглашаются пройти вакцинацию от COVID-19, как, впрочем, и от гриппа и гепатита В. Какие доводы в пользу вакцинопрофилактики должен привести эндокринолог и как строить разговор в зависимости от психотипа пациента, чтобы тот прислушался к словам врача.

Открывается номер статьей о новом мышлении в лечении больных сахарным диабетом 2 типа, продолжается диabetологическими дебатами, в которых столкнулись мнения «новаторов» и «консерваторов». А в конце выпуска по традиции опубликован архивный материал об одном из основоположников нейроэндокринологии Николае Михайловиче Иценко, со дня рождения которого 29 декабря 2021 года исполняется 132 года.



Что мешает
прививаться **3**

Сам себе
контроллер **6**

Подводный
айсберг
диабета **8**

У истоков
нейро-
эндокринологии **12**

ШКОЛА ЭНДОКРИНОЛОГА

Новое мышление в терапии сахарного диабета 2 типа

«Эволюция в лечении сахарного диабета 2 типа: инГЛТ-2 всем или избранным?» — с таким докладом Н.А. ЧЕРНИКОВА, доцент кафедры эндокринологии ФГБОУ ДПО «РМАНПО» МЗ РФ, выступила на научно-практической конференции «Современные аспекты терапии сахарного диабета» 25 октября 2021 года в рамках Школы московского эндокринолога под председательством главного редактора нашей газеты профессора М.Б. Анциферова.

ДЕВЯТЬ ПОКОЛЕНИЙ

В фокусе внимания Н.А. Черниковой оказались негликемические эффекты пяти зарегистрированных на сегодня глифлозинов — ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (инГЛТ-2). Это уже девятый по счету и пока самый последний из классов сахароснижающих препаратов (ССП) в распоряжении эндокринологов.

«Заболеваемость сахарным диабетом (СД) в нашей стране быстро растет, — отметила Наталья Альбертовна. — С 2019 по 2021 год число таких пациентов увеличилось более чем на 0,2 млн человек — с 4,6 до 4,8 млн (3,1 % населения России). Подавляющее большинство из них — 4,4 млн страдают СД 2 типа». В 2021 году сердечно-сосудистые осложнения (ССО) стали причиной смерти 52 % пациентов с СД 2 типа. Наиболее рас-

пространена среди этих расстройств хроническая сердечная недостаточность (25,6 %, ХСН), а инфаркты и инсульты вместе составляют 14,6 %. Диабетические осложнения приводят к смерти лишь 2,5 % пациентов, онкологические заболевания уносят жизни 10,1 % больных СД 2 типа, еще 5,1 % умирают из-за осложнений коронавирусной инфекции.

«Не только в России, но и во всем мире, — подчеркнула докладчик, — контроль гликемии у пациентов с СД 2 типа оставляет желать лучшего. Наблюдательное исследование DISCOVER (2020), проведенное в 38 странах при участии 16 тыс. пациентов, показало, что доля больных с HbA1c выше 9 % составляет 26,7 %, 8,0–8,9 % — 23,5 %, 7,0–7,9 % — 32,3 %. И лишь 17,4 % пациентов имеют нормальный уровень гликированного гемоглобина (ниже 7 %)».



Наталья
Альбертовна
ЧЕРНИКОВА

К.м.н., доцент кафедры эндокринологии и диабетологии ФГБОУ ДПО «РМАНПО» МЗ РФ, руководитель Центра обучения больных сахарным диабетом Международной программы «Диабет»

НЕ ЕДИНСТВЕННАЯ ЦЕЛЬ

Насколько бы важным ни был гликемический контроль (ГК) при лечении больных с СД, тем не менее в 2019 году совместные рекомендации Европейского общества

Продолжение на с. 2 >>>

Новое мышление в терапии сахарного диабета 2 типа

<<< Окончание, начало статьи на с. 1

кардиологов и Европейского общества по изучению СД впервые обозначили кардиоренальную протекцию в качестве цели, равнозначной достижению ГК в борьбе с этим заболеванием. Ведь ХСН и хроническая болезнь почек (ХБП) у пациентов с СД 2 типа появляются гораздо быстрее, чем инфаркт, инсульт или заболевания периферических артерий (ЗПА). Через 4,3 года наблюдения над 0,65 млн участниками одного из крупнейших международных наблюдательных исследований ХСН и ХБП успели развиться примерно у 12 % больных. А инфаркты, инсульты и ЗПА были зарегистрированы только у 2–4 % пациентов.

«Итак, — продолжила эксперт, — в 2019 году впервые за все десятилетия существования диабетологии было условлено, что пациентам с СД 2 типа и сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) либо ХБП или с их высоким риском в 1-й линии лечения должны назначаться (причем, возможно, даже в качестве монотерапии) не просто сахароснижающий препарат, а такой, который замедляет прогрессирование кардиологических заболеваний и снижение функции почек. Этим препаратом должно стать средство из группы ингибиторов рецепторов ГПП-1 (арГПП-1) с доказанной кардио- и ренопротекцией. Включение в терапию таких лекарств должно проводиться вне зависимости от гликемического контроля. Причем, если при добавлении ингибитора ГПП-1 к стандартной терапии метформином успешно достигается индивидуальный целевой уровень HbA1c, то для снижения риска гипогликемии метформин может быть отменен и лечение продолжено только глифлозином».

НОВАЯ ЭРА

Таким образом, мы пришли к новому мышлению, а возможно, и к новой эре в борьбе с диабетом, считает Н.А. Черникова. Отныне эндокринолог уже не ждет, что кардиологи и нефрологи смогут защитить его пациента от смертельно опасного усугубления сердечно-сосудистых и почечных заболеваний. Он сам выступает в сватку с этими болезнями, применяя лекарства двойного действия — гипогликемического и кардиоренопротективного.

После того как эти принципы были обозначены в клинических рекомендациях ведущих европейских и американских диабетологических и кардиологических ассо-

циаций, а также и в российских клинических рекомендациях по лечению СД 2 типа, в последней редакции 2021 года* появилась специальная глава под названием «Новые алгоритмы по ведению СД 2 типа: фокус на профилактику кардиоренальных осложнений».

Если у данного конкретного пациента с СД 2 типа существует высокий риск атеросклеротических ССЗ (АССЗ), в качестве первичной профилактики кардиологических осложнений применяются ингибиторы ГПП-1. Если пациент уже страдает АССЗ, назначаются арГПП-1 (лируглутид, дулаглутид, семаглутид) или такие ингибиторы ГПП-1, как дапаглифлозин, эмпаглифлозин, канаглифлозин или эртуглифлозин. При сочетании СД 2 типа с ХСН используются ингибиторы ГПП-1, причем при фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) менее 45 % предпочтительны дапаглифлозин и эмпаглифлозин.

У пациента с СД 2 типа и ХБП стадии 3б-5 при расчетной скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) менее 45 мл/мин/1,73 м² следует использовать дапаглифлозин, эмпаглифлозин, канаглифлозин или эртуглифлозин либо лируглутид, дулаглутид, семаглутид. При выраженной альбуминурии (более 30 мг/ммоль) в терапии 1-й линии рекомендуется назначать канаглифлозин или дапаглифлозин.

Больным СД 2 типа с ожирением в качестве приоритетных препаратов рекомендованы метформин либо ингибиторы ГПП-1. Они же применяются при высоком риске гипогликемий наряду с тиазолидиндионами и ингибиторами дипептидилпептидазы 4 типа (идПП-4).

НАЧАЛОСЬ С КОРЫ ЯБЛОНИ

«Остановлюсь подробнее на классе противодиабетических препаратов глифлозинов, — продолжила Н.А. Черникова. — Они ингибируют почечную реабсорбцию глюкозы. Родоначальником этого класса препаратов является флоризин — гликозид из семейства бициклических флавоноидов, выделенный в 1835 г. из коры яблони».

Флоризин обладает жаропонижающим свойством, поэтому первоначально его пытались использовать для лечения малярии. А вот его антидиабетический эффект открыли только в 1980-х гг. Было установлено, что флоризин вызывает глюкозурию,

обусловленную двойным ингибированием в почках натрий-глюкозных котранспортеров 1-го и 2-го типов (НГЛТ 1 и 2). Для лечения СД 2 типа флоризин не подходил в силу низкой селективности в отношении почечных транспортеров — помимо глюкозурии он вызывал сильную диарею. Однако результаты исследования этой молекулы послужили основанием для разработки лекарств с более высокой селективностью к НГЛТ2, известных сегодня как класс глифлозинов. Имеется ввиду дапаглифлозин (разрешен к применению в 2012), канаглифлозин (2013), эмпаглифлозин (2014), ипраглифлозин (2014) и эртуглифлозин (2017). В 2014–2019 гг. все пять глифлозинов были зарегистрированы в РФ.

Шестым в этом списке, причем предназначенным для лечения СД первого, а не второго типа, как все остальные ингибиторы ГПП-1, стал сотаглифлозин. В 2019 году Федеральное управление США по надзору за качеством продуктов питания и лекарственных средств (FDA) отказало в регистрации этому препарату из-за повышенного риска развития диабетического кетоацидоза. Однако в том же году сотаглифлозин был зарегистрирован в ЕС и начал использоваться в борьбе с СД 1 типа.

Современные эндокринологи пришли к новому мышлению, а возможно, и к новой эре в борьбе с диабетом

ПЛЕЙОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ

Глифлозины обладают рядом класс-специфических плеiotропных эффектов. Помимо кардио- и нефропротекции, это снижение массы тела, артериального давления (АД), уровня мочевой кислоты (МК). «По замедлению прогрессирования ХБП, влиянию на вес пациента, АД и уровень МК глифлозины оказывают близкие по выраженности эффекты, — заявила Наталья Альбертовна. — Как, кстати, не столь существенно отличается и их гипогликемическое действие. Например, при лечении глифлозином на 34–45 % уменьшается риск основных неблагоприятных почечных событий. К ним относятся устойчивое снижение рСКФ (более чем на 40 %), заместительная почечная терапия (диализ или трансплантация) или смерть в результате заболевания почек. Зато кардиопротекторное действие этих лекарств заметно отличается. При этом все глифлозины снижают на 27–35 % число госпитализаций по поводу ХСН и, следовательно, приостанавливают развитие дан-

ного заболевания». Однако другие положительные эффекты на течение ССЗ или их риски продемонстрировали отнюдь не все глифлозины. Эмпаглифлозин единственный не только из глифлозинов, но и всех препаратов для лечения СД 2 типа, показал достоверное снижение на 38 % уровня смертности от ССЗ независимо от наличия ХСН у пациентов на момент включения в исследование. Наряду с эмпаглифлозином дапаглифлозин продемонстрировал такое же статистически значимое снижение на 14 % риска трех основных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (ССС) первичной комбинированной конечной точки МАСЕ (смертности от ССЗ, нефатальных инфаркта или инсульта) при назначении в дополнение к стандартной терапии больным СД 2 типа с высокой вероятностью возникновения ССС. Остальные глифлозины не оказывают достоверного влияния ни на смертность от ССЗ, ни на риск основных неблагоприятных кардиологических событий.

МОДИФИКАЦИЯ ПРОГНОЗА

После доклада Н.А. Черниковой состоялась дискуссия. Ее итоги подвел профессор М.Б. Анциферов, заявивший, что хотел бы назвать глифлозины не только кардио- и нефропротективными препаратами, но и прогноз-модифицирующими лекарствами: «От их применения напрямую зависят исходы болезней сердца и почек у пациента с СД 2 типа. Очень жаль, что мы пока недостаточно широко используем эти препараты. В Москве пациенты надежно обеспечены ими за счет средств, выделяемых из городского бюджета. В регионах ситуация сложнее. Считаю, что эндокринологи должны убедить каждого пациента с уже поставленным кардиологическим и/или нефрологическим диагнозом или его высоким риском принимать ингибиторы ГПП-1, причем уже на старте сахароснижающей терапии».

Возвращаясь к названию доклада Н.А. Черниковой, поставившей вопрос о том, кому нужно рекомендовать ингибиторы ГПП-1, Михаил Борисович подчеркнул, что данные средства необходимо назначать по показаниям. «Читайте инструкцию к этим препаратам и раздел «Новые алгоритмы по ведению СД 2 типа: фокус на профилактику кардиоренальных осложнений» в последних отечественных клинических рекомендациях. Там все написано, — заявил профессор Анциферов. — Если пациент с показанием к назначению глифлозинов не получает эти препараты, это серьезная врачебная ошибка».

Александр Рылов, к.м.н.

* Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. — 10-й выпуск. — М.; 2021.

НОВОСТИ

Взаимосвязь гипергликемии с гиперурикемией

Сегодня терапевту и эндокринологу важно знать, с каких цифр не только глюкозы, но и мочевой кислоты (МК) в плазме крови нужно начинать профилактику возможных осложнений у пациента (с 535 мкмоль/л, добиваясь целевых значений 300–360 мкмоль/л). Гиперурикемия (ГУ) тесно связана с гипергликемией, а значит и с развитием метаболического синдрома (МС), а также сахарного диабета (СД) как первого, так и второго типа. Отечественные кардиологи в свое время предлагали зарубежным коллегам внести ГУ в клинические рекомендации в качестве одного из важнейших признаков метаболического синдрома. Этого, к сожалению, не произошло, несмотря на то что уровень МК влияет на течение МС и СД.

ГУ приводит к развитию инсулинорезистентности (ИР), ассоциированной со снижением выработки оксида азота эндотелиоцитами. В результате возникает липосомальная дисфункция, повышается уровень интерлейкинов 1β и 18, а также моноцитарного хемоаттрактантного протеина МСР-1 — предиктора формирования СД 2 типа. Возрастает синтез адипонектина, и увеличивается экспрессия рецепторов к нему. Снижается уровень γ-рецепторов — активаторов пероксидазы. Все это ведет к развитию ИР и нарушению обмена углеводов уже на стадии бессимптомной гиперурикемии (БГУ). Большой ее еще не ощущает, а БГУ уже оказывает негативное воздействие на организм. Статистика свидетельствует: 20 % пациентов с ГУ в течение 5 лет заболевают

подагрой. При этом у 8–11 % людей с нарушенной толерантностью к глюкозе в течение года формируется СД. Это даже больше, чем ежегодная конверсия гиперурикемии в подагру. Как только пограничные состояния между здоровьем и болезнью конвертируются в СД или подагру, на приеме мы получаем уже совсем другого — мультиморбидного пациента.

Рост распространенности ГУ в мире связан с увеличением до 60 % людей с избыточной массой тела и ожирением, которое тесно связано с предиабетом. Мало кто из врачей первичного звена проводит параллель между БГУ, патологическим ожирением и предиабетом, но она

существует. Это подтверждает перекрестный анализ в когорте Тянин, выполненный в 2021 году учеными из Китая.

Средний уровень МК в сыворотке крови был выше на 41,87 мкмоль/л у пациентов с ожирением (ДИ = 41,87; $p < 0,001$) и на 63,18 мкмоль/л — при патологическом ожирении (ДИ = 63,18; $p < 0,001$) по сравнению с группой лиц с ожирением без метаболических нарушений. У пациентов с ожирением и метаболическими нарушениями оказалась наиболее высокая вероятность ГУ (ДИ = 4,56; $p < 0,001$).

Рандомизированный анализ показал, что повышение уровня МК с большой вероятностью является следствием высокого индекса массы тела (ИМТ). Чем выше вес, тем выше концентрация МК в сыворотке крови. Кроме того, ГУ часто сопровождается формированием ИР за счет адипокинов и провоспалительных цитокинов. При этом у канаглифлозина и других ингибиторов ГПП-1 показана способность снижать концентрацию МК примерно на 10 %.

Диабет и вакцинация против COVID-19: что важно не упустить из виду?

На VIII (XXVI) Национальном эндокринологическом конгрессе доклад под таким названием представил профессор Александр Юрьевич МАЙОРОВ, рассказавший о необходимости вакцинации против COVID-19 всех больных сахарным диабетом независимо от достижения гликемического контроля.



Александр Юрьевич МАЙОРОВ

Д.м.н., зав. отделением прогнозирования и инноваций диабета Института диабета, профессор кафедры диабетологии и диетологии Института высшего и дополнительного профессионального образования ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава РФ, президент ООО «Российская диабетическая ассоциация»

РИСКИ ГИПЕРГЛИКЕМИИ

Как известно, рекомендации, касающиеся вакцинации взрослых, разрабатываются с учетом возраста, состояния здоровья, профессиональной деятельности, прививочного анамнеза (был человек вакцинирован ранее или нет) и эпидемической ситуации в регионе. Пожилой или обремененный сопутствующими заболеваниями человек более подвержен тяжелым инфекциям, в том числе новой коронавирусной (НКИ), а также гриппу, пневмококковой и менингококковой инфекциям, гепатиту В. Вакцинация остается самым надежным способом профилактики тяжелых, нередко летальных инфекционных заболеваний, ежегодно предотвращающим 2–3 миллиона смертей в мире.

У больных сахарным диабетом (СД) НКИ приводит к неконтролируемой гипергликемии, которая ускоряет прогрессирование хронического воспаления, развивающегося из-за повышенного уровня сахара крови, усугубляет течение НКИ и провоцирует развитие осложнений COVID-19. Это ведет к еще более серьезным нарушениям углеводного обмена. Самыми существенными факторами риска более тяжелого течения и летального исхода от COVID-19 у пациентов с СД считаются неудовлетворительная компенсация диабета (HbA1c выше 9%), возраст старше 65 лет, ожирение и осложнения СД.

Больные СД, отметил профессор А.Ю. Майоров, имеют в 3–4 раза более высокую вероятность госпитализации в связи с НКИ, ее осложненного течения и неблагоприятного исхода по сравнению с людьми без нарушений углеводного обмена. Причем подобные риски связаны не только с коморбидностью СД и COVID-19. Люди с диабетом в 6 раз чаще попадают в больницу во время эпидемии гриппа, а смертность в этой группе пациентов составляет до 15%. При этом вакцинация против гриппа снижает число госпитализаций и смертей среди пожилых людей с СД на 45 и 38% соответственно. Вероятность развития острого гепатита В у пациентов с СД повышена более чем в 2 раза по сравнению с общепопуляционной. При большом стаже СД риск госпитализации из-за развития пневмококковой пневмонии возрастает до 75%.

ПРИВИВАЮТСЯ, НО МАЛО

Чем старше пациент с СД, тем выше вероятность летального исхода в результате НКИ, причем в молодом и среднем воз-

расте больные СД 1 типа рискуют умереть от нее в большей степени, чем пациенты с СД 2 типа. Однако к 50–59 годам показатели смертности от COVID-19 становятся примерно одинаковыми для пациентов с СД как первого, так и второго типа, составляя 0,1%. Это примерно в четыре раза выше, чем у тех, кто не страдает диабетом. С повышением возраста больных коронавирусная летальность стремительно растет. У тех, кто старше 80 лет, на фоне СД 1 типа этот показатель составляет уже 1%, СД 2 типа — 0,65%, а при НКИ без диабета — 0,4%.

Сейчас в России уровень вакцинации против COVID-19 — совершенно недостаточный, притом что в большинстве регионов развернута вся инфраструктура для подобной профилактики! По состоянию на конец сентября 2021 года полностью привито 28% всего населения РФ, или 36% взрослых россиян. В первой декаде декабря ситуация несколько улучшилась: в Москве и некоторых других регионах было вакцинировано до 50% взрослых граждан. Но ведь и этого все еще мало для достижения коллективного иммунитета!

Для сравнения: в Китае, Франции, Бразилии, Великобритании, Италии, Канаде и ряде других стран уже привились свыше 70% жителей (нижняя граница достижения коллективного иммунитета), а наши

наших соотечественников к прививкам против гриппа можно экстраполировать и на ситуацию с отказом от вакцинации против COVID-19, гепатита В, пневмококковой и других инфекций.

Главным барьером к проведению вакцинопрофилактики 67% респондентов назвали неосведомленность о ней и ее преимуществах, 17% заявили о нежелании делать прививку, 13% — о недоработке врача, который не забыл или не захотел порекомендовать пациенту пройти иммунизацию. Еще 2% опрошенных сочли препятствиями к вакцинации отсутствие вакцин и небрежное отношение людей к своему здоровью.

«Многие пациенты с СД, — продолжил докладчик, — говорят врачам: „Грипп — не проблема! Просто придется поболеть несколько дней. Мой организм достаточно силен, чтобы победить инфекцию!“ И мало кто из них задумывается о том, что вирус гриппа, равно как и коронавирус, способен подбросить гликемию до крайне опасных значений. А хуже всего то, что вакцинация, по мнению многих людей, является нежелательным действием, таящим серьезные риски. При таком отношении она воспринимается как нечто навязанное, провоцирует тревогу, вызывает не только внутреннее сопротивление, но и активный протест».



