

Московская ЭНДОКРИНОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

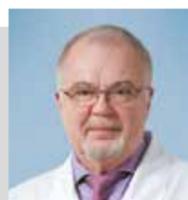
№ 1 / 2020



ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ
ДИСПАНСЕР

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА — КРАЕУГОЛЬНЫЙ КАМЕНЬ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

ОТ РЕДАКЦИИ



Михаил
Борисович
АНЦИФЕРОВ

Д.м.н., профессор, главный врач ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения Москвы», главный внештатный специалист-эндокринолог Департамента здравоохранения Москвы, врач высшей квалификационной категории, Заслуженный врач Москвы и России

Дорогие коллеги!

Вы держите в руках первый выпуск газеты «Московская эндокринология сегодня». У нас появилось новое поле для обмена клиническим опытом и мнениями по актуальным вопросам эндокринологии, для рассказа о научных открытиях и обсуждения клинических случаев, для репортажей о достижениях и проблемах столичной эндокринологической службы, для публикации современных алгоритмов лечения, образовательных программ и аналитических статей, основанных на данных Московского сегмента Федерального регистра пациентов с сахарным диабетом (СД).

Чтобы сделать газету актуальной, интересной, наглядной и разнообразной, мы привлекли к работе над ней наиболее активных и авторитетных специалистов и надеемся, что авторский коллектив издания будет расширяться, а его читатели — эндокринологи и врачи смежных специальностей извлекут практическую пользу из подготовленных публикаций. Плакат со схемой маршрутизации пациентов с СД наверняка станет ценным подспорьем для всех, кто занимается проблемами этой категории больных, и займет достойное место под стеклом рабочего стола или на стене врачебного кабинета.

К сожалению, не все имеют возможность регулярно посещать научно-практические конференции Школы московского эндокринолога, но теперь пропустившие ее коллеги смогут ознакомиться с наиболее актуальными докладами на страницах газеты. Серию таких публикаций открывает тема номера, посвященная управлению рисками у пожилых пациентов с СД. Не обойдены вниманием и проблемы помощи больным акромегалией: ведущие специалисты в данной области в формате круглого стола ответили на вопросы о ситуации с этим заболеванием в Москве. Архивной публикацией о выдающемся отечественном ученом Л. В. Соболеве в конце номера мы отдаем дань памяти одному из основоположников диабетологии.

Пациенты с СД в Москве

390
тыс.чел.



СД 1 типа
24 тыс.чел.

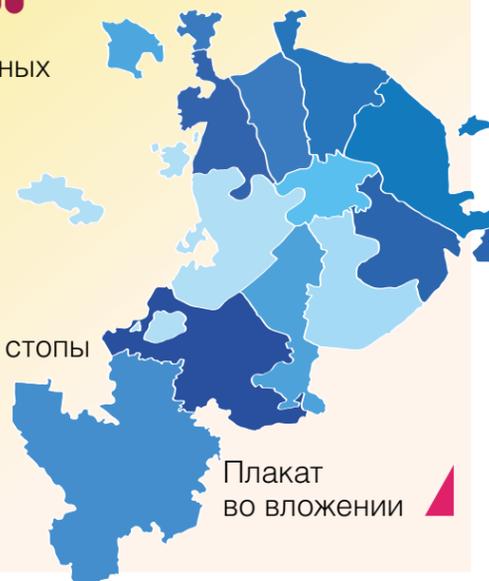
СД 2 типа
366 тыс.чел.

11 административных округов

524 врача-эндокринолога

25 кабинетов диабетической стопы

21 Школа диабета



Плакат во вложении

Диабет:
управление
рисками

4

Эректильная
дисфункция
при диабете

6

10 вопросов
о главном

9

Л.В. Соболев —
ученый,
опередивший
время

12

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

Инновации — резерв эффективности эндокринологии Москвы

Во время подготовки к XVI Московскому городскому съезду эндокринологов «Эндокринология столицы-2020» корреспонденту нашей газеты дал интервью профессор М.Б. АНЦИФЕРОВ, руководитель Московской эндокринологической службы, главный внештатный специалист-эндокринолог Департамента здравоохранения Москвы, Заслуженный врач Москвы и РФ. Михаил Борисович рассказал о достижениях и проблемах службы за прошедший год, о планах на текущий 2020 год и ближайшее десятилетие.

— Расскажите, пожалуйста, о показателях заболеваемости эндокринной патологией у жителей Москвы.

— За прошедшие годы мы наблюдали увеличение числа пациентов с эндокринными заболеваниями примерно на 3–4% в год. На начало же этого года мы впервые зафиксировали прирост в 9%. Думаю, что в обозримом будущем число таких пациентов в столице достигнет одного миллиона человек. Образно говоря, в рамках Москвы появится свой город-миллионник, население которого составят пациенты с эндокринными заболеваниями. И так, мы уже превысили показатель, когда у каждого 15-го москвича обнаруживались эндокринные болезни.

— С чем вы связываете столь стремительное наступление болезней эндокринной системы?

— Главная причина — старение населения, при этом сахарный диабет 2 типа — «болезнь стареющего человечества».

По состоянию на 1 января 2019 года СД обоих типов занимал в Москве первое место в структуре эндокринной патологии (52% от общего количества пациентов). Второе место принадлежит заболеваниям щитовидной железы (35%), третье — ожирению (9%).

По итогам 2019 года из 883 тысяч пациентов с эндокринными заболеваниями в Москве уже 54% страдают СД, а это 390 тыс. человек. Причем 94% приходится на СД 2 типа и 6% — на СД 1 типа. В это число входят 4 тысячи детей.

В структуре расходов на льготное лекарственное обеспечение в Москве по профилю «Эндокринология» 51% средств выделен на препараты инсулина, 25% —

на пероральные сахароснижающие препараты, 14% — на средства самоконтроля для пациентов с диабетом. На все же остальные эндокринные заболевания остается лишь 10% средств.

Подчеркну, что названная мною цифра — 390 тыс. больных — не полностью соответствует действительности.

— Тогда какие еще есть показатели?

— По оценке Международной диабетической ассоциации в любой развитой стране соотношение случаев выявленного и невыявленного диабета составляет 1:1. В тех же регионах, где активно проводится скрининг СД 2 типа, — 2:1. К таким регионам относится и Москва. Поэтому реальное число больных СД 2 типа в Москве — примерно 585 тыс.

— Насколько велика распространенность СД 2 типа?

— Распространенность СД 2 типа составляет сегодня 3,7% в возрастной группе до 60 лет, но уже 14% — в более старшей возрастной группе. Причем удельный вес СД 2 типа среди всех эндокринных заболеваний быстро увеличивается. Прирост по сравнению с прошлым годом составил 6,6%.

В Москве продолжительность жизни людей с СД 2 типа составляет 72 года для мужчин и 79 лет для женщин. Эти цифры выше среднепопуляционных, то есть пациенты с СД 2 типа живут в среднем дольше своих сверстников, не страдающих этой болезнью. Для СД 1 типа, который не является «болезнью стареющего человечества», эти показатели составляют 53 года для мужчин и 59 лет для женщин.

— **Чем объясняются столь высокие показатели продолжительности жизни у больных СД 2?**

— Основная причина — в эффективной работе Московской эндокринологической службы. Кстати, есть и другие показатели успешности нашей работы, кроме высокой продолжительности жизни пациентов с СД 2 типа.

В качестве маркеров гликемического контроля СД мы широко используем определение гликированного гемоглобина (HbA1c) в плазме крови, а также самоконтроль глюкозы крови с помощью тест-полосок. Считается, что показатели контроля заболевания тем лучше, чем выше частота самоконтроля сахара крови. Все это формируется за счет усилий лечащего врача и приверженности больного к лечению.

В Москве каждый год пациенты с СД используют все больше тест-полосок. В прошлом году регулярный самоконтроль проводили уже 353 тыс. человек. Востребованность тест-полосок выросла на 14% по сравнению с 2018 годом. Сегодня в Москве средства самоконтроля используют 92% от общего количества больных СД.

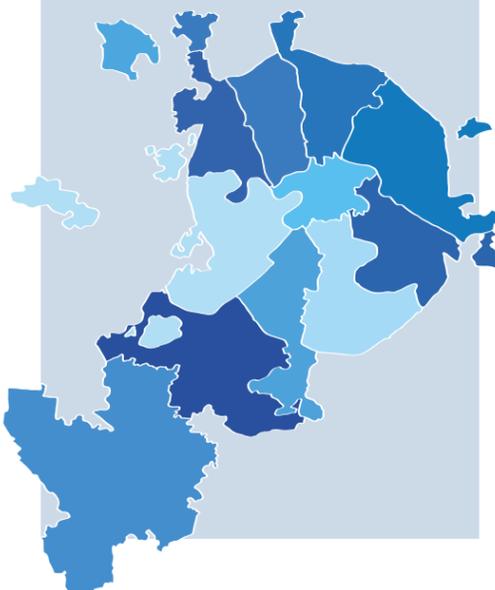
В России потребляется 4–5 млн упаковок тест-полосок в год. Из этого количества почти треть (1,35 млн упаковок) используют москвичи. Таким образом, хотя московское население составляет менее 10% от численности всей страны, жители столицы применяют около трети тест-полосок, расходуемых по всей России.

Что же касается анализа на HbA1c, то у 77% пациентов с СД 1 типа и у 66% с СД 2 типа это обследование проводится на регулярной основе — 2–3 раза в год.

Есть и другие показатели, по которым можно судить об эффективности работы нашей службы. Это число высоких ампутаций у больных с синдромом диабетической стопы. В прошлом году сохранился тренд на снижение этого показателя. Например, количество высоких ампутаций нижних конечностей у больных сократилось с 537 в 2015 году до 394 в 2019-м.

ПРОБЛЕМА В ЦИФРАХ

На начало текущего года в Москве зарегистрированы 883 тысячи пациентов с эндокринными заболеваниями (809 тыс. в 2019 году). Из них 796 тыс. взрослых и 87 тыс. детей. Распространенность эндокринных патологий составляет 8,3% (7% в 2019 году).



Кроме того, средний показатель HbA1c у пациентов с СД 1 и 2 типов составил 7,64% и 7,18% соответственно.

— **Как в Москве решаются вопросы льготного лекарственного обеспечения больных СД?**

— Начну с препаратов инсулина. Полагаю, что администрация всех регионов нашей страны хорошо с ними знакома. Ведь это жизненно важные средства! Обеспечение пациентов с СД бесплатными инсулинами — вопрос не только медицинский, но и социальный.

Что касается Москвы, то сегодня в фокусе нашего внимания уже не само по себе снабжение пациентов инсулинами, а расширение в рамках этого класса удельного веса инновационных лекарств.

В 2019 году 99,9% пациентов из 109 тыс. москвичей, находящихся на инсулинотерапии, применяли шприц-ручки. Инсулиновыми шприцами и флаконами продолжают пользоваться лишь 0,1% пациентов.

Быстро увеличивается и доля аналогов инсулина, назначаемых нашим больным. Напомню, что речь идет о лекарствах с улучшенным фармакокинетическим и фармакодинамическим профилем, меньшим риском гипогликемий по сравнению с традиционными генно-инженерными инсулинами.

За 2018–2019 годы доля аналогов инсулина в общей структуре инсулиновых препаратов увеличилась до 82%. За тот же срок объем традиционных инсулинов сократился до 18%.

— **В чем преимущества аналогов инсулина по сравнению с традиционными препаратами этого класса?**

— Среди аналогов человеческого инсулина есть препараты ультракороткого действия, такие как инсулин аспарт, глутлизин, лизпро. Они обеспечивают максимально физиологичный профиль действия, похожий на выброс инсулина островковыми клетками поджелудочной железы во время еды. Есть среди аналогов

и инсулины сверхдлительного действия, такие как инсулин деглудек и гларгин (300 ед/мл), которые пациенты вводят себе 1 раз в день.

— **А как столичные льготники снабжаются неинсулиновыми сахароснижающими препаратами?**

— По итогам 2018 года 9% больных СД 2 типа получили в рамках системы ОМС инновационные сахароснижающие препараты из групп ингибиторов ДПП-4,

угроза подобных заболеваний есть у большинства больных СД 2 типа.

Консенсусные доклады американских и европейских диабетических ассоциаций в 2019 году отразили новые представления о роли иНГЛТ-2 в терапии больных СД 2 типа и коморбидными заболеваниями. Согласно этим документам, если у пациента выявлен СД 2 типа и есть ассоциированные кардиологические заболевания и/или хроническая патология почек, то назначается терапия, где оптимальным добавлением к метформину считаются иНГЛТ-2 с доказанными кардио- и нефропротективными свойствами.

Вот почему я считаю первостепенной задачей нашей службы постоянно улучшать снабжение московских больных инновационными антидиабетическими препаратами.

— **Развитие каких еще направлений в диабетологии может привести к революционным изменениям в лечении больных диабетом?**

— Увы, самое многообещающее из таких направлений сегодня и развивается труднее всего. Я говорю о попытках пересадки донорских островковых бета-клеток. Во всех экспериментах они рано или поздно отторгались иммунной системой. Поэтому сейчас пытаются вырастить инсулинпродуцирующие клетки из плюрипотентных клеток самого больного, например незрелых фибробластов, и трансплантировать их.

Продолжаются работы по созданию новых неинъекционных форм инсулина. Ожидается, что их применение улучшит качество жизни больных СД и повысит их приверженность к лечению. В этом направлении рассматриваются ингаляционные формы доставки инсулина, включая небулайзеры, ингаляторы с фиксированными дозами и т.д.

Среди пероральных форм изучается инсулин, в котором белковые молекулы изменены путем их модификации низкомолекулярными полимерами. Они обеспечивают такие свойства конъюгатов, как способность проникать внутрь клеток, не подвергаться разрушительному действию ферментов ЖКТ, длительно циркулировать в кровотоке.