ближайшие соседи по этому показателю — Пакистан, Вьетнам, Узбекистан и Непал. По количеству прививок в день мы занимаем 25-е место в мире. Перед нами — Куба, Аргентина и Тайвань. Такими темпами (а темп вакцинации в России несколько не ускорился в сентябре по сравнению с апрелем) мы достигнем уровня иммунизации 70% населения примерно через 500 дней, то есть лишь к 2023 году.

БАРЬЕРЫ К ВАКЦИНАЦИИ

Основные препятствия к вакцинации, по словам А.Ю. Майорова, находятся в сознании россиян. Причем это в равной степени относится к вакцинопрофилактике любой инфекции, а не только коронавирусной. Достаточно сказать, что, несмотря на многолетнюю прививочную кампанию по борьбе с гриппом, охват иммунизацией взрослого населения России составил в 2020 году лишь 41% при запланированном показателе 90%. По мнению Александра Юрьевича, анализ негативного отноше-

ТЕОРИЯ ЗАГОВОРА

Медицинские психологи проанализировали социально-психологические факторы, способствующие сопротивлению вакцинации. Самый мощный из них — недоверие человека к официальным источникам информации и восприятие исходящих от них призывов к прививкам как манипуляции общественным сознанием. Негативную роль играют также поддержка протестных настроений человека значимым социальным окружением, например сообществом пациентов с СД, а также общий критический настрой интернет-сообщества и высокая активность сторонников теории заговора. Вообще интернет-сообщество сегодня оказывает мощное влияние на отношение людей к любой информации, в том числе к вакцинации против НКИ.

Что же может сделать эндокринолог, чтобы преодолеть негативизм пациентов по отношению к прививкам? Нужно привести доказательства того, что информация о вреде

вакцинации основана на заблуждениях, существенно повышающих риски для больного. Позиция должна быть аргументированной: сравнительная статистика заболеваемости и смертности вакцинированных и невакцинированных, частота прививочных реакций и осложнений после прививки.

Информация должна исходить из источников (СМИ, сайты), пользующихся доверием населения. Сегодня достоверные и убедительные сведения о необходимости вакцинации больных диабетом содержатся на сайте diabetovед.ru. Фактически эта онлайн-школа диабета заменяет пациентам десятки закрытых в связи с пандемией очных школ. Этот ресурс стоит порекомендовать больным!

По мнению докладчика, озвучивать информацию о том, что прививка — единственное, что спасет жизнь больного с СД, если он заразится коронавирусом, должны не только лечащие врачи, но и опинион-лидеры — широко известные эндокринологи. К тому же любой врач может снять видео для пациентов и выложить его на YouTube или другой хостинг, а ссылку распространить среди своих подопечных.

Уверенность врача имеет решающее значение. Если он верит в пользу вакцины, то с большей вероятностью сможет убедить в этом пациента. Однако не стоит оказывать давление на больного! Успеха добьется авторитетный, но не авторитарный доктор. Предложение врачом вакцинации против COVID-19 должно быть ценностным. Эндокринологу необходимо просчитать риски и возможности вакцинации для данного конкретного пациента с СД, причем желательно взвешивать все «за» и «против» вместе с ним. Вывод же должен сделать сам больной.

ЦИФРЫ — НЕ ПОМЕХА

С 18 лет (а в ближайшей перспективе с 12) для вакцинации больных СД против НКИ через каждые 6 месяцев может применяться любая доступная в РФ вакцина — «Спутник V» («Гам-КОВИД-Вак»), «Спутник Лайт», «ЭпиВакКорона» или «КовиВак», заметил докладчик. Главные противопоказания к вакцинации — общие для всех и не связаны с СД. Это гиперчувствительность к какому-либо из компонентов вакцины, тяжелые аллергические или поствакцинальные реакции в анамнезе, острые инфекционные или неинфекционные заболевания, обострение хронической патологии. Дополнительные противопоказания к вакцинации больных СД — это острые осложнения диабета: диабетический кетоацидоз, гиперосмолярное гипергликемическое состояние, лактоацидоз, тяжелая гипогликемия. Осторожность требуется при вакцинации пациентов с выраженной декомпенсацией СД. Но это отнюдь не противопоказание к введению вакцины! Точно так же нет никаких противопоказаний к вакцинопрофилактике НКИ с точки зрения достижения показателей гликемического контроля. Никакие «цифры диабета» не повод для отказа от прививки, если у пациента нет вышеперечисленных острых осложнений СД.

Поиск инноваций или доверие опыту?

В рамках IV (XXVII) Национального конгресса эндокринологов с международным участием прошел симпозиум в нестандартном формате диабетологических дебатов. Модератор симпозиума, главный редактор нашей газеты профессор Михаил Борисович Анциферов условно разделил докладчиков на «новаторов» и «консерваторов». Эксперты обсудили актуальные вопросы применения сахароснижающих препаратов, данные последних клинических исследований и поделились собственным опытом. Симпозиум вызвал большой интерес со стороны слушателей.

ВСЕМ ИЛИ ИЗБРАННЫМ?

Первый раунд дебатов был посвящен обсуждению целевых групп пациентов, которые получают клиническую пользу от назначения ингибиторов натрийзависимого переносчика глюкозы 2 типа (иНГЛТ2). На правах «новатора» свой доклад «иНГЛТ2 и диабетическая нефропатия: результаты исследования VERTIS CV» представила заведующая лабораторией диабетической болезни почек и посттрансплантационной реабилитации ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России доктор медицинских наук М.Ш. Шамхалова.

Минара Шамхаловна напомнила, что в современных клинических руководствах иНГЛТ2 занимают все более значимые позиции. Так, в рекомендации Американской диабетологической ассоциации (ADA), принятые в 2021 году, внесены существенные изменения, касающиеся лечения пациентов с диабетической болезнью почек (ДБП). В частности, независимо от уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) и применения метформина, препаратами выбора у большинства пациентов могут быть иНГЛТ2 с доказанной эффективностью в отношении развития и прогрессирования хронической болезни почек (ХБП).

Вышли долгожданные рекомендации Консорциума по улучшению глобальных результатов лечения болезней почек (Kidney Disease Improving Global Outcome, KDIGO), в которых комбинация метформина и иНГЛТ2 является терапией первой линии у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа и ХБП при расчетной скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) ≥ 30 мл/мин. Позиция расширения спектра показаний к применению иНГЛТ2 базируется на результатах крупнейших рандомизированных клинических исследований (РКИ) и метаанализов, убедительно показавших нефропротективное действие препаратов данной группы при СД 2 типа. Новым исследованием этой серии является недавно завершившийся протокол VERTIS CV.

В отличие от предыдущих исследований, вторичной ренальной конечной точкой VERTIS CV были летальные исходы по причине заболеваний почек, потребность в диализе/трансплантации или удвоенные сывороточного креатинина в сравнении с исходным уровнем. Было установлено, что прием иНГЛТ2 эртуглифлозина (Стиглатра) способствовал снижению частоты достижения комбинированной почечной точки на 19 %, но различия с группой плацебо не достигли уровня статистической значимости. Однако при расчете «традиционной» конечной точки (устойчивое снижение рСКФ на 40 %, хронический диализ/трансплантация или смерть по причине заболеваний почек) было установлено, что терапия эртуглифлозином на 34 % снижает риск ее достижения, различия с группой плацебо были статистически значимы. Спикер назвала эту цифру очень внушительной и убедительной. Динамика рСКФ в исследовании VERTIS CV продемонстрировала

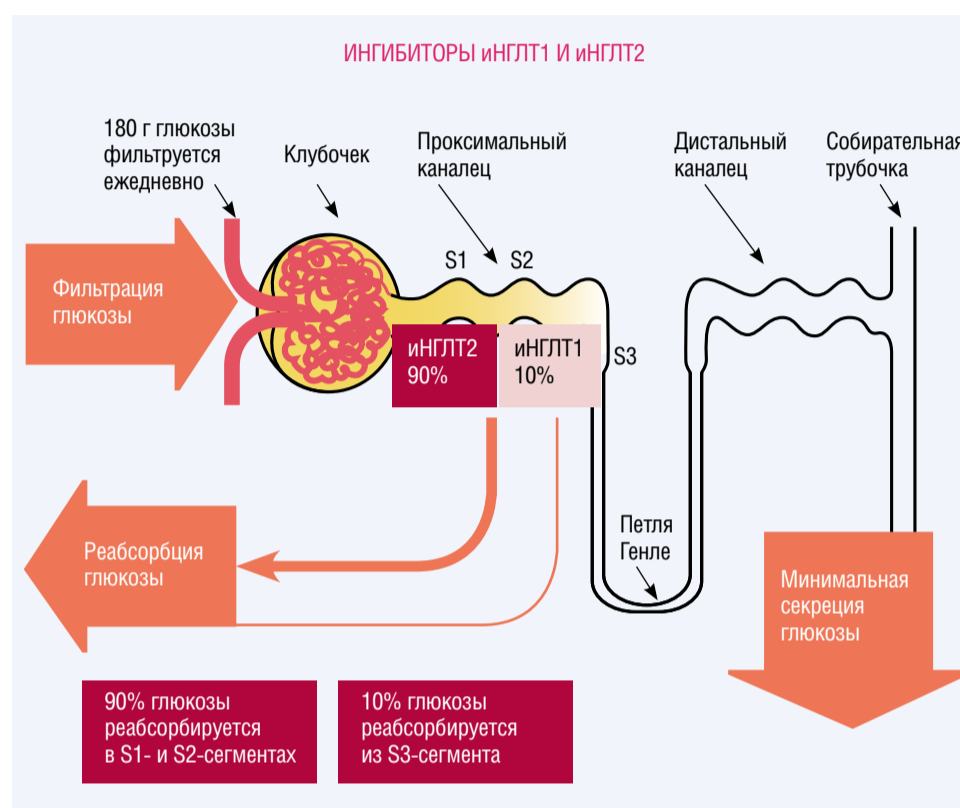


Рисунок. Схематическое объяснение нового инсулин-независимого подхода к терапии сахарного диабета с помощью ингибиторов натрийзависимого переносчика глюкозы первого и второго типа

начальное снижение в сроки 3–6 недель, что обусловлено физиологическим эффектом иНГЛТ2 (подавление клубочковой реабсорбции), с дальнейшим повышением рСКФ по механизму контррегуляции выведения натрия в условиях ингибирования натрий-глюкозного котранспортера с расширением приносящей артериолы. Чтобы оценить влияние начального снижения рСКФ на ренальный прогноз, среди участников VERTIS CV был проведен специальный субанализ, показавший, что в группе эртуглифлозина при исходном снижении рСКФ к 6-й неделе наблюдалась наименьшая степень прогрессивного снижения рСКФ в последующем периоде, а в группе плацебо прогрессивное снижение рСКФ было одинаковым для всех пациентов и последующая скорость снижения рСКФ была более выраженной, чем в группе эртуглифлозина. Таким образом, эртуглифлозин продемонстрировал протективное действие в отношении долгосрочной вероятности развития ХБП. Лечение эртуглифлозином у пациентов с СД 2 типа и подтвержденным атеросклеротическим сердечно-сосудистым заболеванием (ССЗ) приводило к менее выраженной скорости снижения рСКФ по сравнению с плацебо, независимо от исходной стадии ХБП, уровня альбуминурии или категории риска по шкале KDIGO.

ПОДВОДНАЯ ЧАСТЬ АЙСБЕРГА

Ответ «консерватора» прозвучал от имени заведующего отделением диабетической стопы ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России профессора Г.Р. Галстяна. В сообщении «Ингибиторы НГЛТ2: скрытые стороны айсберга» Гагик Радикович акцентировал внимание на высоком риске ампутаций у больных СД 2 типа и привел данные прошлых лет (когортное популяционное исследование) по сниже-

нию риска ампутации нижних конечностей на 35 % при терапии ингибиторами дипептидилпептидазы 4 (ДПП-4) по сравнению с пациентами, не получавшими ингибиторы ДПП-4. Между тем исследование CANVAS показало повышение риска ампутаций при применении канаглифлозина, что вызвало настороженность. К счастью, РКИ VERTIS CV не подтвердило эту тенденцию в отношении эртуглифлозина. Но докладчик все же рекомендовал соблюдать осторожность при назначении иНГЛТ2 пациентам с критической ишемией нижних конечностей, рассматривая возможность проведения реваскуляризирующих вмешательств перед стартом терапии иНГЛТ2.

Кроме того, негативным фактором прогноза у пациентов с СД 2 типа считаются инфекционные заболевания. В контексте пандемии новой коронавирусной инфекции проблема представляется чрезвычайно актуальной. Было показано, что пациенты с тяжелым течением COVID-19 и впервые выявленным СД 2 типа имеют худший прогноз по сравнению с больными, уже контролирующими гликемию. Докладчик привел данные недавно опубликованного консенсуса экспертов, согласно которому ингибиторы ДПП-4 рекомендованы в качестве сахароснижающих препаратов (ССП) при COVID-19 любой тяжести течения.

Хорошая доказательная база накоплена для ситаглиптина (Янувия) при управлении гликемией у пациентов, госпитализированных в общетерапевтические и хирургические отделения на стационарное лечение. Эффективность контроля гликемии была сравнима с базис-болюсной инсулинотерапией. Это важно, так как не все стационары располагают эндокринологической службой, а схема приме-

нения ситаглиптина более доступна для выполнения и не требует специального обучения медперсонала.

В исследованиях назначение ситаглиптина не сопровождалось увеличением частоты тяжелых гипогликемий по сравнению с инсулином, приводило к снижению HbA1c и уменьшению потребности в инсулине. Терапию ситаглиптином можно продолжить после выписки, в том числе в комбинации с инсулином или метформином. Применение иНГЛТ2 также возможно в комбинации с метформином и инсулинотерапией, при этом рекомендуется уменьшить дозу сульфонилмочевины на 50 % или дозу базального инсулина на 20 % (при условии хорошего контроля HbA1c или частых гипогликемий в анамнезе). Информирование пациентов о возможном снижении артериального давления (АД), необходимости отслеживания уровня глюкозы и признаков генитальных инфекций делает еще более безопасной современную терапию СД 2 типа, которая дает пациентам колоссальные преимущества в долгосрочной перспективе.

ЧЕМ РАНЬШЕ, ТЕМ ЛУЧШЕ?

Во втором раунде дебатов эксперты обсудили подводные камни, с которыми сталкиваются клиницисты и пациенты при лечении СД 2 типа на современном этапе. Позицию «консерватора» представила член-корреспондент РАН, заведующая кафедрой эндокринологии ИКМ имени Н.В. Склифосовского (Сеченовский университет) профессор Н.А. Петунина с докладом «Дорогу осилит идущий: когда безопасность на первом месте».

Нина Александровна отметила, что достижение гликемических целей с использованием инноваций — задача не всегда простая, но ее нужно решать, так как в реальной практике целевых значений гликемии и HbA1c достигают лишь около четверти пациентов. Краеугольный вопрос — приверженность терапии, которая, в свою очередь, зависит от безопасности лечения. Показано, что один (и более) эпизод гипогликемии за предшествующие 6 месяцев ассоциируется с увеличением вероятности прекращения лечения на 26 %. И напротив — факторами лучшей приверженности терапии являются более высокая вероятность достижения целевого уровня HbA1c и снижения массы тела в процессе лечения.

Нужно понимать, что есть различия в эффективности терапии ССП в клинических исследованиях и в реальной практике, и 75 % этой разницы обусловлены недостаточной приверженностью пациентов.

Снижение уровня знаний о лечении на 1 % повышает вероятность неприверженности на 3,6 %, поэтому нужно предоставлять информацию пациентам в полном объеме. Но не менее важно, чтобы больные ее усваивали, что зачастую затруднено из-за когнитивных нарушений, коморбидных по отношению к СД 2 типа. Среди других значимых факторов низкой приверженности лечению докладчик перечислила стоимость терапии, негативное отношение к инъекциям, сложность и неудобство схем лечения, нежелательные явления (НЯ).

Одним из эффективных решений проблемы спикер назвала назначение пероральных фиксированных комбинаций, таких как метформина гидрохлорид с пролонгированным высвобождением + ситаглиптин (Янумет Лонг). Переход на фиксированные комбинации ингибиторов ДПП-4 с метформином позволяет снизить уровень HbA1c до 0,5 % без какой-либо дополнительной коррекции терапии. Добавление ситаглиптина позволяет снизить частоту НЯ метформина (диарея, боль в животе и т.д.), предположительно, благодаря протективному действию на микробиоту кишечника. Интерес также представляют исследования, показавшие, что повышенная активность ДПП-4 является независимым фактором риска умеренных когнитивных нарушений у пациентов старшего возраста с СД 2 типа. Эти данные объясняют, почему положительное влияние на показатели когнитивного статуса значимо более выражено у ситаглиптина, чем у лираглутида.

ПОБЕДИТЕЛЕЙ НЕ СУДЯТ

Для «новаторского» ответа к микрофону пригласили заведующего кафедрой эндокринологии и диабетологии МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава РФ профессора Ашота Мусаеловича Мкртумяна, который представил сообщение «Дорога в тысячу лье начинается с одного шага, или победителей не судят?». Докладчик напомнил, что клиническая инертность способствует отсутствию адекватного гликемического контроля и, как результат, прогрессированию осложнений СД 2 типа, в том числе диабетической нефропатии. Важен не только сам факт контроля гликемии, но и его длительность: более длительные периоды гипергликемии на ранних сроках заболевания в долгосрочной перспективе ассоциированы с риском микрососудистых осложнений и летальности.

Говоря об инновационных стратегиях контроля гликемии, спикер подчеркнул значение предсказуемого дозозависимого фармакокинетического профиля эртуглифлозина (Стиглатра), его быстрое и полное всасывание с высокой биодоступностью при пероральном приеме, быстрое достижение пика максимальной концентрации в плазме крови (через час после приема) и длительное сохранение необходимой концентрации в плазме (около 17 часов).

Оптимальные фармакокинетические параметры обеспечивают высокую эффективность эртуглифлозина в комбинации с метформином, которая была показана в исследовании VERTIS MET. В этом протоколе изучались два режима дозирования эртуглифлозина — 5 и 15 мг. В общей когорте участников доля пациентов, достигших на 26-й неделе терапии показателя HbA1c ниже 7 %, была достоверно выше при применении эртуглифлозина, чем в группе плацебо. В группе эртуглифлозина удалось достичь среднего снижения систолического АД на 4,4 мм рт. ст., диастолического — на 1,6 мм рт. ст. Спикер провел параллели с гипотензивной терапией: достижение такого снижения АД не всегда отмечается при назначении гипотензивных препаратов, тогда как значительным считается снижение на каждый 1 мм рт. ст. А в протоколе схожего дизайна VERTIS SITA2 сравнивалась эффективность эртуглифлозина и ситаглиптина (оба препарата применялись в сочетании с метформином). Добавление эртуглифлозина к комбинации ситаглиптина и метформина приводило к достоверному увеличению (в два раза) частоты достижения HbA1c менее 7 % на 26-й неделе терапии. В исследовании VERTIS FACTORIAL сравнивалась эффективность эртуглифлозина и ситаглиптина в монорезимах и в комбинации. На 26-й неделе в группах монотерапии удалось достичь хороших

результатов (HbA1c ниже 7 %), но комбинированный режим (эртуглифлозин 5 мг + ситаглиптин 100 мг) был достоверно более эффективным в отношении данного целевого показателя. Применение схем гипогликемической терапии с включением эртуглифлозина также позволяло пациентам снижать массу тела в динамике со стойким удержанием результата и улучшал профиль систолического АД. Это демонстрирует плейотропное действие препарата.

Профессор Мкртумян представил критику ступенчатого подхода к терапии СД 2 типа. Показано, что у пациентов с HbA1c 7,5 % и более время до следующей интенсификации терапии занимает годы, промежуток между этапами лечения составляет от 1,9 до 7,2 года. Докладчик назвал такую стратегию «лечением до неудачи» и предложил заменить ее стратегией «лечения до достижения цели», когда пациенту с первого дня


назначается эффективная схема гипогликемической терапии. Спикер напомнил, что речь идет о здоровье и жизни больных СД 2 типа, для сохранения чего мы располагаем эффективными возможностями.

НОВАТОР-КОНСЕРВАТОР

В ходе дискуссии М.Б. Анциферов поднял вопрос об оптимальном дозировании эртуглифлозина. Участники дебатов пришли к выводу, что у подавляющего большинства пациентов достаточной дозировкой является 5 мг эртуглифлозина, но в отдельных случаях (например, при существенном превышении исходной массы тела) целесообразно увеличить дозу препарата до 15 мг.

Профессор М.Б. Анциферов обратил внимание присутствующих на тот факт, что действующими рекомендациями предписана ступенчатая терапия СД. С учетом высокой безопасности эртуглифлозина и ситаглиптина эксперты сочли допустимым раннее

назначение эртуглифлозина в комбинации с метформином либо с метформином и ситаглиптином в отдельных случаях (высокий уровень HbA1c на старте терапии, высокий сердечно-сосудистый риск, наличие тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний). М.Б. Анциферов высказал мнение, что добавление к метформину второго препарата может в некоторых случаях стать альтернативой увеличению дозировки метформина.