Проводятся клинические испытания «умного инсулина». Каждая такая молекула состоит из человеческого инсулина с молекулой фенилборной кислоты, присоединенной

Пациенты с СД 2 типа живут в среднем дольше своих сверстников, не страдающих этой болезнью: 72 года — мужчины и 79 лет — женщины

иНГЛТ-2 и аргППП-1. В конце же 2019 года эта цифра выросла до 14,3% и остается сегодня самой высокой в России.

Надо отметить, что стоимость инновационных препаратов выше, чем традиционных. Я и мои коллеги по столичной эндокринологической службе глубоко признательны и Правительству Москвы, и Департаменту здравоохранения столицы за то, что получаем каждый год все больше средств на эндокринные препараты и можем сделать больше для наших больных.

— **Какие новые возможности в лечении больных СД открывают названные вами препараты?**

— Речь идет, скажем, о дополнительных кардио- и нефропротективных эффектах препаратов из группы иНГЛТ-2: эмпаглифлозина, канаглифлозина и дапаглифлозина. В отличие от традиционных средств эти инновационные лекарства снижают риск поражения сердечно-сосудистой системы и почек. Это очень важно, так как

посредством алкильной цепочки. При нормальном содержании глюкозы алкильный фрагмент связывается с белком альбумином, который свободно циркулирует в кровотоке. В таком состоянии инсулин «выключен». Когда же уровень глюкозы в крови возрастает, происходит связывание с фенилборной кислотой. Тогда связь «алкильная цепочка — альбумин» разъединяется, инсулин отделяется и включается в работу.

— **Что бы вы хотели пожелать своим коллегам, которые трудятся в Москве?**

— Все мы, эндокринологи Москвы, каждый на своем месте, постоянно стараемся лечить больных как можно лучше. Помните, как говорил великий артист Андрей Миронов? «Надо стараться все делать хорошо: плохо оно само получится!»

В результате нам удается находить новые резервы повышения эффективности работы службы в борьбе с эндокринными заболеваниями для сохранения здоровья москвичей.

Беседавал Александр Рылов

Место пэгвисоманта в современных алгоритмах лечения акромегалии

Акромегалия — тяжелое хроническое нейроэндокринное заболевание. Главные проблемы его лечения связаны с запоздалой диагностикой и существованием множественных клинико-патологических вариантов аденом, секретирующих гормон роста (ГР), которые отличаются степенью агрессивности течения и разной чувствительностью к терапии. В большинстве случаев стойкий контроль акромегалии достигается благодаря эндоскопической хирургии аденом гипофиза и аналогам соматостатина 1-го поколения (АС1) — ланреотиду и октреотиду. Если этого не происходит, подключают АС 2-й генерации — пасиреотид* или пэгвисомант (Сомаверт).

АГРЕССИВНЫЙ ВАРИАНТ

Наибольшую сложность для курации представляют агрессивные варианты соматотропином — слабо гранулированных и смешанных опухолей. У них обнаруживаются три характерные особенности.

1. Высокая секреторная и пролиферативная активность.
2. Инвазивный рост с развитием интракраниальной компрессии.
3. Склонность к рецидивированию.
4. Частичная или полная резистентность к АС1 в связи с низкой экспрессией 2-го подтипа соматостатиновых рецепторов, что требует коррекции схемы фармакотерапии с подключением АС 2-й генерации (пасиреотида* или пэгвисоманта).

АНТАГОНИСТ ГР-РЕЦЕПТОРОВ

Пэгвисомант (Сомаверт) представляет собой генно-инженерный аналог эндогенного ГР человека с 9 мутациями. Произведенные аминокислотные замены способствуют разнонаправленному изменению связывания с различными субъединицами рецептора ГР (повышению аффинности с одной субъединицей и блокированию связывания с другой), препятствуя таким образом процессу димеризации рецептора и внутриклеточной трансдукции сигнала. В итоге путем конкурентного ингибирования препарат блокирует биологическое действие ГР в периферических тканях и органах, способствуя, несмотря на сохраняющееся повышенное содержание ГР в крови, стойкому снижению уровня ИРФ-1 и профилаксии осложнений.

В условиях реальной клинической практики обсервационные исследования — ACROSTUDY и GPOS (German Pegvisomant Observation Study) подтвердили, что препарат обеспечивает нормализацию ИРФ-1 у 60–90% больных и регресс многих клинических симптомов. Наблюдалось улучшение показателей углеводного обмена, снижение инсулинорезистентности, повышение кардиальной функции, увеличение толерантности к физической нагрузке, снижение кардиоваскулярного риска.

РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ

Первая нагрузочная доза Сомаверта составляет 40 мг в виде подкожной инъекции. В последующем Сомаверт вводится ежедневно по 10, 15, 20 мг подкожно в область плеча, верхней части бедра, живота или ягодиц. Максимальная доза — 30 мг/сут. Пиковая концентрация наблюдается через 33–77 часов. Период полужизни равняется 6 дням.

Как правило, для стойкого контроля уровня ИРФ-1 необходимы ежедневные инъекции. Эффективность препарата и необходимость титрации оцениваются по уровню ИРФ-1. Конечная доза зависит от возраста пациентов, активности заболевания и ИМТ.

У больных симптоматическим сахарным диабетом отмечается более высокая потребность в пэгвисоманте, что обусловлено влиянием гиперинсулинемии на повышение экс-

Будучи антагонистом рецепторов гормона роста, пэгвисомант (Сомаверт) способен дозозависимо блокировать его биологическое действие, обеспечивая стойкую биохимическую ремиссию заболевания

прессии рецепторов ГР в печеночной ткани. Стартовая доза и скорость титрации тем выше, чем моложе пациент, чем выше активность основного заболевания, ИМТ и выраженность гипергликемии. Во избежание соматотропной недостаточности уровень ИРФ-1 должен быть в пределах возрастной нормы. Также необходим текущий контроль печеночных ферментов.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ

Пэгвисомант рекомендуется больным с агрессивным течением акромегалии после нерадикальной аденомэктомии, неэффективной лучевой терапии и резистентности к АС 1-й и 2-й генераций. Своевременное добавление пэгвисоманта в схему терапии позволяет избежать повторного оперативного вмешательства, радиохирургического лечения или назначения избыточно высоких доз АС.

Описан положительный эффект комбинированного применения пэгвисоманта с каберголином при смешанных аденомах (соматопрولاктомах). Совместное использование пэгвисоманта с аналогами соматостатина (или агонистами дофамина) позволяет повысить эффективность препаратов и уменьшить их терапевтическую дозу.

В условиях реальной клинической практики монотерапия пэгвисомантом способствовала нормализации уровня ИРФ-1 в 75% случаев, что обусловлено недостаточной титрацией дозы. Следует отметить, что при монотерапии сохраняется риск продолженного роста опухоли и развития масс-эффекта, поэтому в процессе лечения требуется динамический МР-контроль за размерами опухоли.

В обсервационном исследовании ACROSTUDY оценивалась эффективность различных режимов лечения:

1. Сочетание пэгвисоманта с АС пролонгированного действия.
2. Сочетание с каберголином.
3. Монотерапия.

После 4 лет лечения нормализация уровня ИРФ-1 по группам наблюдалась в 62%, 63% и 65% случаев соответственно. Побочные эффекты были похожими. Последующие исследования показали большую эффективность комбинированной терапии.

3 ЛИНИИ ЛЕЧЕНИЯ

Место пэгвисоманта (Сомаверта) в комплексной терапии акромегалии закреплено в 2018 году Европейским консенсусным соглашением по диагностике и лечению данного заболевания. Рекомендуемая схема терапии предполагает 3 линии.

1. В качестве первого шага — хирургическая резекция аденомы гипофиза трансназальным трансфеноидальным доступом. При отсутствии хирургических перспектив или противопоказаниях к оперативному вмешательству (в связи с соматическим статусом или особенностями опухолевого роста) назначается первичная терапия — АС1. Больным акромегалией с небольшим повышением уровня ИРФ-1 (менее чем в 2,5 раза от верхней границы нормы) в качестве первичной терапии может быть рекомендован каберголин.

2. Вторая линия лечения предполагает назначение АС1 при отсутствии контроля акромегалии после нерадикальной аденомэктомии. Пациентам с частичной чувствительностью к АС1 (снижение ГР и/или ИРФ-1 $\geq 50\%$) рекомендуется поступательная эскалация дозы (или уменьшение межинъекционных интервалов), а также дополнительное назначение каберголина.

Если на фоне максимальных доз АС1 биохимический контроль не достигнут, эксперты предлагают индивидуализированное лечение с учетом наличия (или отсутствия) клинических признаков остаточной ткани и состояния углеводного обмена. Если остаточная опухолевая ткань не подлежит резекции, рекомендовано перевести пациента на АС 2-й генерации (пасиреотид ЛАР*). При симптоматическом сахарном диабете (или при развитии ятрогенной гиперглике-

Евгений Вячеславович
ПРОНИН

Врач-эндокринолог первой квалификационной категории взрослого эндокринологического отделения ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения Москвы»

Михаил Борисович
АНЦИФЕРОВ

Д.м.н., профессор, главный врач ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения Москвы», главный внештатный специалист-эндокринолог Департамента здравоохранения Москвы, врач высшей квалификационной категории, Заслуженный врач Москвы и России

Татьяна Марковна
АЛЕКСЕЕВА

Заведующая взрослым эндокринологическим отделением ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения Москвы», врач высшей квалификационной категории

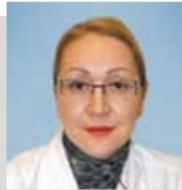
мии на пасиреотид) предлагается назначение пэгвисоманта. Если остаточная ткань опухоли небольших размеров и изначально нарушен углеводный обмен, показано добавление пэгвисоманта к АС 1-й генерации.

3. Если при подключении второй линии терапии биохимический контроль не достигнут, переходят к 3-й линии лечения — стереотаксической радиохирургии, хирургической реинтервенции или использованию темозоломида (см. рис. 1).

Таким образом, благодаря эффективному хирургическому вмешательству, поступательному расширению линейки разнонаправленных лекарственных препаратов и использованию дифференцированного подхода к лечению различных патоморфологических вариантов ГР-секретирующих аденом у врачей появилась реальная возможность обеспечить стойкий контроль заболевания с повышением качества и продолжительности жизни больных акромегалией.

* Пасиреотид не зарегистрирован в РФ
Список литературы находится в редакции





Татьяна
Николаевна
МАРКОВА

Д.м.н., профессор кафедры эндокринологии и диабетологии МГМСУ имени А. И. Евдокимова, заведующая эндокринологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 52 Департамента здравоохранения Москвы», врач-эндокринолог высшей квалификационной категории, обладатель статуса «Московский врач».

СД: управление рисками у пациентов пожилого и старческого возраста

Тема управления рисками у пожилых и престарелых пациентов с сахарным диабетом (СД) — очень важная и сложная, потому что СД у этой категории больных имеет свои клинические, лабораторные и психосоциальные особенности. У людей старшего возраста чаще встречаются функциональные расстройства, повышенный риск падений и коморбидность, а диабет нередко осложняется гериатрическим синдромом, включающим когнитивные нарушения, старческую слабость и депрессию.

ОСОБЕННОСТИ СД У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

1. Клинические симптомы

- Бессимптомное течение.
- Наличие микро- и макроангиопатий.
- Множество сопутствующих заболеваний.

2. Лабораторные данные

- Отсутствие гипергликемии натощак.
- Частое преобладание изолированной постпрандиальной гипергликемии.
- Повышение почечного порога для глюкозы.

3. Психологические проблемы

- Частая изоляция и недостаточная материальная обеспеченность.
- Нарушение когнитивных функций.

ГЛОБАЛИЗАЦИЯ ПРОБЛЕМЫ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

В 2019 году ООН назвала увеличение продолжительности жизни успехом XXI века. С 2000-го по 2016-й годы этот показатель увеличился на 5,5 года (с 65 до 72 лет). В докладе под названием «Мировая статистика здравоохранения» собраны соответствующие данные за 2015–2016 годы. Меньше всего люди живут в Африке (только до 44–45 лет), а дольше всего — в Японии: средняя продолжительность жизни у женщин здесь достигает 88 лет. Второе место занимает Италия, третье — Испания. России в этом ряду принадлежит лишь 104-е место со средней продолжительностью жизни у женщин и мужчин 77 и 66 лет соответственно.

Что касается сахарного диабета (СД), то во всем мире, в том числе и в России, отмечается увеличение заболеваемости этой патологией, о чем свидетельствуют и последние данные Международной федерации диабета (International Diabetic Federation — IDF). При этом наблюдается не только прирост новых случаев болезни, но и увеличение в структуре заболеваемости доли пациентов старше 65 лет, которые составляют около 20% от общего числа страдающих СД (у большей части из них диагностируется СД 2 типа).

В 2019 году на нашей планете было зарегистрировано 463 миллиона больных СД в возрасте от 20 до 79 лет. Получается, что один из 11 взрослых страдает сахарным диабетом. А среди людей старше 65 лет соотношение уже другое — 1:5, то есть распространенность СД намного выше: в абсолютных цифрах это примерно 136 миллионов человек. В 2019 году в мире стало на 13 млн больше пациентов старше 65 лет с этим диагнозом по сравнению с 2017 годом.

По данным Государственного реестра, численность больных СД в России на 1 января 2019 года составила 4 584 575 человек (3,12% населения РФ), в том числе СД 1 типа — 5,6% (256,2 тыс.) и СД 2 типа — 92,4% (4,24 млн).