А.М. Мкртумян отметил, что титрование дозы каждого из препаратов в монорезиме создает риск значительного увеличения промежутков времени, когда пациент находится вне целевого диапазона гликемии. М.Ш. Шамхалова дополнила, что в новой версии рекомендаций, которая в настоящее время находится на утверждении в Минздраве РФ, предусмотрена опция стартовой гипогликемической терапии с комбинацией препаратов. 

Ольга Безрукова, к.м.н.

ДОСТИГАЯ ЦЕЛИ*

со СТИГЛАТРА (эртуглифлозин)



СТИГЛАТРА (эртуглифлозин)

ИНГИБИТОР НГЛТ-2 ОТ КОМПАНИИ MSD ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С СД 2 ТИПА^{1,2}

*Для большинства взрослых пациентов с СД адекватным является целевой уровень HbA1c менее 7.0%³

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Стиглатра. 2. Регистрационное удостоверение № ЛП-005959 от 02.12.2019. 3. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 9-й выпуск (дополненный). – М.; 2019

КЛЮЧЕВАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО БЕЗОПАСНОСТИ ПРЕПАРАТА СТИГЛАТРА (эртуглифлозин)
Стиглатра (эртуглифлозин): таблетки 5 мг, таблетки 15 мг. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **Противопоказания.** Повышенная чувствительность к эртуглифлозину или любому другому из компонентов лекарственного препарата; Тяжелая степень печеночной недостаточности (данные по эффективности и безопасности отсутствуют); Нарушение функции почек с рСКФ устойчиво ниже 45 мл/мин/1,73 м² или с клиренсом креатинина менее 45 мл/мин или пациенты на диализе; Диабетический кетоацидоз; Сахарный диабет 1 типа; Детский возраст до 18 лет; Беременность и период грудного вскармливания; Дефицит лактазы, непереносимость галактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. **С осторожностью:** нарушение функции почек с рСКФ ниже 60 мл/мин/1,73 м² или клиренс креатинина < 60 мл/мин (для начала терапии). **Особые указания.** До начала терапии оценить состояние ОЦК и при необходимости провести его коррекцию. Может наблюдаться симптоматическая гипотензия, особенно у пациентов с нарушением функции почек (рСКФ меньше 60 мл/мин/1,73 м² или клиренсом креатинина меньше 60 мл/мин), пациентов пожилого возраста (≥ 65 лет), пациентов, принимающих диуретики или у пациентов, получающих антигипертензивную терапию с гипотензией в анамнезе. При подозрении на диабетический кетоацидоз лечение эртуглифлозином следует немедленно прекратить. Препарат Стиглатра не следует начинать применять у пациентов с рСКФ ниже 60 мл/мин/1,73 м² или клиренсом креатинина ниже 60 мл/мин. Прием препарата Стиглатра следует прекратить, если рСКФ стабильно меньше 45 мл/мин/1,73 м² или клиренс креатинина стабильно меньше 45 мл/мин. Может повышать риск гипогликемии при использовании в комбинации с инсулином и/или препаратом секретогоном инсулина. Выведение глюкозы почками может сопровождаться повышением риска инфекций мочевыводящих путей. **Наиболее часто встречающиеся нежелательные реакции.** НР, возникшие за время клинических исследований: очень часто – вульвовагинальные грибковые инфекции и другие грибковые инфекции половых органов у женщин, часто – кандидозный баланит и другие грибковые инфекции половых органов у мужчин, гипогликемия, снижение ОЦК, учащенное мочеиспускание, вульвовагинальный зуд, жажда, изменение концентрации липидов сыворотки крови, повышение концентрации гемоглобина, повышение концентрации азота мочевины крови. **Показания:** у пациентов с СД 2 типа в возрасте 18 лет и старше в дополнение к диете и физическим упражнениям для улучшения гликемического контроля: в качестве монотерапии у пациентов, которым применение метформина не показано из-за непереносимости или противопоказаний; в качестве комбинированной терапии с метформином, производными сульфонилмочевины, ингибиторами ДПП-4 (в том числе, в комбинации с метформином) и препаратами инсулина при отсутствии адекватного гликемического контроля на данной терапии.
 Перед назначением любого препарата, упомянутого в данном материале, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению, предоставляемой компанией-производителем. Компания MSD не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению.



ООО «МСД Фармасьютикалс»
 119021, Россия, г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 11, стр. 1, БЦ «Демидов»
 Тел. +7 (495) 916-71-00, факс +7 (495) 916-70-94. www.msd.ru

RU-STE-00114_09.2021

Самоконтроль глюкозы крови в современных условиях

Сахарный диабет сегодня — одна из самых распространенных неинфекционных нозологий. Представлен он группой метаболических заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, длительное существование которой ведет к развитию диабетической микро- и макроангиопатии.



Николай
Александрович
ДЕМИДОВ

К.м.н., врач-эндокринолог ГБУЗ «Городская больница г. Московский Департамента здравоохранения Москвы», главный эндокринолог Троицкого и Новомосковского округа Москвы, руководитель московского сегмента Федерального регистра пациентов с сахарным диабетом (ФРСД)



Юлия
Александровна
РЯПОЛОВА

Детский врач-эндокринолог ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 98 Департамента здравоохранения Москвы»

ГЛАВНАЯ ОПАСНОСТЬ

Одну из основных опасностей представляет неуклонный рост распространенности сахарного диабета (СД). По данным Международной диабетической федерации, численность больных СД в мире за последние 10 лет увеличилась более чем в два раза и к концу 2019 года превысила 463 млн человек. По прогнозам, к 2030 году таких людей будет уже 578 млн, а к 2045 году — 700 млн.

Достижение и длительное удержание показателей гликемического контроля в целевом диапазоне способствует профилактике отдаленных осложнений СД. Согласно современным рекомендациям по его лечению, выбор индивидуальных целей терапии производится по уровню гликированного гемоглобина (HbA1c) и зависит от возраста пациента, ожидаемой продолжительности его жизни, функциональной зависимости, наличия атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний (АССЗ) и риска тяжелой гипогликемии.

Контроль достижения цели терапии осуществляется на основе регулярного мониторинга уровня HbA1c. Для большинства взрослых пациентов с СД целевым является уровень HbA1c ниже 7,0%. Уровень HbA1c коррелирует со среднесуточной гликемией, а также с уровнем гликемии до и через 2 часа после приема пищи, определяемым в течение 2–3 месяцев. Таким образом лечащий врач имеет возможность установить пациенту индивидуальные цели не только по уровню HbA1c, но и по уровню препрандиальной и постпрандиальной гликемии. Это может стать основой их совместной работы над достижением и длительным удержанием гликемии в заданных целевых диапазонах.

ВОПРОС ПРИВЕРЖЕННОСТИ

Главным инструментом контроля достижения и удержания поставленных целей гликемии для пациента является ее ежедневный мониторинг, осуществляемый самосто-

ятельно в реальной жизни. Сегодня для мониторинга уровня глюкозы используются глюкометры, системы непрерывного мониторинга глюкозы (НМГ) и флэш-мониторирования (ФМГ). Несмотря на рост частоты использования в реальной практике устройств для проведения НМГ и ФМГ, применение которых действительно может способствовать достижению целей гликемического контроля у пациентов на интенсифицированной инсулинотерапии, основным методом самоконтроля остается измерение уровня гликемии индивидуальным глюкометром. Пациентам, применяющим НМГ или ФМГ, также рекомендовано проведение самоконтроля гликемии при помощи индивидуального глюкометра не менее четырех раз в сутки при использовании НМГ в реальном времени или не менее двух раз в сутки при использовании ФМГ для оценки точности и (или) калибровки данных мониторинга и решения вопроса о коррекции лечения.

Необходимо отметить, что, по данным литературы, широкое внедрение в клиническую практику современных технологий для НМГ и введения инсулина (инсулиновые помпы) далеко не всегда автоматически приводит к улучшению показателей гликемического контроля. В некоторых исследованиях демонстрируется ухудшение средних показателей гликемического контроля у пациентов, использующих современные технологии, по результатам 2016–2018 годов, по сравнению с показателями 2010–2012 годов, несмотря на значительно более частое использование данных технологий в клинической практике. Ряд исследователей демонстрируют высокую частоту недостаточной приверженности к проведению НМГ и досрочного его прекращения в условиях реальной клинической практики, что выливается в значительные потери ресурсов здравоохранения. При этом существует четкая связь эффективности применения новых технологий НМГ и введения инсулина с приверженностью пациентов к выполнению терапевтических рекомендаций.

Приверженность (*англ. adherence* — приверженность, верность, строгое соблюдение) — это активная, сознательная вовлеченность больного в лечебный процесс и выполнение врачебных рекомендаций для достижения терапевтических целей. Понятие «приверженность» подразумевает сотрудничество с врачом и активное вовлечение пациента в процесс лечения. Подобное сотрудничество необходимо для того, чтобы пациент чувствовал ответственность за свое здоровье и следовал назначениям врача. Использование эффективных стратегий повышения приверженности пациентов к лечению может способствовать улучшению контроля за течением заболевания, снижению риска осложнений.

Наиболее уязвимы в отношении неудовлетворительной приверженности к терапии пациенты с хроническими заболеваниями, которым приходится длительно выполнять врачебные назначения. Существует множество барьеров для повышения приверженности медицинским рекомендациям. Эти барьеры могут быть социально-экономическими, касаться организации

системы здравоохранения в отдельной стране или населенном пункте, отражать особенности течения определенного заболевания, быть связанными с особенностями работы медицинских сотрудников (клинической инерцией в назначении терапии) или особенностями конкретного пациента (уровень знаний, образования, медицинской культуры, когнитивные возможности и т.п.).

Сегодня средства самоконтроля доступны больным СД, однако приверженность к проведению самоконтроля остается недостаточной. Только 44% взрослых пациентов с СД 1 типа и 24% больных

полученный результат (уровень глюкозы низкий, высокий или находится в целевом диапазоне) по сравнению с глюкометром без такой технологии. При использовании глюкометров с цветовой индикацией у пациентов отмечали улучшение показателей гликемического контроля: снижение HbA1c на 0,7%, глюкозы плазмы натощак — на 1,7 ммоль/л, а также увеличение частоты тестирования на 0,5 теста в день.

В глюкометре OneTouch Verio Reflect® система цветowych подсказок становится более детальной, это так называемые динамические цветowe подсказки ColourSure®. Они позволяют пациенту не только уве-

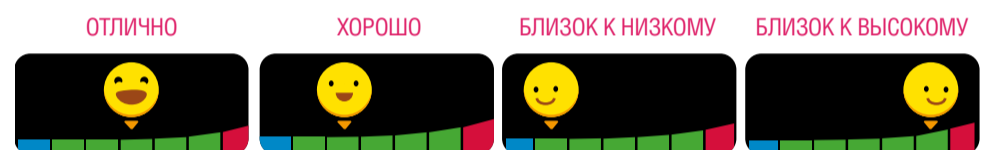


Рисунок 1. Цветовое и графическое информирование пациентов о нахождении уровня глюкозы в разных сегментах целевого диапазона: экран глюкометра OneTouch Verio Reflect®

СД 2 типа проводят регулярный самоконтроль. У молодых пациентов приверженность самоконтролю составляет 31–69%. Это одна из причин недостижения целей терапии многими больными.

МАСТЕР-КЛАСС ДЛЯ ПАЦИЕНТА

Чтобы структурированный самоконтроль действительно стал эффективным инструментом в достижении целей гликемии, необходимо обучение пациента проведению правильного самоконтроля с достаточной частотой измерения гликемии. Частота проведения самоконтроля определяется современными российскими рекомендациями исходя из особенностей заболевания (тип СД и вид проводимой терапии). При этом имеет большое значение не только сам факт осуществления самоконтроля гликемии, но и то, насколько правильно пациенты его проводят.

Так, по данным анкетирования больных СД 2 типа (А.Ю. Майоров, 2018) 64% пациентов измеряют уровень глюкозы крови только натощак. 64% пациентов утверждают, что знают свой целевой уровень глюкозы до еды, при этом 55% из них называют показатель, не соответствующий современным рекомендациям. В отношении постпрандиальной гликемии наблюдается похожая ситуация: 53% пациентов знают свой целевой уровень глюкозы, но при этом 60% из них называют показатель, не соответствующий рекомендациям. 62% пациентов действуют несвоевременно, купируя гипогликемию; 61% действуют поздно, чтобы устранить гипергликемию. При этом абсолютное (86%) большинство пациентов с СД 2 типа выражают желание иметь глюкометр, который помог бы интерпретировать полученный результат (низкий, высокий или целевой).

Важным элементом повышения эффективности самоконтроля является использование в глюкометрах систем цветowych подсказок, которые позволяют пациенту правильное и быстрее интерпретировать

реннее интерпретировать нахождение уровня глюкозы в том или ином диапазоне (целевом, низких или высоких значений), но и отмечать приближение показателя, находящегося в целевом диапазоне, к границе диапазона высоких или низких значений. Кроме того, цветовая индикация дополнена смайликами, которые дополнительно помогают интерпретировать результат и вносят вклад в формирование приверженности к самоконтролю (рис. 1).

Зачастую одного только информирования пациента о целях, частоте и особенностях проведения самоконтроля недостаточно для формирования его приверженности к проведению правильного и регулярного самоконтроля. В данном случае помогают стимулы, подсказки, а также поддержка, которые чаще всего осуществляются врачом. Однако в реальной клинической практике пациенты проводят с ним не так много времени, особенно в период ограничений, связанных с пандемией COVID-19. В глюкометре OneTouch Verio Reflect® используются основанные на когнитивно-поведенческих технологиях функции, способствующие изменению поведения пациента и вовлечению его в активное использование самоконтроля. Данные технологии позволяют, с одной стороны, преодолевать некоторые барьеры, мешающие проведению самоконтроля, а с другой — мотивировать пациента к более частому тестированию.

Важным препятствием к проведению самоконтроля служит то обстоятельство, что пациенты плохо запоминают рекомендации врача в отношении целевых значений пре- и постпрандиальной гликемии. В глюкометре OneTouch Verio Reflect® больной вместе с доктором или самостоятельно может выставить индивидуальные целевые значения глюкозы крови до и после еды, что поможет предотвратить путаницу с интерпретацией данных самоконтроля. Также можно настроить среднее значение целевого уровня глюкозы за 90 дней и рекомендованную частоту тестирования (трекер тестов).

В зависимости от результатов измерения глюкометр предлагает пациенту персональные рекомендации, чтобы тот избегал высоких или низких значений гликемии. Так преодолевается барьер, связанный с неумением больного применять свои знания на практике, а также со страхом принятия самостоятельных решений.

НИЗКИЙ САХАР

Важнейшим барьером в достижении целей гликемического контроля является страх гипогликемических состояний. Глюкометр

Для проведения эффективного самоконтроля гликемии индивидуальные глюкометры должны соответствовать ГОСТ Р ИСО 15197–2015 по аналитической и клинической точности. При уровне глюкозы плазмы ниже 5,6 ммоль/л 95 % измерений должны отклоняться от эталонного анализатора не более чем на $\pm 0,83$ ммоль/л, при уровне глюкозы плазмы 5,6 ммоль/л и выше 95 % измерений должны отклоняться от эталонного анализатора не более чем на ± 15 %. 99 % результатов должны быть в пределах зон А и В согласован-

на ПССП — 0,01 %. В процессе исследования частота тестирования повысилась с 3,68 до 3,94 раза в сутки за 30 дней наблюдения ($p \leq 0,0500$) и с 3,68 до 4,02 раза за 90 дней ($p \leq 0,0500$).

Данные литературы также демонстрируют, что мобильные медицинские технологии (mHealth) позволяют улучшить уровень HbA1c, а также эффективны для установления дистанционного обмена информацией между пациентами и врачами. По результатам метаанализа, основанные на использо-

с СД 2 типа, использующих для обмена данными короткие сообщения, по сравнению со стандартными подходами [10].

В настоящее время, особенно в условиях пандемии COVID-19, особое значение приобретают системы сбора и дистанционного анализа медицинских данных, на основе которых может выстраиваться эффективная коммуникация врача и пациента, приводящая к повышению качества гликемического контроля в ситуации лечения больных СД. Эффективное вовлечение в процесс само-



Рисунок 2. Визуализация данных мобильного приложения OneTouch Reveal®

с помощью предупреждающих сообщений и функции выявления трендов привлечет внимание пациента к высокому риску развития гипогликемии и поможет предотвратить тяжелую гипогликемию, так как известно, что повторяющиеся эпизоды легкой гипогликемии могут привести к развитию тяжелой. Половина случаев гипогликемии может быть спрогнозирована на основе анализа данных самоконтроля гликемии. Если наблюдается тенденция к гипогликемии (низкий тренд), то в течение следующих 24 часов риск развития тяжелой гипогликемии увеличивается в два раза по сравнению с риском тяжелой гипогликемии без предшествующего тренда.

Если гипогликемия все-таки наступила, глюкометр проинформирует пациента о необходимых мерах, которые нужно предпринять в такой ситуации.

В глюкометре OneTouch Verio Reflect® реализована еще одна новая функция — эмоциональный компонент для поддержания мотивации и поощрения пациентов на пути к достижению поставленных целей. Прибор приветствует пациента при включении; демонстрирует улыбающийся смайлик, если гликемия находится в целевом диапазоне; сообщает различную полезную информацию (например, среднее значение гликемии за заданный промежуток времени) и предлагает провести измерение уровня глюкозы. Кроме того, на экране демонстрируются мотивирующие сообщения при выполнении определенной задачи или достижении установленного значения и присваиваются «награды» (золотые, серебряные и бронзовые). Таким образом, прибор мотивирует пациента к совершению определенных действий, что помогает формированию полезной привычки или навыка.

В исследовании ASCEND пациенты с СД (133 человека в возрасте 16 лет и старше), использовавшие новый глюкометр с описанными выше функциями, сообщили об улучшении интерпретации и повышении готовности к действиям по результатам оценки концентрации глюкозы в крови. Способность правильно классифицировать показания глюкометра возросла на 26 %. При этом на 36 % увеличилось количество пациентов, готовых совершать активные действия при получении низких показателей уровня глюкозы крови, и на 32 % — при получении высоких показателей.

ной сетки ошибок Паркса. Глюкометр OneTouch Verio Reflect® полностью соответствует современным требованиям к точности: 100,0 и 99,3 % результатов измерений прибора лежат в пределах отклонений $\pm 0,83$ ммоль/л и $\pm 15,0$ % соответственно; 100,0 % результатов глюкометра попадают в зоны А и В согласованной сетки ошибок.

Глюкометр OneTouch Verio Reflect® совместим с мобильным приложением OneTouch Reveal®, которое автоматически собирает данные с прибора и предоставляет аналитические отчеты, помогающие пациентам и медицинским работникам принимать более информированные решения в отношении лечения и образа жизни.

Фактически приложение OneTouch Reveal® — это электронный дневник самоконтроля, который собирает и сохраняет результаты автоматически, показывает данные в удобном формате (диаграммы, графики, тренды, цветовые подсказки), позволяет делиться отчетами (e-mail, СМС и др.) и быстро выявляет потенциальные проблемы. Приложение позволяет вовлечь пациента в управление диабетом, а также сэкономить время на приеме у врача (рис. 2).

При дистанционном консультировании пациентов допустимо использовать структурированные отчеты, которые формируются в приложении и состоят из шести разделов: общий отчет, график дня, график тренда, график недели, обобщенный график дня, дневник.

О ЧЕМ ГОВОРЯТ ЦИФРЫ

В Москве в 2020 году была инициирована программа по оценке динамики показателей гликемического контроля при использовании мобильного приложения OneTouch Reveal® пациентами с СД, в которой приняли участие 50 пациентов (52 % мужчин и 48 % женщин) в возрасте 18–65 лет.

Использование мобильного приложения позволило улучшить показатели гликемического контроля и увеличить приверженность пациентов к самоконтролю. За период наблюдения отмечено снижение уровня HbA1c на 0,79 % ($p \leq 0,0001$). При этом снижение в группе пациентов на инсулинотерапии составило 0,83 % ($p \leq 0,0010$), на комбинированной терапии инсулином с пероральными сахароснижающими препаратами (ПССП) — 0,76 % ($p \leq 0,1000$),

вании мобильных телефонов технологии позволили снизить HbA1c на 0,5 % за 6 месяцев с более выраженным уменьшением HbA1c у больных СД 2 типа (0,8 %) по сравнению с пациентами с СД 1 типа (0,3 %). Кроме того, в обзоре данных по 13 исследованиям была установлена статистически значимая позитивная динамика показателей гликемического контроля у пациентов

контроля больных, применяющих глюкометр OneTouch Verio Reflect®, с последующим дистанционным анализом данных с помощью приложения OneTouch Reveal® может стать важным инструментом достижения целевых значений гликемического контроля у больных СД, использующих данные технологии. 📱

Список литературы находится в редакции

НОВИНКА

Глюкометр УанТач Верлио Рефлект

Единственный глюкометр в России, который дает советы и мотивирует*

Используется с тест-полосками OneTouch Verio®

ColourSure PLUS

№ 100
№ 50

ONETOUCH Verio Reflect®

С функцией ПОМОЩНИКА Blood Sugar Mentor

Бесплатное мобильное приложение** OneTouch Reveal® с вашими результатами в удобном формате

svami.onetouch.ru
8 800 200 83 53

*Исследование было проведено компанией «Индекс» в июне 2021 г. среди 39 глюкометров, зарегистрированных в России. **Мобильное приложение «Электронный дневник самоконтроля OneTouch Reveal®» предназначено для граждан Российской Федерации старше 16 лет. Результаты функций приложения не являются диагнозом, не являются исчерпывающими и полностью достоверными, не заменяют визит к врачу и не могут быть основанием для внесения изменений в назначенную терапию и образ жизни. Blood Sugar — глюкоза крови, Mentor — помощник. Товар сертифицирован. Рег. уд. № РЗН 2021/14349, РЗН 2021/14393, ©ООО «ЛайфСкан Раша», 2021, 121614, г. Москва, ул. Крылатская, д. 17, корп. 4, эт. 2, пом. 1, комн. 2, GL-VRF-2100019.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

Автономная полинейропатия — подводный айсберг диабета

Диабетическая автономная (или вегетативная) нейропатия (др.-греч. — «нерв» + др.-греч. — «страдание, болезнь») стоит в одном ряду с диабетической полинейропатией по снижению качества жизни и влиянию на рост смертности больных сахарным диабетом.



Екатерина
Геннадьевна
ДЕМЬЯНОВСКАЯ

К.м.н., доцент кафедры неврологии
ФГБУ «Центральная государственная
медицинская академия» Управления делами
Президента РФ, член Ассоциации
междисциплинарной медицины

ПОРАЖЕНИЕ СОСУДОВ

Более чем у половины больных сахарным диабетом (СД) 1 типа диабетическая автономная нейропатия (ДАН) выявляется в среднем через 2 года от начала основного заболевания. А при СД 2 типа признаки ДАН, как правило, присутствуют уже при первичной диагностике, что может рассматриваться как следствие длительного доклинического течения диабета. Морфологические основы развития ДАН и диабетической полинейропатии (ДПН) похожи — ведущим фактором патогенеза в обоих случаях служит васкулопатия. Зачастую ДАН и ДПН развиваются параллельно и манифестируют более или менее одновременно. Известно, что поражение сосудов микроциркуляторного русла возникает задолго даже до субклинической нейропатии.

Клеточным механизмом поражения нейронов при ДАН служит нарушение энергетического обмена, характерное для многих тканей при СД: дисфункция митохондрий и активация перекисного окисления липидов. В результате перемещения неправильно функционирующих митохондрий от тела чувствительного нейрона к периферическим отросткам происходит окислительное повреждение аксонов. По мере аксонального транспорта энергетическая недостаточность достигает своего максимума в дистальных отделах аксонов, которые непосредственно контактируют с иннервируемыми тканевыми структурами. Разрушение дистальных отделов аксонов соответствует симптоматике денервации соответствующих органов.

Для ДАН характерны многообразные вегетативные висцеральные и судомоторные проявления. В структуре заболеваемости и смертности лидируют различные нарушения сердечной деятельности: тахикардия покоя, ортостатическая и постуральная гипотензия, аритмии, безболевая ишемия миокарда, внезапная сердечная смерть. В исследовании «Эпидемиология и профилактика диабета в Европе» (European Epidemiology and Prevention of Diabetes, EURODIAB) вегетативная дисфункция присутствовала у каждого третьего пациента с СД 2 типа и значимо ассоциировалась с сосуществующими сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) даже после поправки на возраст, значение HbA1c и стадию СД. Сердечно-сосудистые проявления имеют настолько большое значение, что в структуре ДАН отдельно выделяют диабетическую автономную кардиальную нейропатию (ДАКН).

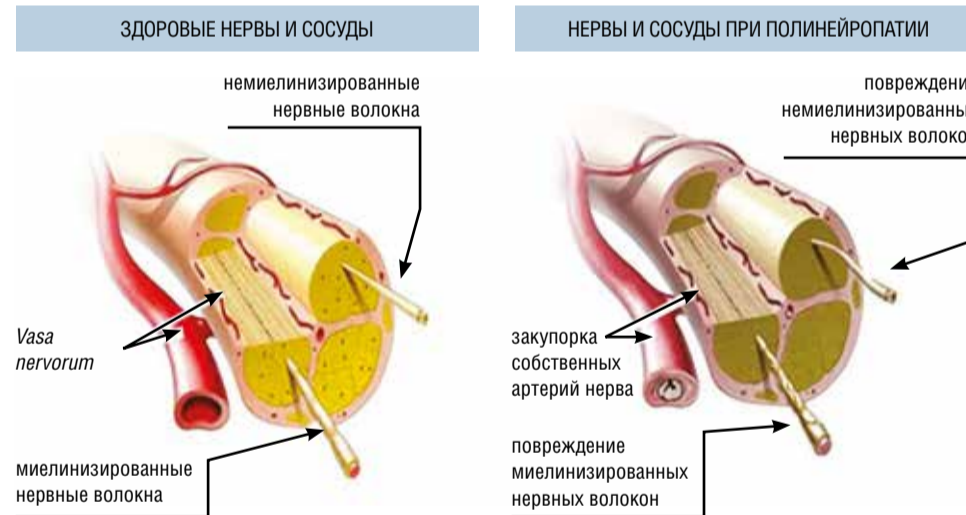
Расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) представлены тошнотой, рвотой, энкопрозом, диареей, недержанием кала, гастропарезом, рефлюксной болезнью. Также ДАН может затрагивать мочеполовую сферу, тогда у пациентов развиваются эректильная дисфункция (ЭД), ретроградная эякуляция, недержание мочи, атония мочевого пузыря. К одному из симптомов ДАН, о котором часто забывают, относится нарушение зрачкового рефлекса. Между тем, оно существенно снижает качество жизни пациентов, так как нарушает адаптацию зрения в сумерках и темноте и может существенно ограничивать такие виды активности, как вождение автомобиля. Кроме того, нарушения терморегуляции, потоотделения и трофики у пациентов с СД 2 типа также можно отнести к проявлениям ДАН.

ДЕНЕРВАЦИЯ СЕРДЦА

В норме регуляция сердечного ритма обеспечивается балансом симпатической и парасимпатической иннервации. Соответственно клинические признаки ДАН у конкретного пациента зависят от того, какой из отделов вегетативной нервной

стируют, если артериальное давление (АД) при принятии вертикального положения снижается на 20 мм рт. ст. и более. Также в результате нарушения вегетативного обеспечения миокарда у пациентов с ДАН утрачивается естественный циркадный ритм вариабельности АД: при проведении суточного мониторинга АД может не отмечаться физиологического утреннего подъема или увеличения АД в фазе быстрого сна.

Еще одной частой причиной внезапной сердечной смерти при ДАН является безболевой инфаркт миокарда (ИМ). Картина классического ангинозного приступа у пациентов с СД 2 типа и ДАН — скорее редкость, чем правило. В целом отсутствие боли при ишемии сердечной мышцы считается основной причиной летальных исходов у пациентов с СД, так как затрудняет своевременную диагностику и оказание медицинской помощи. Полагаться полностью на ЭКГ при ДАН нельзя, потому что ее данные часто не отражают реальную клиническую ситуацию. Могут наблюдаться удлинение интервала QT, инверсия положительного зубца T, псевдокоронарная элевация сегмента ST.



системы (ВНС) преимущественно пострадал. При выключении парасимпатического звена развивается стойкая тахикардия, симпатического — фиксация частоты сердечных сокращений (ЧСС). Тахикардия покоя с ЧСС 100 и более в минуту нередко служит одним из первых симптомов, позволяющих заподозрить ДАН у пациента. Персистирующая тахикардия способствует быстрому развитию дисфункции левого желудочка и прогрессированию атеросклероза, преимущественно в коронарных и сонных артериях. А снижение вариабельности ЧСС коррелирует с повышенным риском внезапной сердечной смерти.

Симпатический отдел через юктагломерулярный аппарат и барорецепторы сосудов нижних конечностей контролирует нормотонию в ортостазе. Ее биологическое назначение заключается в предупреждении гипоперфузии головного мозга в вертикальном положении тела. Следовательно, наличие ортостатической гипотензии говорит о том, что у пациента пострадала симпатическая часть автономной иннервации сердечно-сосудистой системы. Гипотензию в ортостазе диагно-

ЛЕНИВЫЙ ЖЕЛУДОК

Нарушение вегетативной иннервации проявляется прежде всего расстройством моторики ЖКТ на разных уровнях. Нарушение моторики пищевода может спровоцировать развитие рефлюкс-эзофагита, а желудка — стать причиной гастростаза. Пациенты предъявляют жалобы на тяжесть в эпигастрии после приема пищи, тошноту, отрыжку, рвоту. Задержка эвакуации пищи из желудка способна привести к нарушению фармакокинетики лекарственных средств (ЛС), принимаемых перорально, и создает дополнительный риск гипергликемии — так называемого лабильного диабета, что нужно принимать во внимание у пациентов с частыми приступами необъяснимой гипергликемии. Аналогично гастропарезу могут развиваться нарушения перистальтики желчевыводящих путей вплоть до атонии желчного пузыря, что способствует развитию диабетической холецистопатии с холелитиазом.

Недержание кала в ночное время при отсутствии признаков недержания мочи позволяет дифференцировать энкопроз на фоне ДАН и поражения спинного мозга. Внутренний запирающий сфинктер снабжен и симпатическими, и парасимпатическими волокнами, а наружный получает соматическую иннервацию. Для СД характерно поражение соматических нервов периферических отделов конечностей, но соматическая иннервация ануса остается интактной, то есть работа наружного сфинктера не нарушается. Страдает только внутренний сфинктер, но в дневное время это компенсируется работой наружного сфинктера. Недержание кала возникает преимущественно в ночное время, в периоды глубокого сна и максимальной релаксации.

Причины диабетической диареи до конца не выяснены: предполагается, что ведущими механизмами являются диабетическая энтеропатия и нарушение микробного пейзажа кишечника. Обычно диарея при СД протекает волнообразно и не сопровождается болью в животе, но создает дополнительный риск гипогликемии.

Стоит обращать внимание на вкусовую гиперсаливацию — еще одно гастроэнтерологическое проявление ДАН. Основным ее признаком служит жалоба на чрезвычайно обильное слюноотделение при попадании в ротовую полость любой пищи.

Боли в животе относят на счет симпатических феноменов, возникающих вследствие преобладания симпатической иннервации. Абдоминалгии носят разлитой, неопределенный характер, боль тупая,

Пациента следует информировать о других признаках острого ИМ: боль в грудной клетке любой локализации, внезапная спутанность сознания, сонливость, общая слабость, нарушение сердечного ритма, тошнота, рвота, профузное потоотделение. Рекомендован комплексный подход к диагностике острого коронарного синдрома при СД с интерпретацией не только клинических и электрокардиографических данных, но и высокочувствительных биохимических тестов. Риск внезапной остановки сердечной деятельности и дыхания при ДАН повышается в процессе или сразу после проведения общей анестезии.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ ПРИ СД 2 ТИПА

- Гипергликемия (глюкозотоксичность)
- Гиподинамия
- Нерациональное питание
- Алкоголизация

Прием потенциально нейротоксичных ЛС — противоопухолевых и антибактериальных препаратов, туберкулостатиков, нестероидных противовоспалительных средств

давящая, ее лучше всего снимают препараты, нормализующие моторную функцию органов брюшной полости.

МОЧЕПОЛОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ

Приблизительно у 40–50 % больных СД имеются нарушения мочеиспускания с увеличением его продолжительности, ослаблением мочевой струи, повышением объема остаточной мочи, изменением частоты мочеиспусканий, императивными позывами. Урогенитальная нейропатия почти всегда требует междисциплинарного подхода, поскольку в рекомендациях по оказанию медицинской помощи прописаны узкоспециализированные исследования (урофлоуметрия, ультразвуковая доплерография сосудов полового члена, определение объема остаточной мочи). Эти исследования могут быть проведены далеко не в каждом медицинском учреждении общей сети. Между тем нарушение опорожнения мочевого пузыря, стаз мочи, рефлюксы с ретроградным забросом в сочетании с глюкозурией, азотемией, протеинурией повышают риск развития инфекций мочевыводящих путей. Они могут длительное время протекать бессимптомно или малосимптомно, но приводить к весьма грозным осложнениям, например апостематозному пиелонефриту, карбункулу почки. Держать проблему под контролем помогают посевы мочи и ее санация.

ЭД развивается с частотой до 75 % среди мужчин, страдающих СД. Она бывает самым первым, ранним признаком вегетативной нейропатии и сигнализирует о нарушении парасимпатической иннервации. Признаком органической природы патологии является отсутствие ночных

КЛИНИЧЕСКАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДАКН

- Ортостатическая проба: снижение систолического АД > 30 мм рт. ст. в ортостазе
- Отсутствие сердечно-дыхательного синхронизма: ЧСС на вдохе и выдохе уско-ряется и урежается менее чем на 10 ударов в минуту соответственно
- Проба Вальсальвы: отсутствие учащения ЧСС при натуживании
- Отсутствие ночного снижения АД при суточном мониторинге
- Холтеровское мониторирование: вариабельность ЧСС в течение суток ≤ 14 ударов в минуту
- ЭКГ в пробе Вальсальвы: удлиненный RR в первые 20 секунд после пробы / укороченный RR во время пробы ≤ 1,2

и утренних эрекции, что позволяет отличить ДАН от психогенной ЭД. Эякуляция контролируется симпатическим звеном, почему и страдает позже.

ДЫХАТЕЛЬНЫЙ НЕВРОЗ

Респираторная форма ДАН протекает с эпизодами апноэ и гипервентиляции легких. Гипервентиляционный синдром почти всегда имеет хроническое течение, встречается у женщин в 4–5 раз чаще, чем у мужчин, с пиком заболеваемости в 30–40 лет. Клиницистам часто приходится сталкиваться с коморбидностью СД и бронхиальной астмы. Расстройства дыхания в рамках ДАН представлены субъективным ощущением нехватки воздуха с непродуктивным дыханием, в результате чего пациент делает частые вдохи-выдохи, либо с ощущением неполного вдоха из-за кома в горле или кажущейся «зажатости» легких. Гипервентиляционными эквивалентами являются зевота, глубокие вздохи, кашель, сопение. Гипервентиляционному синдрому

сопутствуют периодические расстройства сознания, обмороки.

СУДОМОТОРНЫЕ СИМПТОМЫ

Почти у половины пациентов с СД 2 типа наблюдается нарушение потоотделения, которое нередко относят к феноменам, развивающимся в результате гипергликемии. Но на самом деле это связано с поражением постганглионарных симпатических волокон. В начале заболевания, как правило, имеется гипо- или ангидроз нижней части туловища, который по мере увеличения давности диабета переходит в компенсаторный центральный гипергидроз. Особенно ярко выражено профузное потоотделение на лице во время приема пищи и в ночное время.


СКЕЛЕТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Патогенетическим фактором развития остеоартропатии у пациентов с большим стажем СД считается именно ДАН. Клинически такая остеоартропатия может напоминать подагрический артрит, что

нередко приводит к замешательству при диагностике. Ранними симптомами являются увеличение в размерах суставов (особенно I плюснефалангового сустава), эритема кожи над пораженными суставами, ограничение подвижности. Для СД характерна деформация стоп по типу «кубической стопы», которая развивается постепенно и сопровождается отеком стопы. Также к ранним признакам диабетической остеоартропатии относится остеопороз, который может сопровождаться остеосклерозом, остеолизом и кистовидной перестройкой эпифизов.

КОЛЛЕГИАЛЬНЫЕ РЕШЕНИЯ

Не умаляя решающего значения адекватного контроля гликемии, нужно помнить, что на момент установления диагноза СД механизмы развития ДАН, скорее всего, давно уже запущены и активно реализуются. Поэтому в реалиях клинической практики, используя только противодиабетические инструменты, приходится рассчитывать максимум на стабилизацию процесса. Улучшения состояния удается достичь с помощью терапии, назначаемой коллегами — неврологами, урологами, кардиологами, гастроэнтерологами, терапевтами и т.д. Важную роль играет стабилизация психоэмоционального статуса пациента, так как ВНС чувствительна к надсегментарным воздействиям. Таким образом, мы еще раз убеждаемся в том, что многообразие проявлений и осложнений СД заставляет рассматривать диабет не как заболевание из сферы компетенции одного только эндокринолога, а как целостную концепцию ряда состояний, развивающихся у конкретного пациента, требующую мультидисциплинарного подхода. ☺



Глибoмет®

● Глибенкламид 2,5 мг ● Метформин 400 мг

ЕДИНСТВО ДВУХ НАЧАЛ¹


Фиксированная комбинация – уверенный шаг навстречу комплаентности^{2,*}

Торговое наименование препарата: Глибoмет®. **Показания к применению.** Сахарный диабет 2 типа у взрослых: при неэффективности диетотерапии, физических упражнений и предшествующей терапии метформинном или производными сульфонилмочевины; для замещения предшествующей терапии двумя препаратами (метформинном и производными сульфонилмочевины) у пациентов со стабильным и адекватным гликемическим контролем. **Противопоказания.** Гиперчувствительность к метформину, глибенкламиду или другим производным сульфонилмочевины и/или любому вспомогательному веществу в составе препарата; сахарный диабет 1 типа; диабетический кетоацидоз, диабетическая прекома, кома; лактоацидоз (в том числе в анамнезе); клинически выраженные проявления острых или хронических заболеваний, которые могут приводить к тканевой гипоксии (в том числе острая сердечная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность с нестабильными показателями гемодинамики, дыхательная недостаточность, острый инфаркт миокарда); почечная недостаточность тяжелой степени (клиренс креатинина (КК) менее 30 мл/мин); острые состояния, протекающие с риском развития нарушения функции почек: дегидратация (при острой или хронической диарее, многократных приступах рвоты), тяжелые инфекционные заболевания, шок; печеночная недостаточность; острая алкогольная интоксикация, алкоголизм, порфирия; беременность и период грудного вскармливания; возраст до 18 лет (в связи с отсутствием данных по эффективности и безопасности применения в данной популяции пациентов); одновременный прием миконозола; одновременное применение с бозентаном; обширные хирургические операции и травмы, когда показано проведение инсулинотерапии; применение в течение менее 48 часов до и в течение 48 часов после проведения радиоизотопных или рентгенологических исследований с введением йодсодержащего контрастного вещества. **С осторожностью:** у пациентов в возрасте 60 лет, выполняющих тяжелую физическую работу, что связано с повышенным риском развития лактоацидоза; у пациентов в возрасте старше 65 лет; у пациентов с почечной недостаточностью средней степени тяжести; у пациентов с дефицитом 6-фосфатдегидрогеназы. **Способ применения и дозы.** Внутрь. Доза и режим приема препарата Глибoмет®, а также продолжительность лечения устанавливаются лечащим врачом, прежде всего, в соответствии с состоянием углеводного обмена пациента, в зависимости от концентрации глюкозы в плазме крови. Как правило, начальная доза составляет 1–3 таблетки в сутки во время приема пищи. Постепенный подбор дозы рекомендуется до достижения устойчивой нормализации концентрации глюкозы в плазме крови. Максимальная суточная доза – 6 таблеток препарата Глибoмет®. Пациенты пожилого возраста. У пациентов пожилого возраста доза препарата Глибoмет® должна быть установлена в соответствии с почечной функцией (в начале терапии 1 таблетка препарата Глибoмет®); почечная функция должна проверяться регулярно. Пациенты в возрасте 65 лет и старше: начальная и поддерживающая дозы препарата Глибoмет® должны быть тщательно скорректированы с целью снижения риска гипогликемии. Лечение следует начинать с наименьшей возможной дозы, и при необходимости постепенно ее повышать. Пациенты с ослабленным общим состоянием и не получающие сбалансированного питания. У ослабленных пациентов и пациентов с несбалансированным питанием начальная и поддерживающая дозы препарата Глибoмет® должны быть снижены из-за риска возникновения гипогликемии. Дети и подростки до 18 лет. Препарат Глибoмет® не рекомендуется назначать детям и подросткам младше 18 лет в связи с отсутствием данных об эффективности и безопасности. Почечная недостаточность. Перед началом лечения и не реже одного раза в год после начала лечения препаратами, содержащими метформин, необходимо определять клиренс креатинина (КК). У пациентов с повышенным риском дальнейшей усугубления почечной недостаточности, а также у пациентов пожилого возраста функцию почек необходимо проверять чаще, а именно, каждые 3–6 месяцев. Общую максимальную суточную дозу метформина предпочтительно разделить на 2–3 приема в сутки. Перед началом лечения метформинном пациентов с КК < 60 мл/мин следует проанализировать факторы, которые могут повышать риск возникновения у них лактатацидоза. Если не удается подобрать адекватную дозу препарата Глибoмет®, необходимо использовать его отдельные компоненты вместо препарата с фиксированным содержанием действующих веществ. У пациентов с КК ≥ 60 и < 89 мл/мин суточная доза препарата Глибoмет® не должна превышать максимум 6 таблеток. У пациентов с КК ≥ 45 и < 59 мл/мин суточная доза препарата Глибoмет® не должна превышать максимум 5 таблеток. У пациентов с КК ≥ 30 и < 44 мл/мин суточная доза препарата Глибoмет® не должна превышать максимум 2 таблеток. Пациентам с КК < 30 мл/мин препарат Глибoмет® противопоказан. **Условия отпуска.** По рецепту. **Подробная информация содержится в инструкции по медицинскому применению препарата Глибoмет® П N012183/01-071116 с изменениями от 12.08.21.** **Информация для специалистов здравоохранения.**

1. Инструкция по применению препарата Глибoмет® П N012183/01-071116 с изменениями от 12.08.21.
2. Melikian C et al. Clin Therap 2002;24(3): 460–467.
* При переходе на прием фиксированной комбинации «глибенкламид+метформин»

RU-Gli-06-2021-v1-Print Обновлено: сентябрь 2021

000 «Берлин-Хеми/А.Менарини» 123317, г. Москва, Пресненская набережная, дом 10, БЦ «Башня на Набережной», Блок Б. Тел. (495) 785-01-00, факс (495) 785-01-01; <http://www.berlin-chemie.ru>



Реклама

Принятие клинических решений на основе непрерывного мониторинга

В рамках IV (XXVII) Национального конгресса эндокринологов с международным участием прошел дискуссионный клуб «Практические аспекты применения непрерывного мониторинга: „за“ и „против“». Обратную связь с аудиторией обеспечивало интерактивное голосование, результаты которого транслировались по ходу мероприятия.