Среди трех самых значимых факторов риска развития СД первое место занимает возраст старше 45 лет, второе — избыточная масса тела (индекс массы тела выше 25 кг/м²), третье — семейный анамнез с отягощенной наследственностью по СД 2 типа.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Что подразумевается под понятием «пожилой человек»? В 2015 году ВОЗ назвала пожилым возрастом период от 60 лет и старше. Но алгоритмы 2019 года, принятые Американской диабетической ассоциацией и Американским геронтологическим сообществом, предлагают считать пожилым человека от 65 лет и старше. Определиться с возрастными критериями важно, потому что СД у пожилых и престарелых людей имеет свои особенности.

Пожилые пациенты редко предъявляют такие жалобы, как сухость во рту и частое мочеиспускание. Оба эти симптома могут быть связаны и с другими проблемами, распространенными в старшем возрасте. На момент постановки диагноза такие больные, как правило, уже имеют микро- и макрососудистые осложнения, да и сопутствующие коморбидные патологии тоже сказываются на течении СД. Диабет у пожилых, как уже говорилось выше, часто осложняется гериатрическим синдромом, включающим совокупность когнитивных нарушений, старческой слабости и депрессии. Все это затрудняет обучение пациентов самоконтролю и мешает им следовать рекомендациям врача. Проблема заключается еще и в частой изоляции больных, которые зависят от того, придет к ним социальный работник дважды в неделю или нет, а также в недостаточном материальном обеспечении пожилого человека.

ВНИМАНИЕ: ГИПОГЛИКЕМИЯ!

Одна из ключевых проблем компенсации СД у пожилых пациентов — это гипогликемия, симптомы которой в старшем возрасте могут быть ослаблены. Это связано не только с когнитивными нарушениями, но и с длительностью диабета, прогрессированием полинейропатии и снижением способности распознавать симптомы снижения уровня глюкозы в крови. Все эти причины, возможно, и объясняют высокую частоту тяжелых

СТАНДАРТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ПАЦИЕНТАМ С СД

- Врач должен провести скрининг гериатрических синдромов (полипрагмазии, когнитивных нарушений, депрессии, недержания мочи, падений и постоянных болей), поскольку они могут влиять на самоконтроль при диабете и снижать качество жизни.

- Следует избегать гипогликемии у пожилых людей с СД.

- Риск гипогликемии должен оцениваться и регулироваться путем корректировки гликемических показателей и фармакологических режимов.



По прогнозам ВОЗ, к 2050 году доля людей старше 65 лет во всем мире увеличится на 16%, а число детей до 5 лет уменьшится вдвое: рождаемость заметно отстает от темпов роста пожилого населения.

Таблица 1. Базальные аналоги инсулина длительного и сверхдлительного действия

| Вид инсулина | Международное непатентованное название (МНН) | Торговые названия, зарегистрированные в России | Начало действия | Пик действия | Длительность действия |
|---|--|--|-------------------|--------------|-----------------------|
| Длительного действия (аналоги инсулина человека) | Инсулин гларгин (100 Ед/мл) | • Лантус • Инсулин гларгин • Ринглар • Базаглар | • Через 1–2 часа | Не выражен | До 29 часов |
| Длительного действия (аналоги инсулина человека) | Инсулин гларгин (300 Ед/мл) | • Туджео | Через 1–2 часа | Не выражен | До 36 часов |
| Длительного действия (аналоги инсулина человека) | Инсулин детемир | • Левемир | Через 1–2 часа | Не выражен | До 24 часов |
| Сверхдлительного действия (аналоги инсулина человека) | Инсулин деглудек | • Тресиба | Через 30–90 минут | Отсутствует | Более 42 часов |

эпизодов гипогликемии у данной категории пациентов.

Самое опасное при СД у пациентов данной возрастной группы — нарушение способности своевременного распознавания гипогликемических состояний, что может приводить к ишемии миокарда, тромбозам, осложнениям, развитию аритмии и другим тяжелым последствиям.

Гипогликемия опасна не только сердечно-сосудистыми осложнениями, что подтверждает исследование ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes), но и усилением неврологического дефицита у больных диабетом.

Помимо нарушения распознавания гипогликемических состояний к факторам риска их развития в пожилом возрасте относят:

- длительность СД более 10 лет,
- прием препаратов сульфонилмочевин (особенно первого поколения),
- введение инсулина,
- сопутствующие заболевания почек и печени,
- нерациональное питание или голодание,
- острые сопутствующие заболевания,
- прием алкоголя,
- лекарственные взаимодействия.

ОПТИМАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Знание особенностей течения СД 2 типа у пожилых больных необходимо для выбора оптимальной сахароснижающей терапии. Согласно действующим рекомендациям сведение к минимуму риска гипогликемий — один из главных приоритетов лечения таких пациентов.

Таблица 2. Уменьшение эпизодов гипогликемии при терапии инсулином деглудек у пожилых пациентов с СД 2 типа

* В общей сложности 21,1 % всех пациентов, участвовавших в семи исследованиях, были старше 65 лет.
* 850 больных – СД 2 типа, 60 – СД 1 типа.

| | Среднее значение деглудек/гларгин ¹ [95 % ДИ] | Снижение уровня |
|---|--|------------------|
| Подтвержденная гипогликемия | | |
| Весь период лечения | 0,76 [0,61; 0,95] | 24% ² |
| Поддерживающий период лечения | 0,73 [0,56; 0,96] | 27% ² |
| Подтвержденная ночная гипогликемия | | |
| Весь период лечения | 0,64 [0,43; 0,95] | 36% ² |
| Поддерживающий период лечения | 0,61 [0,37; 1,03] | 39% |

1. Вводились 2 раза в день
2. Статистически ниже риск с ИДег (95% ДИ)

ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ (ИТ) У БОЛЬНЫХ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

- Инсулиноterapia в целом не отличается от традиционных схем для пациентов с СД 2 типа.
- **Начинать терапию** необходимо с наиболее простых режимов — базальных инсулинов или комбинированных препаратов.
- Интенсифицированная терапия возможна **только при сохранении когнитивных функций пожилого пациента** после обучения основным правилам ИТ и самоконтролю уровня гликемии.
- У пациентов с СД 2 типа, ранее длительно получавших интенсифицированную ИТ, при появлении когнитивных нарушений следует рассмотреть более простой режим (например, перевод на готовые смеси или комбинации инсулина).

ФАРМАКОКИНЕТИКА И ФАРМАКОДИНАМИКА ИНСУЛИНА ДЕГЛУДЕК

- Длительность сахароснижающего эффекта — не менее 42 часов при введении 1 раз в день.
- Ровный беспииковый профиль действия по достижении равновесного состояния в течение 24 часов.
- В 4 раза меньше вариабельность vs инсулин гларгин 100 Ед/мл и 300 Ед/мл.
- Образует растворимые мультимеры.

СВОБОДА ОТНОСИТЕЛЬНО ВРЕМЕНИ ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА ДЕГЛУДЕК — ОТ 8 ДО 40 ЧАСОВ МЕЖДУ ИНЪЕКЦИЯМИ

Гибкость введения может принести пользу пациентам, которым трудно вводить инсулин в одно и то же время каждый день. В частности, это могут быть люди, которые:

- регулярно путешествуют;
- ездят в командировки;
- трудятся по сменному графику.

Все они могут извлечь пользу из возможности менять режим дозирования.

Требования к выбору сахароснижающей терапии у пожилых людей с СД 2 типа регламентируют современные российские и зарубежные рекомендации ADA/EASD. У части сахароснижающих препаратов имеются ограничения при назначении больным старшего возраста.

В российских «Алгоритмах» 2019 года определены новые индивидуальные целевые показатели углеводного обмена для пожилых пациентов на основании функционального статуса, наличия атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и/или риска тяжелой гипогликемии. Инсулиноterapia (ИТ) у людей старшего возраста в целом не отличается от схем, принятых при СД 2 типа, однако имеет ряд особенностей как на старте лечения, так и при интенсификации ИТ.

СОВРЕМЕННОЕ РЕШЕНИЕ

На сегодняшний день пациентам с СД, нуждающимся в инсулинотерапии, доступны со-

временные аналоги инсулина длительного и сверхдлительного действия. К аналогам инсулина сверхдлительного действия относится Тресиба® (деглудек) (таб. 1).

Деглудек обладает беспииковым профилем с продолжительностью действия более 42 часов. Сверхдлительное действие препарата обеспечивает постоянный гипогликемический эффект с минимальной вариабельностью в течение суток и низким уровнем гипогликемий. Деглудек по сравнению с инсулином гларгин 100 Ед/мл и 300 Ед/мл имеет в 4 раза меньшую вариабельность действия, значимо меньший риск развития гипогликемий, в том числе тяжелых ночных (таб. 2).

К преимуществам деглудека помимо меньшей частоты гипогликемий относится возможность его введения в гибком режиме дозирования. Это особенно важно для пациентов пожилого и старческого возраста, потому что они нередко нарушают график введения препарата, а также в связи с невозможностью вводить его в одно и то же время.

ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА БАЗАЛЬНОГО ИНСУЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СД 1 И 2 ТИПОВ

- **Препараты инсулина, применяемые при СД 1 типа**
Аналоги генно-инженерного инсулина человека ультракороткого (УУР А, УДД 1), длительного и сверхдлительного действия (УУР А, УДД 1)
- **Препараты инсулина, применяемые при СД 2 типа**
Аналоги генно-инженерного инсулина человека ультракороткого (УУР В, УДД 2), длительного и сверхдлительного действия (УУР В, УДД 2)



ПОЛЕЗНАЯ КОМБИНАЦИЯ

Инсулин деглудек/инсулин аспарт (ИДегАсп) — первый растворимый комбинированный препарат инсулина, содержащий 70% аналога инсулина сверхдлительного действия деглудек и 30% инсулина ультракороткого действия аспарт в одной инъекции, что обеспечивает потребность больного как в базальном, так и в прандиальном инсулине.

Результаты клинических исследований демонстрируют обоснованную возможность применения ИДегАсп для начала и интенсификации инсулинотерапии у пациентов с диабетом 1 и 2 типов, не достигших целевых показателей гликемии, а также в качестве простой альтернативы базис-болюсной терапии, особенно когда соблюдение более сложного режима представляется трудно-выполнимой задачей.

Таким образом, с учетом современных рекомендаций по лечению пациентов с сахарным диабетом, данных клинических исследований и фармакодинамического профиля инсулина деглудек препараты группы деглудек могут применяться у пожилых пациентов без повышения риска развития дополнительных гипогликемий.

5 ФАКТОВ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ СТАТУСА ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА В СТАЦИОНАРЕ

1. 76 % поступающих в стационар пациентов с СД 2 типа старше 65 лет.
2. Каждый второй из них получает базис-болюсную терапию.
3. Не менее 30 % имеют различные проявления энцефалопатии с когнитивными нарушениями.
4. Около 5 % повторно госпитализируются в течение года в связи с выраженной гипергликемией.
5. 28 % поступающих в стационар пожилых пациентов — одинокие люди.

НАЧНИТЕ ИНСУЛИНОТЕРАПИЮ С ТРЕСИБА®. СНИЖАЙТЕ РИСК ГИПОГЛИКЕМИЙ ПО СРАВНЕНИЮ С ГЛАРГИН 100 ЕД/мл И 300 ЕД/мл

НА 30% НИЖЕ РИСК ВСЕХ ГИПОГЛИКЕМИЙ ПО СРАВНЕНИЮ С ГЛАРГИН 300 ЕД/мл^{1,4}

НА ИНСУЛИНЕ ТРЕСИБА® НА 92% НИЖЕ РИСК ТЯЖЕЛЫХ ГИПОГЛИКЕМИЙ ПО СРАВНЕНИЮ С ГЛАРГИН 100 ЕД/мл, НПХ, ДЕТЕМИР¹

¹ Пациенты с СД 2 типа. НПХ – нейтральный протамин Хагедорна; детемир – инсулин детемир.
² Регистрационный номер: ЛП 002234. Торговое наименование: Тресиба® Флекстач®. Международное непатентованное наименование: инсулин деглудек. Фармакотерапевтическая группа: Гипогликемическое средство, аналог инсулина длительного действия. Код АТХ А10АВ06. Показания к применению. Сахарный диабет у взрослых, подростков и детей старше 1 года. Противопоказания. Гиперчувствительность к действующему веществу или любому из вспомогательных веществ препарата. Беременности и грудного вскармливания. Клинический опыт применения препарата у женщин во время беременности и грудного вскармливания отсутствует). Детский возраст до 18 года (ввиду отсутствия данных по эффективности и безопасности инсулина деглудек в данной возрастной группе). Применение в период беременности и грудного вскармливания. Применение препарата Тресиба® Флекстач® в период беременности и в период грудного вскармливания противопоказано. Способ применения и дозы. Препарат вводится подкожно 1 раз в день в любое время суток, но предпочтительнее вводить препарат в одно и то же время каждый день. Доза препарата Тресиба® Флекстач® должна определяться индивидуально в соответствии с потребностями пациента. Препарат Тресиба® Флекстач® предназначен только для подкожного введения. Препарат нельзя вводить внутривенно и внутримышечно. Препарат нельзя использовать в инсулиновых насосах. Не допускается извлекать препарат Тресиба® Флекстач® шприцом из картриджа предварительно заполненной шприц-ручки. Препарат Тресиба® Флекстач® вводится подкожно в область бедра, плеча или передней брюшной стенки. Пациентам необходимо всегда использовать новую иглу. Повторное использование иглы для шприц-ручки с инсулином повышает риск закупорки иглы, что может привести к введению недостаточной дозы препарата или передозировке. В случае закупорки иглы пациент должен следовать указаниям в инструкции для пациентов по применению препарата, которая прилагается к шприц-ручке. Побочное действие. Наиболее частой нежелательной реакцией, о которой сообщалось во время лечения инсулином деглудек, является гипогликемия. Передозировка. Определенной дозы, необходимой для передозировки инсулина не установлено, однако гипогликемия может развиваться постепенно, если была введена слишком высокая по сравнению с потребностью пациента доза препарата. Особые указания. Одновременное применение препаратов тиазолидиндиона и препаратов инсулина. Сообщалось о случаях развития хронической сердечной недостаточности при лечении пациентов тиазолидиндионами в комбинации с препаратами инсулина, особенно при наличии у таких пациентов факторов риска развития хронической сердечной недостаточности. Следует учитывать данный факт при назначении пациентам комбинированной терапии тиазолидиндионами и препаратом Тресиба® Флекстач®. При назначении такой комбинированной терапии необходимо проводить медицинские обследования пациентов на предмет выявления у них признаков и симптомов хронической сердечной недостаточности, увеличения массы тела и наличия периферических отеков. В случае ухудшения у пациентов симптоматики сердечной недостаточности, лечение тиазолидиндионами необходимо прекратить. Предотвращение случайного введения инсулина другого вида. Следует проинструктировать пациента о необходимости перед каждой инъекцией проверить маркировку на этикетке шприц-ручки во избежание случайного введения другой дозы или другого инсулина. Во избежание неадекватного дозирования и возможной передозировки пациентам и медицинским работникам не следует извлекать препарат шприцом из картриджа предварительно заполненной шприц-ручки. В случае закупорки иглы пациент должен следовать указаниям в инструкции для пациентов по применению препарата, которая прилагается к шприц-ручке. Антигены к инсулину. При применении инсулина возможно образование антител. В редких случаях при образовании антител может потребоваться коррекция дозы инсулина для предотвращения случаев гипергликемии или гипогликемии. Форма выпуска. Раствор для подкожного введения 100 ЕД/мл в предварительно заполненных шприц-ручках Флекстач® 3 мл №5. Срок годности. 30 месяцев. Условия отпуска. По рецепту. Для более полной информации см. инструкцию по медицинскому применению лекарственного препарата.