ВОПРОСЫ И ОГРАНИЧЕНИЯ

Открывал мероприятие доклад **Александра Юрьевича Майорова**, д. м. н., заведующего отделом прогнозирования и инноваций диабета Института диабета, профессора кафедры диабетологии и диетологии Института высшего и дополнительного профессионального образования ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, президента ООО «Российская диабетическая ассоциация» (Москва). Александр Юрьевич осветил сложные стороны и ограничения непрерывного мониторинга уровня глюкозы (НМГ).

негативно повлиять на приверженность пациентов. Небольшие, казалось бы, погрешности в итоге могут повлиять на клиническое решение — неточность в результате некорректной калибровки, плюс ошибка глюкометра, плюс допустимые технические погрешности... и мы можем иметь дело с клинически значимыми последствиями. Поэтому, когда в Италии провели опрос экспертов-эндокринологов в отношении калибровки устройств для НМГ, большинство из них сошлись во мнении, что заводская калибровка (система Flash мониторинга) наиболее точна.

точность оставляла желать лучшего. Спустя 5 лет появились системы НМГ в реальном времени с оповещениями пациентов о гипер- и гипогликемиях. В 2006-м их интегрировали с инсулиновой помпой, а в 2008-м появились первые устройства НМГ, не требующие подтверждения СКГК. С 2015 года системы для НМГ научились передавать данные на смартфон пользователя. С 2017 года в нашем распоряжении оказался Flash мониторинг.

За относительно небольшое время технологии и точность НМГ очень сильно продвинулись вперед, но остались и нерешенные вопросы. Например, не решена до конца проблема синхронизации показателей глюкозы в крови и межклеточной жидкости. Однако в системе FreeStyle Libre эта разница составляет в среднем всего 5 минут, а при стабильных значениях глюкозы показатели сопоставимы. Сравнение с результатами измерений глюкозы в капиллярной крови по таблице согласованной сетки ошибок Parkes показало, что 99,7% результатов датчика FreeStyle Libre находятся в клинически приемлемых зонах А и В. Это означает, что они либо могут считаться клинически точными и не влияют на клиническое решение, либо влияют на него незначительно.

86,7% результатов находилось в клинически точной зоне А. Это говорит о том, что клиническое решение, принятое на основании данных системы FreeStyle Libre, точно не нанесет вреда здоровью пациента. Оптимизированная заводская калибровка системы FreeStyle Libre реализована с помощью технологии проводного фермента — достигается стабильность электрохимического датчика с минимально допустимыми колебани-

козы, выявлению закономерностей колебания глюкозы крови, соответствующей коррекции дозы инсулина. Стандартизованных рекомендаций по поводу стрелок тенденций действительно не разработано, но в конечном итоге клиническое значение стрелок будет носить больше индивидуальный характер, чем универсальный.

Система проста в управлении и не требует специального образования пациента. Результаты более чем наглядны: они представлены в виде графиков, которые понятны пациенту, помогают выявить ошибки в поведенческих паттернах (слишком раннее введение коррекционной дозы инсулина, неверная коррекция дозы, избыточное болюсное введение инсулина и т.д.), минимизировать ошибки и принимать более взвешенные решения. Исследования показали, что всего шесть занятий приводят к улучшению параметров метаболизма глюкозы. У обученных пациентов применение НМГ позволяет значительно улучшить гликемический контроль без увеличения риска тяжелых гипогликемических состояний. НМГ у пациентов на инсулинотерапии помогает снизить HbA1c, уменьшить частоту гипогликемий и необходимость частых измерений СКГК глюкометром, поэтому НМГ включен в стандарты Американской диабетической ассоциации (ADA) 2021 года по оказанию помощи пациентам с СД. Увеличение частоты сканирований ассоциируется с нарастанием времени пребывания в целевом диапазоне на 40% и снижением времени пребывания в гипогликемии на 44%. Средняя частота сканирований составила 16,3 раза в сутки. Можно ли представить, чтобы пациент проводил 16 измерений в сутки традиционным способом?

В ходе интерактивного голосования 53% слушателей ответили, что у них есть пациенты, использующие непрерывный мониторинг глюкозы в крови

Основные проблемы, с которыми сталкиваются пациенты при использовании НМГ:

- сомнения в точности показаний;
- неуверенность в оценке данных;
- необходимость использования средств подтверждения самоконтроля гликемии (СКГК) для калибровок и коррекции дозы инсулина;
- вероятность ложных срабатываний с напрасно беспокоящими сигналами тревоги.

Точность измерений и ее констатация — очень важные вопросы. При применении НМГ российские врачи руководствуются отечественными клиническими рекомендациями. Однако в аналогичном американском документе есть указание использовать в клинической практике только те устройства НМГ, которые обеспечивают достаточно точный уровень измерений. Проблема в том, что, в отличие от глюкометров, единый стандартизованный подход к оценке точности систем НМГ отсутствует. ГОСТ Р ИСО 15197–2015 и стандарт Международной организации по стандартизации (ISO) неприменимы для систем НМГ. Контроль точности измерений НМГ с помощью показателей лаборатории нельзя считать адекватным, так как в силу физиологических причин выравнивание концентрации глюкозы капиллярной крови и интерстициальной жидкости требует времени — задержка может составлять до 20 минут.

НМГ требует комплексного обучения пациентов — индивидуальных бесед, тренингов, поддержки. В отличие от глюкометров, устройства для НМГ оперируют тенденциями изменения уровня глюкозы. Это требует постоянной оценки и динамического принятия клинических решений, что непривычно и пациентам, и многим докторам. При этом отсутствуют единые практические рекомендации по правилам коррекции дозы инсулина на основании направления стрелок тенденций. Кроме того, некоторые устройства для НМГ нужно регулярно калибровать, а в домашних условиях калибровка должна проводиться исключительно на фоне стабильного уровня глюкозы в крови, что не всегда достижимо.

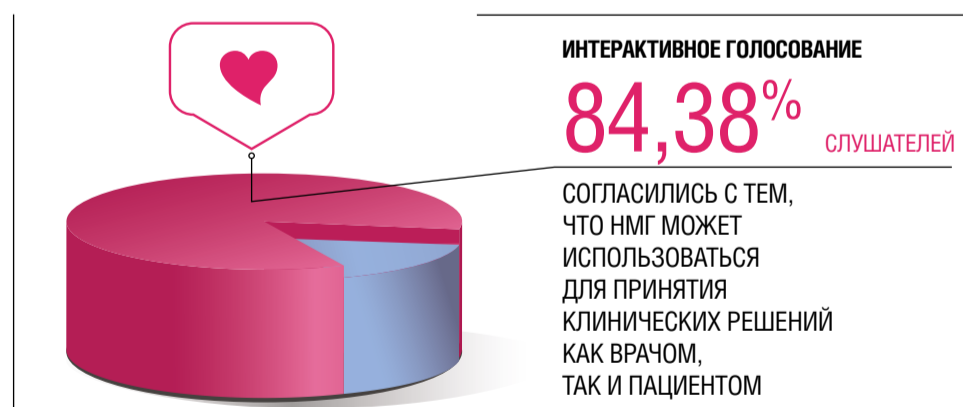
Необходимость калибровки и соблюдение для этого специальных условий может

К сигналам тревоги от устройства НМГ пациенты, как оказалось, относятся по-разному. Кто-то воспринимает их с благодарностью за своевременное оповещение, но другие не хотят привлекать к себе дополнительное внимание или просто раздражаются от самого факта, что устройство издает какие-то звуки. Вполне понятное недовольство могут вызвать ложные сигналы тревоги, число которых увеличивается по мере обнаружения большого количества истинных событий. Если ложных сигналов много, то пациент перестает обращать должное внимание на оповещения устройства. Теряется настороженность, упускается момент, когда надо принимать клиническое решение. Пациенты и даже врачи иногда сетуют на то, что устройство для НМГ не принимает клинические решения самостоятельно. Несомненно, это умный прибор, но прерогатива выработки тактики лечения все-таки остается полем для совместной работы врача и пациента.

СУЩЕСТВУЮЩИЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Второй докладчик — **Гагик Радикович Галстян**, д. м. н., заведующий отделением диабетической стопы Института диабета, профессор кафедры диабетологии и диетологии Института высшего и дополнительного профессионального образования ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, начал выступление с небольшого экскурса в тот исторический период, когда самоконтроль при сахарном диабете (СД) осуществляли с помощью определения глюкозурии в полчасовой порции мочи и на основании этого принимали клинические решения. Глюкометры с тест-полосками совершили революцию в диабетологии, но постепенно стали появляться пациенты, которые, из соображений экономии, делили тест-полоску на две, четыре и даже восемь частей. Врачам приходилось обучать пациентов, как правильно интерпретировать результаты такой самодельности. Спикер подчеркнул, что НМГ тоже требует обучения, но дает совершенно иные возможности управления СД.

Первые устройства для НМГ презентовали в конце 1990-х. Они подходили только для профессионального применения, а их



ями в период его использования. В свою очередь, благодаря стабильности датчика на протяжении всего периода эксплуатации нет необходимости в дополнительных калибровках, датчик калибруется единожды на производстве. Активировать прибор рекомендуется спустя час после установки, чтобы канюля пропиталась межтканевой жидкостью. Чтобы пациент смог пользоваться всеми преимуществами НМГ, необходимо сочетать его применение с комплексным обучением больных, тренингами и поддержкой.

Такие программы уже существуют, они внедрены, показана их эффективность. Они включают подготовку к постановке индивидуальных целей, обучение принципам Flash мониторинга, пониманию значений стрелок тенденций уровня глю-

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Николай Александрович Демидов, к. м. н., окружной эндокринолог ТиНАО в ГБУЗ «Городская больница г. Московский ДЭМ», отметил, что НМГ сегодня используют преимущественно пациенты с СД 1 типа. Это люди иной возрастной категории, с другими факторами риска и когнитивными функциями и, по сути, с другим заболеванием. Мировое эндокринологическое сообщество сходится во мнении, что НМГ / Flash мониторинг глюкозы предоставляет более глубокую информацию, чем СКГК. Flash мониторинг является подклассом НМГ, требующим проведения сканирования показаний датчика пациентом.

При СД 1 типа НМГ может использоваться на постоянной основе, если HbA1c выше целевого уровня либо СД 1 типа хорошо

контролируется. И конечно, если сам пациент готов к применению данной системы. При СД 2 типа, если пациент не получает болюсную инсулинотерапию, целесообразно кратковременное периодическое использование НМГ, когда уровень HbA1c превышает 7 % и, опять же, есть желание больного. В старших возрастных категориях после 65 лет НМГ позволяет преодолеть ограничения, присущие HbA1c, так как в старшем возрасте изменяется продолжительность жизни эритроцитов. Кроме того, по уровням HbA1c невозможно определить гипогликемию и вариабельность глюкозы в крови. В РФ среди пациентов с СД 2 типа преобладают люди старше 65 лет. С одной стороны, у них показан более высокий риск тяжелых гипогликемий, а с другой — в силу когнитивных особенностей (в том числе по причине длительного течения СД) они демонстрируют более низкую способность к обучению. Это является своего рода ограничением к применению НМГ в данной возрастной группе из-за возможных трудностей с принятием верных клинических решений. Но нужно понимать, что в силу коморбидности и сердечно-сосудистых рисков у таких больных совершенно другая ценность адекватного гликемического контроля. Каждый упущенный эпизод гипогликемии может стать фатальным, поэтому в данной группе пациентов все-таки нужно рассматривать возможность проведения НМГ.

Согласно российским рекомендациям, НМГ рекомендован пациентам с СД 2 типа на интенсифицированной инсулинотерапии. ADA также рекомендует применять Flash мониторинг пациентам на инсулинотерапии, но без уточнения ее вида. Американская коллегия эндокринологов рекомендует НМГ при тяжелых гипогликемиях, нарушении распознавания гипогликемий, для безопасного гликемического контроля. Если вкратце, то чем тяжелее течение СД и чем сложнее терапия, тем чаще требуется проведение самоконтроля. Более тщательный самоконтроль необходим также в дебюте заболевания.

Если посмотреть последние исследования, то снизить вариабельность гликемии у пациентов с СД 1 типа позволяет НМГ, а у пациентов с СД 2 типа — назначение современных препаратов. В частности, одной из самых безопасных комбинаций признано сочетание агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида с базальным инсулином. Спикер привел собственный опыт по данным московского сегмента Федерального регистра СД: наиболее низким риском гипогликемий сопровождается терапия без использования инсулина и секретогенных препаратов. Между тем 18,5 % пациентов с СД 2 типа в нашей стране получают инсулин, а в составе пероральной сахароснижающей терапии нередко назначаются секретогенные препараты. Резюмируя сообщение, докладчик определил задачу врача: грамотно выявлять категории пациентов с СД 2 типа, которым НМГ принесет клиническую пользу.

НОВАЯ РЕАЛЬНОСТЬ

Александр Сергеевич Аметов, д.м.н., профессор, зав. кафедрой эндокринологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, руководитель сетевой кафедры ЮНЕСКО по теме «Биоэтика сахарного диабета как глобальная проблема», заслуженный деятель науки РФ, напомнил, что внедрение НМГ позволяет вывести качество жизни пациентов на совершенно новый уровень. Например, в исследовании DCST по эффективности самоконтроля глюкозы участники на протяжении 11 лет прокалывали кожу семь раз в день, чтобы получить необходимые данные с помощью глюкометра. Далее докладчик уточнил, что в парадигме лечения СД важен

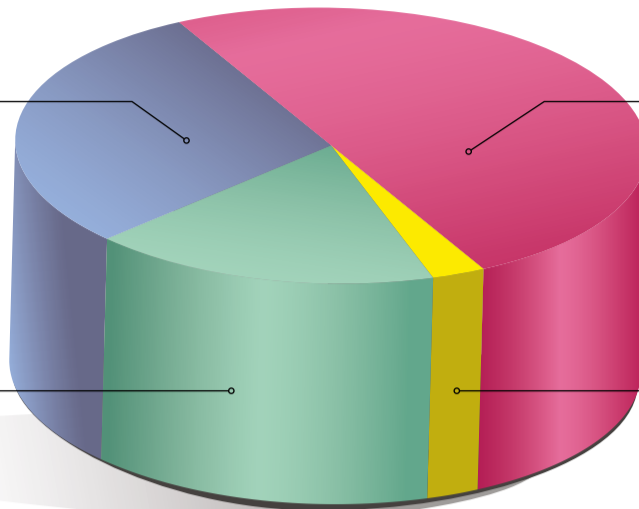
ИНТЕРАКТИВНОЕ ГОЛОСОВАНИЕ

29,41%

СЧИТАЮТ, ЧТО НМГ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ЛЮБОМ РЕЖИМЕ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ

17,65%

ТОЛЬКО У ПАЦИЕНТОВ НА БАЗИС-БОЛЮСНОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ



50,00%

СЛУШАТЕЛЕЙ СЧИТАЮТ НЕОБХОДИМЫМ ПРИМЕНЕНИЕ НМГ У ПАЦИЕНТОВ С СД 2 ТИПА ПРИ ЛЮБОМ ВИДЕ ТЕРАПИИ

2,94%

ЗА НМГ ТОЛЬКО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СД 1 ТИПА

не один только самоконтроль, но и самоуправление — соблюдение баланса между гликемией и количеством потребляемой пищи, объемом физической активности и дозой инсулина.

Александр Сергеевич акцентировал внимание на глюкозотоксичности, которая, в отличие от гипогликемии, не проявляется выраженными клиническими симптомами одновременно, но приводит к нарушению чувствительности β-клеток поджелудочной железы к глюкозе и нарушению секреции инсулина. За функциональным дефектом следует структурный — амилоидоз, апоптоз, фиброз β-клеток и необратимое уменьшение их общей массы. De Fronzo еще в 2009 году показал, что в тот момент, когда уровень глюкозы в плазме достигает границы диагностических значений для установления СД, около 80 % функциональной массы β-клеток поджелудочной железы уже потеряно. Долгое время ориентиром контроля СД служили значения HbA1c, но оказалось, что этот показатель не отражает вариабельности гликемии в течение суток. Это означает, что при одинаковых цифрах HbA1c пациент большую часть времени может подвергаться влиянию глюкозотоксичности или глюкодефицита, а значит, риска поражения органов-мишеней или дефицита клеточной энергии.

В контекст глюкозотоксичности вписываются эпизоды ишемии миокарда, апоптоз эндотелиальных клеток, оксидативный стресс, патология вегетативной регуляции сердечного ритма. Выявить гипергликемию, способную привести к этим нарушениям, позволил НМГ: именно благодаря ему мы стали использовать показатели времени в целевом диапазоне (ЦД), выше и ниже целевого диапазона. Сегодня при управлении СД врачи всего мира оперируют именно этими параметрами, и мы должны следовать современным технологиям в ежедневной работе. Доказано, что, чем меньше времени пациент пребывает в ЦД, тем выше у него риск сердечно-сосудистой смерти, а также смерти от любых причин.

НМГ предоставляет уникальные возможности отслеживать и оценивать происходящее с пациентом в реальном времени. Это новая система навигации в континууме самоуправления СД. Вопрос с когнитивными нарушениями решается в экосистеме Flash мониторинга путем установки приложения для родственников, в котором отображается информация об уровне глюкозы у пациента. С помощью глюкометров невозможно достичь такой частоты измерений, как при использовании НМГ, об этом свидетельствуют результаты исследований, проведенных в Великобритании, США, Дании и других странах. Необходимость прокалывать палец каждый раз — барьер,

который не преодолевают многие пациенты, и в итоге 61 % из них измеряют уровень глюкозы менее раза в сутки, а 24 % — реже раза в неделю. 90 % пациентов с СД 2 типа имеют избыток массы тела или ожирение, а большой объем висцеральной жировой ткани, как известно, поддерживает инсулинорезистентность. Подсчитано, что около половины пациентов при постановке диагноза опасаются, что им придется придерживаться диеты. Но когда пациенты начинают использовать мониторинг глюкозы, они обращают больше внимания на адекватное питание и более эффективно снижают калорийность пищи и вес, чем те, кто применяют классический СКГК.

Да, чтобы пользоваться НМГ, необходимо обучение, но обучаться следует любому

пациенту, которому установлен диагноз СД. Нужно менять образ жизни и питания, учиться контролировать физическую активность, массу тела и т.д. Анализ данных, полученных в ходе НМГ, способствует улучшению процесса принятия клинических решений, пониманию особенностей заболевания самим пациентом и повышению мотивации в изменении поведения и образа жизни. НМГ предоставляет уникальные современные возможности по эффективному и безопасному управлению СД 2 типа.

Подводя итоги дискуссионного клуба и результатов голосования, докладчики пришли к единому мнению о необходимости внедрения Flash мониторинга в широкую клиническую практику.

Екатерина Демьяновская, к.м.н.



ПАЦИЕНТЫ МОГУТ ЭТО ДЕЛАТЬ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ, В ЛЮБОМ МЕСТЕ**



- Измерять свой уровень глюкозы с помощью телефона¹
- Делиться своими результатами с врачом и близкими²

Приложение FreeStyle LibreLink доступно



FreeStyle Libre
СИСТЕМА FLASH МОНИТОРИНГА ГЛЮКОЗЫ

Узнайте больше на FREESTYLEDIABETES.RU

life. to the fullest.®
Abbott

*При установке нового датчика требуется 60 минут для адаптации датчика к Вашему телу, измерения уровня глюкозы не доступны в течение этого 1 часа. **Датчик водостоек, однако не погружайте датчик FreeStyle Libre в воду на глубину более 1 метра и не держите его под водой дольше 30 минут. Не используйте FreeStyle Libre на высоте более 3 048 метров. 1. Приложение FreeStyle LibreLink и сканер FreeStyle Libre имеют сканер, но не идентичные функции. Требуется определение уровня глюкозы с помощью глюкометра в периоды резких его колебаний, так как уровень глюкозы в интерстициальной жидкости может не точно отражать уровень глюкозы в крови, а также в случаях гипогликемии или ее угрозы, сообщаемой приложением FreeStyle LibreLink, и в случаях, когда симптомы не соответствуют показаниям приложения. Датчик FreeStyle Libre взаимодействует со сканером FreeStyle Libre или с приложением FreeStyle LibreLink, запущенным этот датчик. Датчик, запущенный сканером FreeStyle Libre, будет также работать с приложением FreeStyle LibreLink. Приложение FreeStyle LibreLink совместимо только с определенными мобильными устройствами и операционными системами. Проверьте на сайте информацию о совместимости устройств перед использованием. Для использования FreeStyle LibreLink требуется регистрация в LibreView. 2. Делиться своими результатами можно через программы обмена LibreLink и приложение LibreLinkUp. ©2021 Abbott, FreeStyle, Libre и связанные с ними торговые марки являются собственностью компании Abbott. Иные товарные знаки принадлежат другим соответствующим правообладателям. ООО «Абботт Лабс», 125171, Москва, Ленинградское шоссе 16А, стр.1, ОГРН 1077748154859. Сканер FreeStyle Libre системы Flash мониторинга глюкозы FreeStyle Libre с принадлежностями RU № PCH 2018/6766 от 11.12.2020 (важно взамен RU № PCH 2018/6766 от 11.03.2020). Датчик FreeStyle Libre системы Flash мониторинга глюкозы FreeStyle Libre RU № PCH 2018/6764 от 11.12.2020 (важно взамен RU № PCH 2018/6764 от 12.03.2020). Фото предоставлено только для иллюстрации и не изображает реальных пациентов и их данные. Указывающее лицо не моложе 18 лет должно контролировать, проводить измерения, помогать ребенку с использованием системы FreeStyle Libre и интерпретацией показаний. ИНФОРМАЦИЯ ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ. ADC-36747 v2.0

Флэш-мониторинг или традиционная глюкометрия — выбор очевиден?

По данным Всемирной организации здравоохранения, на 2018 год в мире зарегистрировано 425 млн пациентов с сахарным диабетом, что составляет около 5 % населения Земли. С увеличением продолжительности жизни растет и число таких больных.



Леонид
Юльевич
МОРГУНОВ

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

АДЕКВАТНЫЙ КОНТРОЛЬ

Цели лечения пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа зависят от ожидаемой средней продолжительности жизни, состояния сердечно-сосудистой системы, риска развития гипогликемических состояний, общего соматического статуса, способности проводить регулярный самоконтроль гликемии. При этом далеко не всегда удается достичь компенсации углеводного обмена, хотя адекватный контроль гликемии имеет первостепенное значение. По мере усложнения схем терапии правильный самоконтроль путем периодического самостоятельного измерения уровня глюкозы в крови становится решающим в достижении этой цели.

В последнее десятилетие непрерывный мониторинг глюкозы (НМГ), предоставляющий информацию о тенденциях изменения уровня глюкозы, оказывается все более востребованным. Весьма облегчает эту задачу система флэш-мониторинга FreeStyle Libre, простая в применении и дающая возможность своевременно отслеживать колебания уровня гликемии в повседневной практике. Метод флэш-мониторинга позволяет создать новую парадигму самоконтроля гликемии (СКГК).

Датчик, фиксирующий концентрацию глюкозы в интерстициальной жидкости, предоставляет числовые данные о ее показателях и направлении тренда, добавляющие контекст к статическому измерению уровня гликемии. Таким образом, пациенты могут легко следить за уровнем глюкозы в любой момент, что позволяет на раннем этапе обнаруживать и своевременно устранять отклонения от целевого диапазона, предотвращая тем самым резкие колебания данного показателя. Чтобы в полной мере воспользоваться преимуществами системы, медицинский работник, осуществляющий наблюдение, и пациент с диабетом должны осознавать необходимость тщательной интерпретации данных, полученных с помощью НМГ.

Многие пациенты с СД 1 типа продолжают иметь высокий уровень HbA1c, ассоциированный с возрастающим риском сердечно-сосудистых событий и летальностью. Использование флэш-мониторинга с помощью описываемой системы существенно улучшает у них гликемический контроль. Так, при его использовании у 92 пациентов с СД 1 типа в Великобритании уровень HbA1c снизился в среднем на 0,98 % через 3 месяца и на 1,47 % — через полгода. НМГ имеет большой потенциал как составляющая лечения СД 1 типа, улучшения мета-

болического контроля и качества жизни. Технология предоставляет значительно больше данных, чем результаты, полученные при традиционном периодическом измерении гликемии, которые могут не фиксировать интервалы экстремальной изменчивости, вариабельность гликемии или ночные гипогликемические события.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

В качестве примера приведем клинический случай пациента К., 37 лет, страдающего СД 1 типа в течение 36 лет и находящегося на режиме базально-болюсной инсулинотерапии (ИТ). Контроль гликемии нерегулярный с помощью глюкометра, 4–5 раз в сутки. Перенес 4 и 3 года назад соответственно ампутацию обеих нижних конечностей по поводу диабетической гангрены, 2 года назад выполнена пересадка почки из-за развившейся терминальной почечной недостаточности. HbA1c — 14,1 %. Получает терапию аналогами инсулина детемир и аспарт, для профилактики отторжения трансплантата — такролимус, микофенолат и метилпреднизолон (препараты, оказывающие влияние в том числе на углеводный обмен). Опасается гипогликемий, которые регулярно ощущает, но редко фиксирует из-за выраженной слабости, старается придерживаться диетических рекомендаций.

Анализ данных гликемического профиля пациента проведен с использованием облачной платформы с веб-интерфейсом LibreView, с помощью которой врачи и пациенты могут создавать набор структурированных понятных отчетов и обмениваться ими. Веб-интерфейс позволяет агрегировать данные об уровне глюкозы всех пациентов, прикрепленных к медицинскому учреждению, осуществлять динамическое наблюдение и контроль. С появлением интерфейса стала доступна новая форма отчета «Амбулаторный профиль глюкозы, AGP» (от англ. ambulatory glucose profile), полностью соответствующая формату, рекомендованному Международным консенсусом по времени в целевом диапазоне. Анализ профиля гликемии пациента осуществлялся с помощью нового простого и удобного одностраничного отчета AGP, дающего ясное и четко структурированное представление о вариабельности гликемии в течение суток и степени компенсации углеводного обмена.

Отчет AGP состоит из нескольких частей. В первой, «Статистика по уровням глюкозы и целевые показатели», отражаются информация о периоде сбора данных, доли нахождения датчика в активном состоянии (аналог показателя «Доля принятых данных» в более ранней версии программного обеспечения), рекомендованные целевые показатели времени в диапазонах с распределением по уровням, средние значения уровня глюкозы, коэффициент вариабельности глюкозы (CV), а также индикатор контроля за ее уровнем, GMI (англ. glucose management indicator), показывающий вероятное значение HbA1c у пациента.

Вторая часть, «Время в диапазонах», отражает время пребывания данного пациента в целевом диапазоне, а также в зоне гипергликемии (уровень 1 со значени-

ями глюкозы 10,1–13,9 ммоль/л и уровень 2 — более 13,9 ммоль/л), гипогликемии (уровень 1 со значениями глюкозы 3,8–3,0 ммоль/л и уровень 2 — менее 3,0 ммоль/л). Время в целевом диапазоне, а также выше и ниже него выражено в абсолютных и относительных значениях — в часах либо долях процентов времени в сутках, в течение которого пациент пребывал в указанном диапазоне значений глюкозы.

В третьей части отчета «Амбулаторный профиль глюкозы» отражается распределение значений ее концентрации с учетом их частотности. Обновленный формат отчета отображает кривые профиля глюкозы, ограниченные 5-м и 95-м перцентилями (вместо 10-го и 90-го перцентилей в предыдущей версии).

Часть отчета «Суточные профили глюкозы» представлена гликемическими кривыми за каждый из 14 последних дней наблюдения, включенных в отчет. Показатели глюкозы, превышающие верхнюю границу целевого диапазона (10 ммоль/л), выделяются в отчете желтым цветом, значения глюкозы ниже 3,9 ммоль/л — красным.

При оценке качества данных заметна высокая приверженность пациента к использованию флэш-мониторинга: принято 97 % данных датчика; период сбора данных (14 дней) полностью соответствует рекомендованному Международным консенсусом времени в целевом диапазоне. Время в целевом диапазоне 3,9–10,0 ммоль/л существенно ниже рекомендованных 44 % при желаемых значениях более 70 %. Время ниже целевого диапазона (1 %) соответствует рекомендованному консенсусом значениям (менее 4 % для значений уровня глюкозы ниже 3,9 ммоль/л и менее 1 % — ниже 3,0 ммоль/л). Обращает на себя внимание существенное превышение показателя времени выше диапазона целевых значений: уровень глюкозы выше 10,0 ммоль/л составляет 55 % при рекомендованном ниже 25 %. Время пребывания с крайне высоким уровнем глюкозы (более 13,9 ммоль/л) также превышает целевые значения. Медианная кривая практически на всем протяжении «модального дня», отраженного в разделе «Амбулаторный профиль глюкозы отчета AGP», находится выше верхней границы целевого диапазона, таким образом, основные проблемы данного пациента ассоциируются с длительным пребыванием в зоне гипергликемии.

Это подтверждается при анализе гликемических кривых в разделе отчета «Амбулаторный профиль глюкозы»: верхние границы интервалов с 95-м и 75-м перцентилями находятся выше границ целевого диапазона на протяжении всего времени суток. Следовательно, эпизоды гипергликемии наблюдались у данного пациента практически в любой промежуток времени и носят систематический характер. Данные особенности амбулаторного профиля глюкозы находят отражение и в суточных профилях: зоны гипергликемии, выделенные желтым цветом, выявляются в каждые из 14 дней периода наблюдения, в большей степени в ночные и ранние утренние часы.

При этом с 6 до 9 утра отмечается снижение уровня глюкозы до целевых значений, а в двух из 14 дней — ниже 3,9 ммоль/л. Благодаря полученным данным пациент осознал обширность и точность измерений, объем параметров, выходящих за пределы референсных значений, полное отсутствие гипогликемий.

В связи с выявленными проблемами по результатам отчета AGP даны следующие рекомендации: увеличение дозы аналогов инсулина в зависимости от характера питания и образа жизни, коррекция гипергликемии в ночное время, учет лекарственного взаимодействия с препаратами, оказывающими влияние на углеводный обмен. Пациент начал коррекцию ИТ, усилил физическую нагрузку в пределах возможностей и упорядочил диетический режим, одновременно осуществляя дальнейший флэш-мониторинг гликемии.

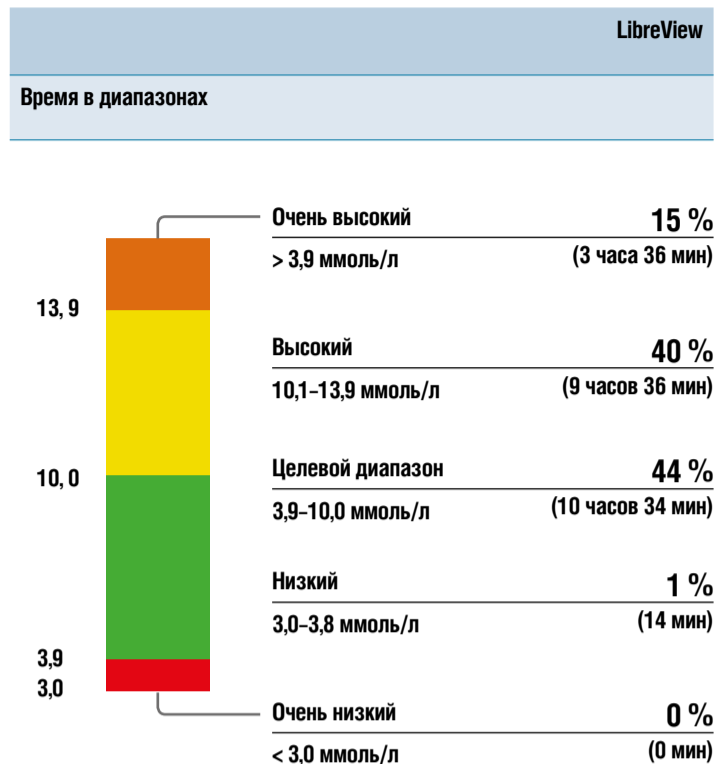
ДИАБЕТИЧЕСКИЙ КЕТОАЦИДОЗ

Это острое осложнение, обусловленное неэффективной коррекцией углеводного обмена или недиагностированным диабетом, ассоциируется с высокой смертностью и значительными расходами на лечение. Проведенный ретроспективный анализ карт пациентов с СД 1 типа и рецидивирующим диабетическим кетоацидозом (ДКА), которые начали использовать вышеупомянутую систему флэш-мониторинга, показал снижение частоты событий ДКА в среднем до 0,2 случая на человека в течение 2 лет по сравнению с 2,9 эпизода за тот же срок у больных, измерявших уровень глюкозы обычным способом, а также уменьшение тяжести данного осложнения.

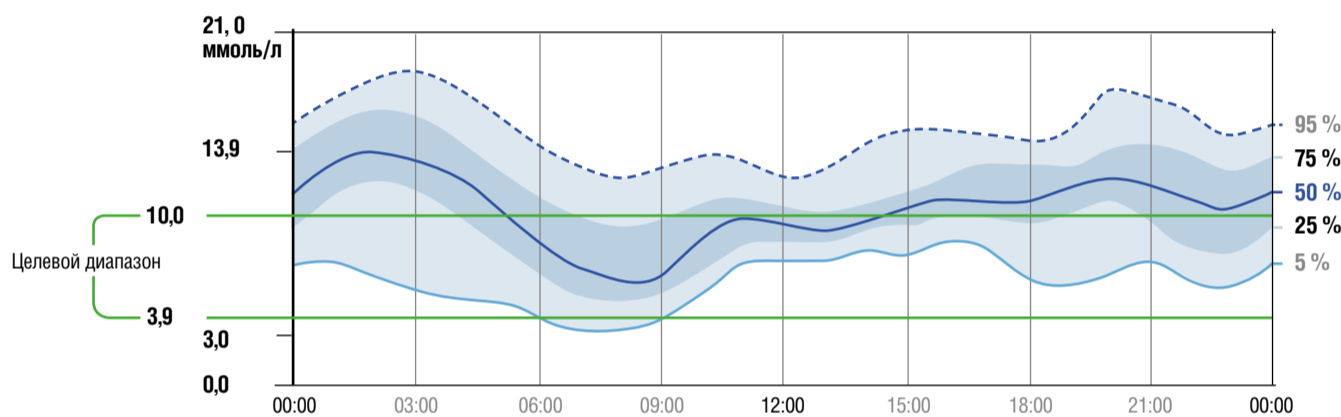
В эпоху современных технологий разработка интеллектуальных устройств, таких как системы НМГ, помогает пациентам с диабетом легче и чаще контролировать уровень глюкозы. При оценке эффективности использования НМГ у 67 молодых пациентов с СД 1 типа в течение 6 месяцев:

- 95,5 % указали, что применение датчика вызывает меньшую боль, чем обычный прокол пальца;
- 85,0 % ощущали больший комфорт с установленным датчиком;
- 94,0 % согласились, что небольшой его размер облегчает ношение;
- 47,8 % утверждали, что ношение датчика не привлекает внимания;
- 70,1 % сообщили об отсутствии дискомфорта под кожей;
- 80,6 % заявили, что датчик можно сканировать незаметно от окружающих;
- 89,6 % считали, что он не влияет на их повседневную деятельность;
- 91,0 % отмечали, что датчик совместим с их образом жизни;
- 79,1 % сообщили о легкости измерения уровня гликемии при сканировании;
- 76,1 % участников с удовольствием делились с другими людьми опытом использования системы. Сравнение традиционного метода самоконтроля уровня глюкозы в крови и НМГ с помощью флэш-мониторинга продемонстрировало, что последний менее болезнен, он незаметнее, удобнее, проще в применении, быстрее в измерении гликемии, более приватен и причиняет минимум неудобств.

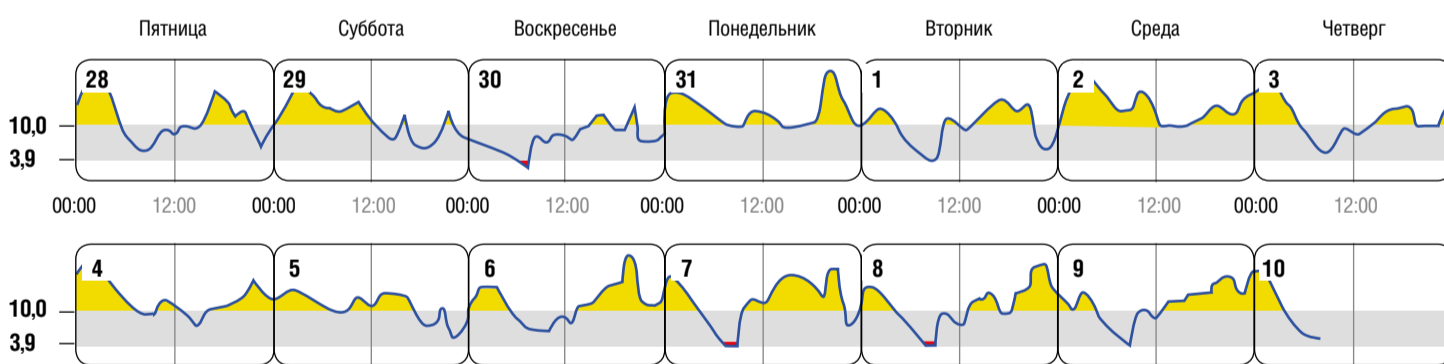
Отчет AGP 28 мая 2021 — 10 июня 2021 (14 дней)	
Статистика по уровням глюкозы и целевые диапазоны	
28 мая 2021 — 10 июня 2021	14 дней
Время нахождения датчика в активном состоянии	97 %
Диапазоны и целевые значения для диабета 1-го типа или 2-го типа	
Диапазоны содержания глюкозы	Целевые диапазоны % показаний (время/день)
Целевой диапазон 3,9–10,0 ммоль/л	Более 70 % (10 часов 48 мин)
Ниже 3,9 ммоль/л	Менее 4 % (58 мин)
Ниже 3,0 ммоль/л	Менее 1 % (14 мин)
Выше 10,0 ммоль/л	Менее 25 % (6 часов)
Выше 13,9 ммоль/л	Менее 5 % (1 час 12 мин)
<i>Каждое увеличение во времени на 5 % в диапазоне (3,9–10,0 ммоль/л) является клинически полезным</i>	
Глюкоза (средн.)	10,6 ммоль/л
Показатель контроля за уровнем глюкозы (GMI)	7,9% или 63 ммоль/моль
Вариабельность уровня глюкозы	31,2 %
<i>Определяется как коэффициент вариации в процентах (КВ, %): целевое значение ≤36 %</i>	



Амбулаторный профиль глюкозы (AGP)



Суточные профили глюкозы



РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Поздние осложнения могут вызывать негативные психосоциальные эффекты. В проспективном когортном исследовании, проведенном в Саудовской Аравии, изучались психосоциальные преимущества, ассоциированные с 3-месячным использованием флэш-мониторинга уровня глюкозы у 95 больных СД 1 типа. Пациенты анкетировались согласно шкале диабетического дистресса (DDS) и Питтсбургскому индексу качества сна (PSQI). У всех субъектов наблюдалось значительное снижение средних показателей DDS (3,8 против 2,5) и PSQI (8,7 против 3,9) через 3 месяца по сравнению с исходным уровнем. Кроме того, уровень HbA1c и количество подтвержденных эпизодов гипогликемии снизились по сравнению с исходными значениями (HbA1c 8,3 против 7,7 %; эпизодов гипогликемии — 3,0 против 2,3). Средняя частота измерения уровня глюкозы в крови в день, напротив, возросла по сравнению с исходным уровнем (5,2 против 2,5). Эти данные демонстрируют улучшение показателей компенсации углеводного

обмена и качества сна после 3-месячного использования НМГ у молодых пациентов с СД 1 типа.