Леонид
Юльевич
МОРГУНОВ

Д.м.н., профессор, заведующий
эндокринологическим отделением
ГБУЗ «ГКБ имени А.К. Ерамишанцева
Департамента здравоохранения Москвы»

Стоит вопрос: как сделать жизнь при диабете сладкой?

«Любви все возрасты покорны...» Любовь — это и глубокая привязанность друг к другу, и романтика, и нежность, и, конечно же, интимная близость. Но всегда ли доступны ее проявления, и можно ли насладиться всеми ее гранями? И если для достижения платонической чувственности достаточно лишь духовного влечения, то для более тесного сближения требуются физическое здоровье и мужская сила. Возможно ли это без полноценной эрекции?

ГАРМОНИЯ ЛЮБВИ

«Но в возраст поздний и бесплодный, на повороте наших лет, печален страсти мертвый след...» С годами любовь становится все более платонической, не позволяя мужчине реализовать мощный арсенал эмоций и напор страсти. К сожалению, в первую очередь именно пациенты с диабетом, нередко молодые, оказываются лишенными этого дара. Достичь полной гармонии не удается, нет важнейшей ее составляющей — соития. На пути встает серьезная проблема — эректильная дисфункция (ЭД), то есть периодически повторяющаяся неспособность мужчины достигнуть и/или сохранить эрекцию, достаточную для успешного соития.

ПРОБЛЕМА В ЦИФРАХ

ЭД — распространенная социальная проблема. Почти у трети мужчин в возрасте от 18 до 60 встречаются расстройства половой функции. Со временем количество пациентов с нарушениями эрекции возрастает, доходя до 75% к 70 годам. И чем старше больной, тем выше вероятность эректильной дисфункции. Этот диагноз ставится, если мужчина не способен поддерживать эрекцию в более чем четверти попыток соития с женщиной.

Какие же причины лежат в основе нарушения эрекции? Прежде всего нужно исключить органические соматические заболевания, в первую очередь сахарный диабет (СД). На него наслаиваются психологические расстройства, эндокринные нарушения, обусловленные снижением уровня тестостерона, неврологические проявления: из возникшего лабиринта проблем, казалось бы, выхода нет.

Знаем ли мы, сколько пациентов с СД в Москве? Их 331 600. Сколько из них мужчин? 112 500. А сколько из них страдают эректильной дисфункцией, ответа пока нет. Сразу оговоримся — пока.

Мы давно преодолели ошибочные и рутинные предубеждения о сахарном диабете. Чего не скажешь, к сожалению, об ЭД — типичном позднем осложнении диабета, которое приводит к существенному ухудшению качества жизни пациента.

НАПРАВЛЕНИЕ К КАРДИОЛОГУ

К факторам риска эндотелиальной дисфункции и развития атеросклероза, поражающего все сосуды организма, относятся не только СД, но и дислипидемия, ожирение и артериальная гипертензия — компоненты метаболического синдрома. Поражаются не только пенильные, но и другие артерии, в том числе коронарные. Вместе с диабетической



// Если каждая четвертая попытка близости не удастся, речь идет об эректильной дисфункции //

ПЕРВЫЙ СИМПТОМ

ЭД может быть первым симптомом не диагностированного ранее диабета 2 типа. Он выявляется у каждого десятого, обратившегося к специалисту по поводу нарушений эрекции. Подобные нарушения возникают в первые 10 лет болезни почти у половины пациентов с сахарным диабетом. Причина ЭД — в диабетической макроангиопатии, которая ведет к уменьшению притока крови к кавернозным телам на 50% и более. Через 12–15 лет от начала заболевания обнаруживаются склероз глубокой пенильной артерии и пролиферация ее интимы. Все это усугубляется возрастом пациента — развиваются процессы старения, а вот выраженность микроангиопатии определяется стажем СД и компенсацией углеводного обмена.

ческой нейропатией как одной из форм ЭД нередко развивается безболевого ишемия миокарда — в 7 раз чаще, чем у пациентов без диабета. Вот почему проблемы с эрекцией у мужчин с нарушениями углеводного обмена не выглядят столь уж безобидно.

Как ни парадоксально, ЭД у больных диабетом — повод для направления их на консультацию к кардиологу и возможному обследованию с помощью нагрузочных ЭКГ-проб.

Негативный вклад в развитие ЭД вносит и диабетическая автономная нейропатия. Она снижает холинергическую активность у пациентов с диабетом, поэтому не происходит активации выделения оксида азота и простаглицлина из сосудистого эндотелия, что препятствует физиологическому запуску механизма эрекции.

ФОНЕТИКА НАДЕЖДЫ

Нередко ЭД — это результат стресса. Разве мало его у пациентов с сахарным диабетом? Проблемы в отношениях с любимой женщиной, боязнь сексуальной неудачи могут оказать негативное воздействие на потенцию. Большинство пациентов после выявления у них СД достаточно быстро узнают о его возможном осложнении — эректильной дисфункции. Возникает комплекс ожидания импотенции, и первая же неудачная попытка соития воспринимается как «закономерный исход» заболевания.