Проведенное в Италии проспективное исследование ставило целью сравнение эффективности НМГ с помощью флэш-системы и глюкометра у взрослых пациентов с СД 2 типа, находящихся на лечении инсулином в госпитальных отделениях общего профиля. По сравнению с капиллярным измерением флэш-мониторинг продемонстрировал более низкий среднесуточный уровень гликемии и более высокую выявляемость гипогликемических событий, особенно ночных и длительных.

Интересны данные японского 90-дневного исследования влияния НМГ с помощью описываемой системы на гликемический контроль у 94 пациентов с СД 2 типа, получавших базисно-болюсную ИТ. Первичной конечной точкой была исходная продолжительность гипогликемии (ниже 70 мг/дл) по сравнению с концом исследования. Время в состоянии гипогликемии было непродолжительным

на исходном уровне (0,51 ± 0,93 часа в день) и существенно не уменьшилось в конце исследования (0,47 ± 0,63 часа в день), однако время в целевом диапазоне, в состоянии гипергликемии и расчетный HbA1c изменились по сравнению с исходным уровнем (на +1,7 ± 3 часа в день, -1,6 ± 0,4 часа в день и -0,4 ± 0,8 % соответственно). Число проколов пальца для измерения гликемии сократилось с 2,9 ± 1,3 до 1,9 ± 1,4 в день, а средняя частота сканирования составила 11,3 измерения в сутки. Средний балл удовлетворенности возрос на 11,8 ± 5,3.

Проведенное в Испании в 2020 году изучение стоимости НМГ при помощи системы FreeStyle Libre 2 с традиционным СКГК у взрослых с СД 1 типа показало снижение частоты тяжелой гипогликемии при использовании НМГ на 58,6 %. Ежедневное потребление полосок и ланцетов составляло 9 штук у пациентов с СКГК (до и после четырех ежедневных инъекций и перед сном) и 0,5 — для пользователей флэш-мониторинга. Учитывалось годовое потребление 26 датчиков флэш-мониторинга

(один каждые 14 дней). Общая годовая стоимость на одного пациента составила 4437 евро для группы традиционного самоконтроля и 2526 евро — для НМГ. Использование НМГ ассоциировалось с ежегодной экономией затрат на мониторинг и лечение гипогликемических событий в размере 1911 евро на пациента в год. В гипотетической когорте из 1 тыс. пациентов с СД 1 типа на НМГ удалось избежать 4900 первичных и 93 повторных госпитализаций в год, суммарная экономия в исследуемой группе составила от 370 тыс. до 1,76 млн евро. Таким образом, использование системы НМГ уменьшает количество гипогликемических событий и приводит к экономии средств системы здравоохранения.

В литературе появились описания клинических случаев, подтверждающих необходимость использования НМГ в периоперационном периоде. Удастся быстро скорректировать дозу инсулина в соответствии с уровнем глюкозы перед операцией и предотвратить длительную гипогликемию во время ее проведения и в послеоперационном периоде.

А ЕСЛИ ВАКЦИНАЦИЯ?

Сейчас во всем мире осуществляется программа вакцинации против COVID-19, после которой часть пациентов с СД 1 типа сталкиваются с временной нестабильностью уровня глюкозы в крови в течение 2–3 дней. Появились сообщения об анализе профилей гликемии пациентов с СД 1 типа до и после вакцинации при применении упомянутого выше флэш-мониторинга глюкозы. После вакцинации в течение недели наблюдалось значительное снижение целевого уровня гликемии крови и не отмечалось значимых изменений ее вариабельности. Изменение гликемии в течение недели после вакцинации было наиболее выражено у пациентов, получавших метформин/дапаглифлозин вместе с базально-болюсным режимом ИТ (-23 %) по сравнению с получающими только инсулин (-4 %); большее снижение целевого значения гликемии регистрировалось у пожилых людей (-18 против -9 %).

Традиционный гликемический контроль не является оптимальным для многих пациентов с СД 2 типа. Хотя использование НМГ продемонстрировало снижение HbA1c у больных с СД 2 типа, получавших несколько ежедневных инъекций инсулина или его введение с помощью инсулиновой помпы, эффект данной технологии у пациентов с СД 2 типа, использующих неинтенсивные схемы лечения, изучен недостаточно. В ретроспективном наблюдательном исследовании на базе данных IBM Explorys после применения системы FreeStyle Libre для НМГ у 1034 взрослых с субоптимально контролируемым СД 2 типа, получавших неинтенсивную терапию, отмечалось значительное снижение уровня HbA1c внутри всей когорты: с 10,1 ± 1,7 до 8,6 ± 1,8 %; наибольшее снижение наблюдалось у пациентов с исходным уровнем HbA1c ≥ 12,0 % (n = 181, снижение HbA1c -3,7 %). Значительное снижение отмечалось в группах лечения базальным инсулином — на 1,1 %, пероральной терапией — на 1,6 %. Эти результаты свидетельствуют о расширении возможностей и доступа к флэш-мониторингу пациентов с СД 2 типа.

Таким образом, использование флэш-мониторинга гликемии с современной удобной и доступной облачной платформой и веб-интерфейсом весьма перспективно и требует внедрения у пациентов с СД как первого, так и второго типа. Такое внедрение меняет парадигму в сфере управления СД, координации усилий врача и больного, открывая широкие горизонты для успешной коррекции углеводного обмена и улучшения качества жизни пациентов. 📌

Трудный пациент на приеме у эндокринолога

Когда-то врач воспринимался больным как носитель высшего знания. Все его назначения были руководством к действию и исполнялись безоговорочно. Сейчас многое изменилось. К современному пациенту нужен особый подход!

Сегодняшние пациенты — люди грамотные и с большим самомнением. Они высоко ценят себя и собственное здоровье, а любую новую информацию подвергают сомнению и активно перепроверяют. Если же эндокринолог или врач иной специальности не соответствует их требованиям, люди обращаются к другому доктору. Короче говоря, работать стало трудно. Любой врач с опытом поликлинической практики живо представляет современного пациента. Его отличают:

- излишняя нервозность;
- одностороннее понимание своих прав;
- низкая комплаентность;
- склонность к самолечению (не принимает препараты, если считает их чересчур дорогими или имеющими слишком много противопоказаний, о которых прочитал в инструкции).

МОДЕЛИ ОТНОШЕНИЙ

Марина Орлова, психолог, эксперт по клиническим коммуникациям, считает, что до недавнего времени в отношениях с больными врачи с успехом применяли инженерную модель. Пациента воспринимали как машину, требующую ремонта. Поскольку больной не обладает медицинскими знаниями, то и посвящать его в тонкости лечебного процесса не стоит. Популярна среди медиков и патерналистская модель, когда отношения с пациентом напоминают родительские. Взрослый (врач) лучше знает, что надо ребенку (пациенту). Больному сообщается только та информация, которая, по мнению врача, ему необходима, безальтернативно предлагается лишь один план лечения, предпочтительный с точки зрения врача. При этом он обычно использует уменьшительно-ласкательные выражения «снизим сахарок», «послушаем сердечко», «сделаем снимочек». Опросы показали, что более 76 % пациентов испытывают дискомфорт от такого обращения. Они предпочитают, чтобы врач общался с ними на равных. Современные тенденции в эндокринологии также требуют перехода от патерналистской модели к партнерской, когда ответственность за результаты лечения (особенно при применении современных систем мониторинга глюкозы) поровну распределяется между врачом и пациентом. Однако для некоторых категорий больных патерналистская модель предпочтительна, потому что позволяет перенести всю ответственность за лечение на врача. Она приносит успех при работе с психологически инфантильными взрослыми, а также детьми и пожилыми людьми, но не эффективна при выстраивании отношений с их родственниками.

ПРАВИЛЬНЫЙ ПУТЬ

Пациентам важен разговор на равных, поэтому отлично работает коллегиальная модель отношений, когда больной получает от врача:

- информацию о состоянии своего здоровья на доступном пониманию языке;
- комментарии по результатам диагностики;
- варианты лечения и прогнозы;
- возможность самостоятельно выбирать план лечения.

Сегодня перед визитом к врачу люди, как правило, собирают в интернете информацию о своем заболевании. Если врач нашел в себе силы не обижаться на чрезмерную

эрудицию пациента, между ними возможен уважительный диалог. Похвалите человека за беспокойство о своем здоровье и тщательную подготовку к медицинской консультации. Поинтересуйтесь, какими источниками информации тот пользовался, и ознакомьте с более достоверными сведениями. Пациенты обычно остро реагируют на формулировки «вы должны сделать», «вы должны понимать». Им хочется знать, зачем выполнять ту или иную диагностику, принимать то или иное лекарство. Осознание важности процедуры или препарата мотивирует. Если вопросы больного остались без ответа, он не станет выполнять назначения и отправится к другому врачу.

Чтобы этого не случилось, с пациентом нужно установить контакт и вступить в диалог. Узнать, как зовут, и обращаться к нему по имени или по имени и отчеству, уточнив, как ему удобно. Если на приеме родитель с ребенком, то имя взрослого знать обязательно. Привычное «мамочка» контакту не способствует. Обозначьте временные рамки и кратко проинформируйте, что будет происходить на сегодняшней консультации. На первый прием человек может прийти, просто чтобы познакомиться с вами. В этом случае он не готов к осмотру, и это нормально. Проясните его запрос. Узнайте не только, с чем он пришел, но и поймите ожидания и опасения пациента. Особенно, если он сообщает, что ищет «своего врача» или «свою клинику». Когда больной чувствует, что врачу действительно интересны его мысли и тревоги, то проникается симпатией и доверием. Слушаете вы — слушают вас!

Не обесценивайте мнение других врачей, даже если вы с ними не согласны. Можно сказать: «Да, существует такая точка зрения на лечение сахарного диабета... Теперь я поделюсь собственными соображениями...» Не говорите: «Не может быть, чтобы врач вам дал такие рекомендации, вы неправильно его поняли». Контакт возможен, только когда врач, контролируя свои эмоции, готов выслушать любую точку зрения. Проявляйте эмпатию (сочувствие). Когда пациент признается, что ему страшно, допустим, при направлении на тонкоигольную биопсию узла в щитовидной железе, он не хочет услышать в ответ: «Бояться тут нечего». Объясните, что страх — это нормально. Уточните, чего именно боится человек, и расскажите, что вы сделаете, чтобы обследование и лечение стали максимально комфортными.

ПРИЕМЫ ОКР

Приемами эффективного взаимодействия с пациентами делится психолог Александр Ефимович Пасекунов. Самое главное — во время консультации сконцентрироваться на проблеме больного, забыв о собственных нуждах. Для этого существует прием под названием ОКР (остановка — контроль — рефокусировка). Мы так устроены, что, столкнувшись с проблемой, начинаем искать пути ее решения, даже когда понимаем, что навредим себе больше, если не доверимся специалисту. «Поэтому в первую очередь заставьте пациента отвлечься, подумайте о чем-нибудь, что не имеет отношения к болезни, — советует А.Е. Пасекунов. — Переключите его внимание на какой-нибудь фильм, книгу, картины. Словом, пусть думает о чем угодно, но ни в коем случае

не позволяйте ему вспоминать о болезни, это забота врача». Точно так же ОКР применяется и для восстановления собственного психологического состояния. Этот прием нужно практиковать как гимнастику: возникла неприятная мысль, вспоминайте про остановку — контроль — рефокусировку. При внешней простоте это весьма эффективный способ сохранения душевного равновесия.

СОЦИАЛЬНЫЕ СТИЛИ

Так называется еще один прием из арсенала Пасекунова, столь же простой и эффективный, как и ОКР. Наблюдайте за поведением пациента, чтобы понять, какой человек обратился к вам за помощью и чего именно при таком характере он ожидает от врача. Анализ производится по двум шкалам. По первой под названием «ассертивность» оценивают давление, которое пациент либо оказывает на окружающих, либо нет. Человек с низкой ассертивностью апатичен и пассивен, с высокой — нетерпелив и требователен. Низкоассертивный молчит, избегая зрительного контакта с доктором, старается от него отдалиться. Высокоассертивный, напротив, при очень плотном зрительном контакте всячески сокращает дистанцию, ни о чем не спрашивает, а говорит сам параллельно с врачом. Вторая шкала — «респонсивность» (отзывчивость, эмоциональность). Люди с низкой респонсивностью внутри тоже эмоциональны, просто не показывают чувств. У низкореспонсивных — минимум жестов и мимики. Такой человек смотрит в пол и не проявляет эмоций.

Объединение шкал респонсивности и ассертивности дает четыре психологических типажа.

1. Аналитический типаж не демонстрирует чувств, спокоен, на собеседника не давит. Будет внимательно вас слушать, но не факт, что станет исполнять рекомендации. Ожидает от врача структуры, анализа. Стремится узнать массу деталей: почему это назначают, в какой последовательности лучше принимать препараты, какой результат принесет лечение? Ему важна системность, а значит, понравится, если врач быстро найдет в компьютере историю болезни, сообщит, что больному уже обращался полгода назад с такими-то жалобами, что доктор его не забыл. Дайте понять, что у вас все схвачено, что в наблюдении и лечении есть система.

* Обычно любой человек во время приема что-то говорит. Если представитель данного типа не произнес ни слова, то дома обязательно пожалуется жене: доктор не понравился — ни о чем не спрашивал, что-то сказал, а я не понял, все бесполезно... Обязательно расспрашивайте и слушайте ответы. Не беспокойтесь, что прием затянется, отставание в графике можно наверстать с другими пациентами. Приведите факты, статистику, данные научных исследований, и тогда у больного сложится впечатление, что назначенное вами лечение хорошо продумано, что так делают во всем мире. В конце спросите, до чего вы договорились, потому что человек в процессе беседы уходил в себя и, возможно, понял вас не так.

2. Драйвер тоже не показывает эмоций, зато давит на окружающих. Общается резкими фразами, будто отдает приказы. Если ему возражать, давить на него

в ответ, может вспыхнуть конфликт. Хочет очень быстро найти все решения. У него есть свой взгляд по всем вопросам, и желательно, чтобы позиция врача совпадала со взглядами больного.

* Поздоровавшись, сразу объявите цель: «Я так понял, что вы пришли с обострением того-то... Сейчас будем выработать рекомендации для вас...» Если этого не сказать, драйвер перехватит инициативу и навязет вам собственную схему разговора. Возникшие вопросы надо задавать, но если их будет много, драйвер огорчится: «Что-то врач все спрашивает, а ничего не предлагает». Избежать этого помогут фальш-вопросы: «У вас давление подскакивает вечером. Так?» Он: «Точно!», — а про себя подумает: какой прозорливый доктор! Когда вы делаете назначения и видите, что пациент начинает отходить от вашей программы, скажите: «Вероятно, есть необходимость объяснить, почему я выписываю именно этот препарат...» В конце визита лучше подвести краткий итог.

3. Экспрессивный. Шумный, веселый. Очень эмоционален. Говорит параллельно с врачом. Стремится быть неординарным, чтобы врач его выделял и узнавал в толпе. В отношениях с ним важно личное внимание: «Иван Иванович, давно вы не заходили...» Тогда он скажет о вас: «Это мой доктор». Говорите с ним, как с драйвером, но добавьте эмпатию (сопереживание), потому что как только вы скажете: «Надо увеличить дозировку препарата...», — он обязательно возразит, что это невозможно. Вы ему: «Принимайте это лекарство и, пожалуйста, фиксируйте ощущения». Он в ответ: «Не получится, я так занят».

* Здесь не поможет никакая логика, лучше польстить: «Иван Иванович, вы такой замечательный пациент, так внимательно относитесь к своему здоровью, — и он изменится на глазах: «Доктор, я все сделаю». В завершении визита кратко подведите итоги и добавьте что-нибудь личное: «Вижу, вы загорели. Где-то отдохали?..»

4. Любезный. Мягкий, улыбочивый, близкий к экспрессивному типу. С удовольствием общается со всем миром. Никто так много не улыбается, как пациент этого типа. Но именно он может не задать нужные вопросы и не понять, о чем вы рассказываете. Уйдет, а через какое-то время поймает себя на том, что чего-то от врача не получил, и тогда может начать жаловаться. Ожидает от доктора любви, хочет ее чувствовать. Если найдет причины полюбить врача, пойдет за ним слепо, куда тот скажет, будет выполнять все назначения.

* С ним надо сразу к делу. Чуть-чуть поговорите: «Как вы...», «Что вы...» Способ коммуникации: вопрос плюс эмпатия. Этот типаж хорошо реагирует на личный опыт: «Я рекомендую это маме». Либо: «Многие пациенты принимают этот препарат и очень довольны». В завершении визита подведите итог и, провожая больного, затейте ни к чему не обязывающий разговор, затрагивающий какие-то общие душевные моменты.

Метод Пасекунова позволяет найти общий язык с очень разными пациентами. 🧡

Разные проблемы — одно решение

Так называлось секционное заседание, прошедшее при поддержке компании «Ипсен» на IV (XXVII) Национальном конгрессе эндокринологов с международным участием «Инновационные технологии в эндокринологии». В рамках мероприятия ведущие эксперты проанализировали последние данные Московского регистра больных акромегалией, обсудили особенности контроля нейроэндокринных опухолей у пациентов, заболевших COVID-19, и рассказали о роли в борьбе с НЭО аналога соматостатина — препарата ланреотид.

СТОЛИЧНАЯ СТАТИСТИКА

Доклад «Московский регистр акромегалии. Реалии и перспективы» представил Е.В. Пронин — эндокринолог ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения Москвы». Евгений Вячеславович рассказал о том, что в 2003 году на базе диспансера был создан Московский регистр больных акромегалией. Сегодня в нем числятся 758 пациентов (206 мужчин и 552 женщины, средний возраст — 59 лет). Из них ныне живы 590 человек, 78 значатся как умершие, а еще о 90 пациентах данных нет. Главной причиной смерти москвичей с нейроэндокринными опухолями (НЭО) становится кардиомиопатия (43%), а от онкологических заболеваний они умирали лишь в 35% случаев. В 2021 году распространенность акромегалии по обращаемости на миллион жителей составила в Москве 59,9 (в РФ — 33,5), а заболеваемость — 3,9 случая. С 2011 по 2021 год продолжается ежегодный прирост заболеваемости в среднем по 49 человек в год.

Хирургическое лечение получили 64%, а лучевое — 15% больных. На медикаментозной терапии находятся 77% пациентов. Из них 239 человек используют ланреотид, 117 — октреотид, 170 — каберголин и еще 38 больных получают комбинированное лечение. Результативность терапии аналогами соматостатина составляет 72–80%, а число больных в стадии ремиссии на фоне лечения значительно выше (59%), чем в активной стадии (41%).

«Согласно зарубежным данным, — сообщил докладчик, — 80% пациентов, которые начали лечение октреотидом, предпочли ланреотид (Соматулин® Аутожель®) как более удобный препарат для инъекций. Точно так же и большинство московских больных выбирают ланреотид из-за существенной разницы в его пользу при выполнении инъекций. Ведь ланреотид выпускается в виде предварительно заполненного шприца, уже готового к применению, а октреотид еще необходимо приготовить перед использованием. Ланреотид вводится подкожно, а октреотид — глубоко внутримышечно, что заметно болезненнее и чаще приводит к инфилтратам. Пациент может самостоятельно ввести себе ланреотид дома, а инъекцию октреотида делает специально обученный медик».

Москвичи с акромегалией оценили особенности шприца препарата Соматулин® Аутожель® 3-го поколения: усиленный поршень, облегчающий введение препарата; прочный упор для пальцев; рельефный корпус, не допускающий скольжения; пластиковая подложка в комплекте со шприцем. Последняя обеспечивает безопасность шприца при транспортировке и может использоваться как стерильная поверхность.

ОПАСНОЕ СОЧЕТАНИЕ

В выступлении под названием «Гормонально-активные аденомы гипофиза и COVID-19» профессор кафедры эндокринологии института высшего и дополнительного профессионального образования, зав. отделением нейроэндокринологии и остеопатий ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» МЗ РФ, д.м.н.

Ж.Е. Белая сообщила о трех главных особенностях ведения пациентов с сочетанием этих двух патологий.

Лечащий врач должен быть предельно бдительным в отношении частых и непредсказуемых острых осложнений аденом гипофиза — апоплексии этой части мозга и электролитных нарушений. В условиях пандемии необходимо сократить количество диагностических тестов, проводя их только при яркой клинической картине, и свести к минимуму показания к нейрохирургическому лечению. «Старайтесь вести ваших больных консервативно, максимально удаленно от клиники», — обратилась к коллегам Жанна Евгеньевна. Лечение пациента с недавно установленным диагнозом акромегалии предпочтительнее начинать с аналогов соматостатина (АСС), в частности ланреотида в максимальной дозе 120 мг. Интервал между инъекциями следует увеличить до 6–8 недель для снижения рисков, связанных с коронавирусом. Обучение пациентов выполнению инъекций лучше проводить дистанционно — с помощью видео.

«При международном опросе 50% врачей указали на возросшую во время пандемии важность самостоятельного введения АСС в домашних условиях. А медсестры наиболее важной при введении АСС назвали уверенность в том, что шприц не разобьется и не будет потерян препарат в ходе инъекции. Также медсестры высказали мнение, что введение препарата Соматулин® Аутожель® с помощью шприца последнего поколения происходит быстрее, проще и комфортнее, чем инъекция октреотида. Ланреотид в улучшенном новом шприце, сохранив все преимущества предыдущей версии, полностью отвечает пожеланиям пациентов, врачей и медсестер», — подытожила профессор Ж.Е. Белая.

КОНТРОЛЬ НАД ОПУХОЛЮ

К.м.н., старший научный сотрудник НМИЦ онкологии имени Н.Н. Блохина А.А. Маркович представила доклад «Нейроэндокринные опухоли — взгляд онколога». НЭО относятся к гетерогенной группе редких медленно прогрессирующих опухолей, происходящих из нейроэндокринных клеток. Они синтезируют и секретируют пептиды, гормоны, нейротрансмиттеры (серотонин, инсулин, гастрин, глюкагон, АКТГ и др.) и экспрессируют нейроэндокринные маркеры. Клинические проявления НЭО ассоциированы с соответствующими эндокринными гиперфункциональными синдромами, в частности карциноидным.

На первой линии антисекреторной терапии для контроля истощающих симптомов НЭО уже около 30 лет применяются АСС. Сохранение хорошего качества жизни на фоне такого лечения отмечают около 90% пациентов. Одним из наиболее доказательных клинических испытаний, подтвердивших ключевую роль этих препаратов в борьбе с НЭО, стало двойное слепое мультисетовое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование III фазы CLARINET. В это двухлетнее исследование были включены 204 пациента с метастатическими НЭО ЖКТ и поджелудочной

железы. Соматулин® Аутожель® в дозе 120 мг подкожно вводили 101 больному, остальные получали плацебо. Ланреотид, по сравнению с плацебо, значительно продлевал выживаемость без прогрессирования ВВП и способствовал достижению контроля над проявлениями НЭО, в частности симптомами диареи и гиперемии у пациентов с карциноидным синдромом.

Результаты исследования CLARINET обеспечили доказательства эффективности ланреотида для контроля гастроэнтэропанкреатических НЭО и стали основанием для внесения в консенсусные рекомендации Европейского общества по НЭО (ENETS) положения о том, что ланреотид является предпочтительным АСС для лечения НЭО поджелудочной железы.

ВЗГЛЯД ЭНДОКРИНОЛОГА

«Нейроэндокринные опухоли — взгляд эндокринолога» — обозначила тему доклада д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отделения нейроэндокринологии и остеопатий НМИЦ эндокринологии Л.Я. Рожинская. Для оценки долгосрочной безопасности и эффективности терапии Соматулином® Аутожель® было предпринято международное продленное восьми-

летнее исследование III фазы CLARINET OLE. В продленную фазу вошли пациенты из базового исследования CLARINET, получившие лечение до выхода из него или прекращения такового.

В исследовании CLARINET OLE медиана выживаемости без прогрессирования была достигнута на сроке 32,8 месяца (2,5 года). Причем этот же показатель у пациентов с НЭО средней кишки составил более 5,0 года, а поджелудочной железы — 29,7 месяца.

Исследование CLARINET и продленное исследование OLE не выявили нарушений качества жизни в группе терапии ланреотидом. В профиле безопасности было показано отсутствие летальности, связанной с терапией, и крайне малое число отказов от лечения по причине также незначительного количества нежелательных явлений.

«Это доказывает положительное соотношение профиля „польза — риск“ для ланреотида (120 мг) и подтверждает целесообразность применения данного препарата в качестве терапии первой линии у пациентов с гастроэнтэропанкреатическими НЭО», — подытожила Людмила Яковлевна.

Соматулин® Аутожель®
ланреотид

СТРЕМИСЬ К ПРОГРЕССУ
ДОСТИГАЙ ЦЕЛИ
БУДЬ ЛУЧШИМ

Эффективность и благоприятный профиль безопасности
Улучшение качества жизни
Новый, удобный, предварительно заполненный шприц для выполнения подкожных инъекций

• Соматулин® Аутожель® обеспечивает стабильный контроль ИФР-1 и ГР, а также размера опухоли без отрицательного влияния на гликемию пациентов с акромегалией и сахарным диабетом.^{1,2}

• Соматулин® Аутожель® приводит к улучшению качества жизни путем уменьшения количества инъекций до 6-8 в год за счет увеличения интервала между инъекциями.^{1,2}

• Глубокое подкожное введение препарата Соматулин® Аутожель® позволяет минимизировать боль в месте инъекции и снизить возможность развития нежелательных явлений.^{1,4}

• Соматулин® Аутожель® подходит для самостоятельного введения благодаря предварительно заполненному шприцу, готовому к применению.^{1,5,7}

1. Caron P.J. et al. Clinical Endocrinology 2015. 2. Инструкция по медицинскому применению препарата Соматулин® Аутожель® 120 мг. 3. Salvatori R. et al. Pituitary 2010; 13(2): 115-22. 4. Haramati N. et al. Arch Fam Med 1994; 3(2): 145-148. 5. Adelman D.T. et al. Medical Devices: Evidence and Research 2012; 6. Salvatori R. et al. Pituitary 2010. 7. Neggers J.C.M.M. et al. Eur J Endocrinol 2015; 173: 313-323. Краткая информация из инструкции по медицинскому применению препарата Соматулин® Аутожель®. ЛСР-003497/09. ТОРГОВОЕ НАЗВАНИЕ: Соматулин® Аутожель®. МНН: ланреотид. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА: гель для подкожного введения пролонгированного действия. СОСТАВ: Соматулин® Аутожель® 120 мг. Активное вещество: ланреотид ацетат — 149,4 мг/шприц (125,5 мг/шприц). Вспомогательные вещества: вода для инъекций — 357,8 мг/шприц, хлорид натрия — 40,8 мг/шприц, хлорид калия — 1,6 мг/шприц. Общая масса — 510,0 мг/шприц. Масса воздуха при инъекции — 48,0 мг/шприц. Вспомогательные вещества: вода для инъекций — 357,8 мг/шприц, хлорид натрия — 40,8 мг/шприц, хлорид калия — 1,6 мг/шприц. Фармакотерапевтическая группа: соматостатин аналог синтетический. КОД АТХ: N01CB03. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: — Терапия пациентов с акромегалией, у которых концентрация ГР и/или инсулиноподобного фактора роста (ИФР-1) остается повышенной после оперативного лечения и/или лучевой терапии; или пациентов, которым показано проведение медикаментозной терапии. Результаты терапии у пациентов с акромегалией: является снижением концентрации ГР и ИФР-1 или нормализация их концентрации; — Терапия клинических симптомов акромегалии; ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: повышенная чувствительность к ланреотиду или родственным пептидам. Противопоказано: у детей и подростков до 18 лет. С осторожностью: холангит, беременность, период грудного вскармливания, сахарный диабет, начальная терапия у пациентов с бронхиальной астмой. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: Акромегалия. У пациентов, получающих терапию аналогами соматостатина в первый раз, рекомендуемая начальная доза составляет 60 мг — 120 мг каждые 28 дней. Например, у пациентов, ранее получавших инъекции препарата Соматулин®, лиофилизат для приготовления суспензии для внутримышечного введения пролонгированного действия в дозе 30 мг каждые 14 дней, начальная доза препарата Соматулин® Аутожель®, гель для подкожного введения пролонгированного действия, должна составлять 60 мг каждые 28 дней. У пациентов, получающих инъекции препарата Соматулин®, лиофилизат для приготовления суспензии для внутримышечного введения пролонгированного действия, в дозе 30 мг каждые 7 дней, начальная доза препарата Соматулин® Аутожель®, гель для подкожного введения пролонгированного действия, должна составлять 120 мг каждые 28 дней. В дальнейшем, у всех пациентов доза должна подбираться индивидуально в зависимости от ответной реакции пациента (которая оценивается на основании выраженности клинических симптомов и/или снижения концентрации ГР и/или ИФР-1). Если ожидаемый ответ не был достигнут, доза может быть увеличена. У пациентов, у которых на фоне терапии получены концентрации ГР и ИФР-1 ниже 1 нг/мл (около 2 мЕД/л) или ниже нормы, начальная доза препарата Соматулин® Аутожель®, в дозе 120 мг с увеличенным интервалом введения — 56 или 42 дня, соответственно. У пациентов, у которых клинические симптомы и биохимические параметры заболевания адекватно контролируются, не удалось (концентрация ГР выше 2,5 нг/мл (около 3 мЕД/л) или концентрация ИФР-1 выше нормы), доза препарата Соматулин® Аутожель®, может быть увеличена до максимальной: 120 мг каждые 28 дней. Всем пациентам показан регулярный долгосрочный контроль клинических симптомов, концентрации ГР и ИФР-1. ПРЕДОЗИРОВКА: показано проведение симптоматической терапии. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ: может снижать абсорбцию в кишечнике одновременно принимаемых препаратов, в том числе ciclosporina (может возникнуть необходимость корректировать дозу). При одновременном применении аналогов соматостатина и бромкриптолина может повыситься биодоступность бромкриптолина. При одновременном применении с лекарственными средствами, снижающими кислотность желудочного сока (такими как бет-энтранологаторы), может наблюдаться коррекция дозы одновременно принимаемого препарата. Может снижать метаболический клиренс препаратов, метаболизируемых с помощью ферментов цитохрома P450. Необходимо соблюдать осторожность при совместном применении с препаратами, метаболизируемыми в основном с помощью CYP3A4 и имеющими низкий терапевтический индекс (бензодиазепины, трифеназин). ВЛИЯНИЕ НА СПОСОБНОСТЬ УПРАВЛЯТЬ ТРАНСПОРТНЫМИ СРЕДСТВАМИ И РАБОТАТЬ С МЕХАНИЗМАМИ: было сообщено, что на фоне терапии препаратом может развиваться головокружение. При появлении данного побочного действия не следует управлять транспортными средствами и работать с механизмами. ФОРМА ВЫПУСКА: гель для подкожного введения пролонгированного действия 60 мг/90 мг/120 мг. Шприц с защитным устройством в комплекте с иглой, упакованный в пакет из полиэтилена/перфторэтилена/алюминия/полиолефина, вместе с инструкцией по применению помещен в упаковку картонную. УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ: 2–8 °C (в холодильнике), в недоступном для детей месте. Не замораживать. СРОК ГОДНОСТИ: 2 года. Не применять по истечению срока годности. УПАКОВКА: оптика из АЛПЕК: по рецепту.

Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению. Материал предназначен для специалистов здравоохранения. Информация о лекарственных средствах предоставляется медицинским работникам в соответствии с пп. 4 п. 1 и п. 2 ст. 74 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» для информирования пациентов об аналогичных лекарственных средствах. Имеется противопоказание. Перед использованием следует ознакомиться с инструкцией или обратиться за консультацией к специалисту. ООО «Ипсен»: 109147, г. Москва, ул. Таганская, д. 17-23, этаж 2, ком. 10-27, 30-39 4/1-16; тел. +7 (495) 258-54-00, факс +7 (495) 258-54-01; www.ipseven.ru. Служба медицинской поддержки по препаратам компании «Ипсен» (в рамках инструкции по применению): тел. 8 (800) 700-40-25 (бесплатный номер телефона по всей Российской Федерации); электронная почта: Medical.Information.Russia@ipseven.com. Контакты для информации о нежелательных явлениях/реакциях/двигательных качествах продуктов компании: +7(916)995-30-28 (круглосуточно); электронная почта: pharmacovigilance.russia@ipseven.com. 50M-RU-000279-01992020 На правах рекламы.

IPSEN
Innovation for patient care

Реклама

Николай Михайлович Иценко: у истоков нейроэндокринологии

Жизнь выдающегося отечественного ученого Н.М. Иценко (1889–1954) напоминала увлекательный роман. Его исключали сначала из реального училища, а потом из университета за участие в революционном движении. Он вышел целым и невредимым из горнила двух мировых войн. Внес бесценный вклад в развитие эндокринологии и неврологии, написал более ста научных работ. В его честь названы два заболевания, по крайней мере одно из которых у всех на слуху. Так что же это был за человек? Давайте узнаем!

БУРНАЯ МОЛОДОСТЬ

Николай Михайлович родился 16 (29) декабря 1889 года в селе Софиевка Верхнеднепровского уезда Екатеринославской губернии. В какой семье — в энциклопедиях советского периода умалчивается, из чего можно сделать вывод, что скорее всего не в рабоче-крестьянской. При этом симпатии будущего профессора всегда были на стороне униженных и оскорбленных, особенно после Кровавого воскресенья 9 января 1905 года, когда с молчаливого согласия императора Николая II в Санкт-Петербурге расстреляли 150-тысячное шествие рабочих, собиравшихся вручить царю подписанную десятками тысяч петербуржцев петицию с просьбой о реформах. 16-летний тезка российского самодержца в то время ходил в реальное училище, откуда и был отчислен за участие в уличных беспорядках.

Готовиться к экзаменам на экономический факультет Санкт-Петербургского политехнического института императора Петра Великого юноше пришлось самостоятельно. Николай успешно сдал их в 1909 году, но отучился в Политехе только два курса, потому что почувствовал: экономика — это не совсем то, чему бы он хотел посвятить свою жизнь. Не деньги считать, а людей спасать — вот это действительно достойная цель и благородная профессия! Так в 1911 году Николай Иценко поступил в Петербургскую военно-медицинскую академию (ВМА), но не прошло и двух лет, как его и оттуда исключили из-за резких публикаций в академической газете «Студенческие годы». Руководству ВМА не понравились статьи «К реформе Военно-медицинской академии 1913 года» и «На перепутье», в которых автор резко критиковал существовавшую в то время систему медицинского образования.

Пришлось искать новую *alma mater* на задворках Российской империи. Эту роль в его жизни сыграл Юрьевский университет (ныне Тартуский в Эстонии). Николай Михайлович окончил его в 1914 году, а тут и Первая мировая война! Доктора Иценко на долгие четыре года призвали на службу в армии в качестве зауряд-врача первого класса — вот какие тогда были должности по штатному расписанию!

ПУТЬ К ВЕРШИНАМ

С 1918 года молодой врач работал в клинике нервных и душевных болезней Донского университета в Ростове-на-Дону, сначала в качестве экстерна, а с 1919 года — штатного ординатора. В 1921 году Николая Михайловича избрали на должность ассистента университетской клиники, которой руководил профессор А.И. Юценко. 30 марта 1923 года Н.М. Иценко защитил диссертацию «К патологической анатомии хронического эпидемического энцефалита с клинической картиной синдрома скованности», удостоившись степени научного специалиста по нервным и душевным болезням.

В 1924 году в Ростове-на-Дону была организована кафедра нервных и душевных болезней, которой заведовал Павел Иосифович Эдмин — ученик одного из основоположников нейрохирургии в России Ливерия Осиповича Даркшевича. Н.М. Иценко приходит на эту кафедру ассистентом, но уже через год становится приват-доцентом, а еще через пять лет, в 1930 году, и сам возглавляет кафедру физиотерапии, не оставляя при этом работу на кафедре нервных болезней.

Но вернемся в 1925 год, ставший поистине триумфальным для скромного приват-доцента и знаковым для поколений будущих нейроэндокринологов. Именно тогда доктор Иценко обнаружил на секции изменения в системе «гипофиз — серый бугор» и описал патологию гипофиза и межучастного мозга, названную впоследствии болезнью Иценко — Кушинга. Американский нейрохирург Харви Уильям Кушинг обнаружил заболевание с похожей клинической картиной лишь семь лет спустя, в 1932 году, и связал его с базофильной аденомой передней доли гипофиза. Симптомокомплекс болезни у обоих авторов различий не вызывал, разница состояла в понимании каждым из них ее патогенеза. Кушинг считал, что все дело в наличии опухоли, той самой базофильной аденомы гипофиза, которую он обнаруживал при вскрытии в наблюдаемых им случаях. У больших же, описанных Н.М. Иценко, кроме симптомов, отмеченных Кушингом, важное место занимали нейровегетативные проявления. У некоторых пациентов болезнь начиналась именно с них.



Николай Михайлович был справедливо убежден, что речь идет о межучастно-гипофизарном заболевании с первичным поражением гипоталамуса. В этом проявилась характерная особенность Н.М. Иценко как ученого — способность глубоко всматриваться в клинические симптомы заболевания и подвергать их тщательному анализу. Очевидно, что данный подход внес значительный вклад в расшифровку этиологии и патогенеза болезни Иценко — Кушинга. Ученый описал эту патологию в статье «Опухоль гипофиза с полигландулярным симптомокомплексом», опубликованной в ростовском сборнике научных работ «Юго-Восточный вестник здравоохранения» в 1925 году.

Спустя год в том же издании была напечатана следующая работа того же автора «Патологоанатомические основы полигландулярного синдрома». В ней рассказывалось о случае опухоли головного мозга с объемной вегетативной и эндокринной симптоматикой, в клиническую картину которой вписывались гипотиреоз, надпочечниковый гирсутизм, адипозогенитальная дистрофия, а также «высокая рефлекторная возбудимость всех анализаторов». Ученый справедливо замечает, что объяснять эти изменения исключительно патологическим процессом в гипофизе «было бы искусственно», поскольку центры водного, липидного и углеводного обменов находятся в гипоталамусе. Нарушения работы этих центров ведут к развитию эндокринного ожирения, несахарного диабета, трофических и половых расстройств и к другим проявлениям сбоя в работе желез внутренней секреции.

В данной публикации Н.М. Иценко впервые отчетливо четко высказывает главную мысль: «Сложная и запутанная картина нарушения обмена веществ» является следствием патологически измененной деятельности «центра вегетации» — гипоталамуса, здесь же берут начало эпилептоидные припадки, входящие в комплекс вегетативных нарушений». В 1925–1926 годах Николай Михайлович описал своеобразную подкорковую диэнцефальную эпилепсию, о которой ранее, еще в 1863 году, сообщал отечественный врач П. Ворсаб. Соответственно этот вид эпилепсии назван эпилепсией Ворсаба — Иценко. И только через 20 лет,

в 1946 году, ученый оформил все эти важные мысли и идеи в виде монографии.

ПОДВИГ ЖИЗНИ

В 1932–1933 годах Н.М. Иценко заведует кафедрой физиотерапии Государственного бальнеологического института в Пятигорске. А в 1933 году переезжает в Иваново, где организует и возглавляет сначала кафедру нервных болезней местного медицинского института, а затем и неврологическую клинику с отделением нейрохирургии. В 1935 году Н.М. Иценко присваивают по совокупности публикаций ученую степень доктора медицинских наук и звание профессора. В 1937 году по состоянию здоровья Николай Михайлович переезжает в Кисловодск, где руководит научно-лечебным делом в санатории имени С. Орджоникидзе, крупнейшем в СССР. Но уже 1 октября 1939 года Н.М. Иценко переезжает в Воронеж, где избирается руководителем кафедры нервных болезней мединститута, что позволило ей значительно расширить как клинические базы, так и квалификацию. Этот пост он будет занимать 15 лет — до конца жизни.

В 1942–1944 годах Воронежский медицинский институт был эвакуирован в Ульяновск. Выполняя долг перед Родиной, Н.М. Иценко занимался организацией помощи, в том числе нейроэндокринологической и неврологической, раненым бойцам ульяновских госпиталей. Самоотверженный труд врача в 1944 году был отмечен специальным приказом команданта Ульяновского гарнизона. Николай Михайлович был награжден орденом «Знак Почета», медалями «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» и «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.». Но даже война не заставила его прервать научную деятельность.

Свидетельством тому стали монографии, опубликованные сразу после Победы: «Клебцевой весенне-летний энцефалит» (1945), «К клинике и патогенезу церебральных вегетативных синдромов в связи с учением о межучастно-гипофизарной системе» (1946), «Острый серозный хориоменингит» (1947), «Проблема начальных форм и фазности в развитии мозгового артериосклероза» (1947), «Клиника метастатических опухолей головного мозга» (1949). Профессором Иценко было издано 105 научных работ, и поныне не утративших своего значения. Так, в публикации о фазности мозгового атеросклероза был произведен обширный обзор отечественной и зарубежной литературы и обобщен собственный опыт работы на Кисловодском курорте. Данная статья дала импульс развитию учений о различных аспектах цереброваскулярных заболеваний, а именно атеросклеротической, гипертонической и дисциркуляторной энцефалопатии.

На лекциях профессора Иценко аудитория была набита битком, ведь они вызвали огромный интерес у студентов и коллег. Умер он 14 января 1954 года после тяжелой болезни. Похоронен на историко-мемориальном кладбище Коминтерновского района Воронежа. В 1987 году в Воронежском государственном медицинском институте имени Н.Н. Бурденко учредили почетную стипендию имени выдающегося педагога Н.М. Иценко. 🙏

Иван Белокрылов, Наталья Фоменко