К счастью, давно уже кануло в Лету слово «импотенция», одна фонетика которого рвала слух своей безысходностью и ставила крест на возможности возродить яркость ощущений молодости. В медицинской практике прочно укоренился термин «эректиль-

ШАНС НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ

Эректильной дисфункцией осложняется диабет не только 2-го, но и 1-го типа. Ее причиной может стать гипогонадизм вследствие тяжелой и длительной декомпенсации углеводного обмена. К счастью, после его нормализации эрекция при СД 1 типа почти всегда восстанавливается.

ная дисфункция» с его смягчающим психологическим оттенком, деликатно подводящим к мысли об излечимости данного нарушения.

КАК РАЗГОВОРИТЬ ПАЦИЕНТА

ЭД — сложный процесс, и это означает, что ее коррекция — вовсе не такое простое дело, каким может представляться на первый взгляд.

Как показывает реальная клиническая практика, лишь малая толика мужчин с ЭД обращаются за консультацией к специалисту и еще меньше получают адекватное лечение.

«Я не мужчина больше», — думает пациент с нарушениями эрекции. Не готовы рассказать о проблеме 95% мужчин, лишь 5% решаются на консультацию.

А к кому обратиться с такой тайной? Конечно же, к врачу-мужчине! Не будем строить иллюзий — к молодой и красивой женщине-врачу с такой проблемой не пойдут. Что же делать врачу-женщине, которая прекрасно осознает причины, к примеру, депрессивного состояния пациента с СД? Предложить ему

анкету. Такая существует! Шкала степени выраженности половых расстройств, позволяющая вычислить международный индекс эректильной функции. Пациенту необходимо лишь заполнить ее и отдать врачу во время консультации.

РАБОТА НАД ОШИБКАМИ

Ошибки совершают и врач, и пациент. Какие они?

Врач общей практики, а порою и узкий специалист, к которому обращается больной, нередко имеют весьма расплывчатые представления о проблеме эректильной дисфункции, а способы ее коррекции ограничиваются назначением виагры и других ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа. Еще одна ошибка — прописывают все патогенетическое лечение сразу, не вникая в сложные механизмы развития синдрома. В большинстве случаев такие попытки лечения обречены на неудачу.

К кому обращается мужчина с диабетом, осложнившимся столь щепетильной проблемой? К урологу. А начинать нужно с эндокринолога. Уролог — всегда участник команды, но его помощь нужна исключительно в ситуациях, не входящих в компетенцию эндокринолога. При необходимости с урологом обязательно наладят контакт.

Как правило, пациент еще до посещения врача успел наломать дров, надустировавшись пищевых добавок, приобретенных в аптеке либо даже из-под полы. В лучшем случае в их состав будет входить ингибитор фосфодиэстеразы 5-го типа, в худшем — препарат, несовместимый с назначаемым лечением, о чем ни больной, ни врач догадываться не будут и что сведет на нет все их совместные усилия.

Учитывая сложность проблемы, разработаны необходимые методы диагностики причин нарушения эрекции и их коррекции. Но лишь в руках специалиста, имеющего немалый опыт лечения этого недуга, возможны правильная диагностика и подбор соответствующей терапии.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

Обследование начинается с подробного расспроса. Сбор анамнеза — залог точной диагностики. Он может занять не один час. Главное — помнить, что легкомысленная, фривольная беседа с пациентом недопустима.

Есть и более простой путь — заполнение больным специального опросника, на основе которого легко вычисляют международный индекс эректильной функции. Увы, это лишь первый и самый легкий этап диагностики.

Важно определиться с перечнем проводимых исследований, которые могут различаться в зависимости от клинической ситуации. В обязательном порядке — определение уровня гликемии, гликированного гемоглобина, холестерина, липопротеидов высокой и низкой плотности, триглицеридов, креатинина. Плюс исследование тиреотропного гормона гипофиза, ЛГ, ФСГ, пролактина, общего тестостерона, глобулина, связывающего половые стероиды, расчет свободной фракции тестостерона. При подозрении на заболевание предстательной железы — анализ ее секрета, исследование простатспецифического антигена и проведение УЗИ. Следует также изу-

ЕСЛИ БЫ МОЛОДОСТЬ ЗНАЛА

Из всех больных с нарушениями эрекции диабет «забирает» более 40%. ЭД при этом диагнозе встречается в 3 раза чаще, чем в общей популяции, причем нередко уже в молодом возрасте. «Да, если бы молодость знала, если бы старость могла!» ... Но не может уже и молодость: половые нарушения у пациентов с сахарным диабетом не редкость в 20–25 лет.

чить кровообращение в пенильных артериях. При необходимости выполняют и инвазивные исследования.

В качестве скрининга можно использовать мониторинг ночных спонтанных эрекций с помощью системы компьютерной фиксации их качества и количества, отслеживание пенильных тумесценций, позволяющее оценить кровенаполнение кавернозных тел, определить степень ригидности, а также отличить васкулогенную эректильную дисфункцию от психогенной. К сожалению, в широкой практике метод не применяется.

У половины мужчин с СД эректильная дисфункция может быть первым проявлением дефицита андрогенов. Выявлена значимая корреляция между низкими уровнями свободного тестостерона и риском развития как инсулинорезистентности, так и диабета 2 типа. У каждого мужчины старше 30 лет уровень тестостерона снижается на 1–2% в год, а у пациентов с СД он на 10–15% ниже, чем у здоровых людей.

Для точного выявления дефицита андрогенов необходим правильный выбор методов определения этих гормонов. Но какую лабораторию и какой метод диагностики предпочесть? Большинство автоматических анализаторов завышают концентрацию тестостерона, что не соотносится с клинической картиной заболевания и вводит врача в заблуждение. Отработан метод определения свободного тестостерона в слюне с использованием высокоразрешающей технологии люминесцентного иммуноанализа, а также способ прямого определения свободного тестостерона в сыворотке крови методом ультрафильтрации, одним из самых чувствительных для диагностики гипогонадизма.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Лечение эректильной дисфункции — сложное и многоэтапное.

Сначала нужно определить, не противопоказана ли пациенту сексуальная активность. В первые 3 месяца после инфаркта миокарда или инсульта, при высоких цифрах артериального давления, а также при наличии свежих кровоизлияний на глазном дне как следствии диабетической ретинопатии от интимной жизни придется временно воздержаться.

Шаг первый: добиться максимальной компенсации углеводного обмена у пациентов с диабетом перед началом лечения ЭД. Это не самая простая задача. Нормализация углеводного обмена и артериального давления при СД сама по себе улучшения симптоматики не принесет, но зато приостановит развитие атеросклероза как причины нарушений эрекции.

Шаг второй: восстановить уровень мужских половых гормонов. Понятно, что при гипогонадизме другие методы коррекции ЭД эффекта не дадут. Поэтому назначение терапии андрогенами следует рассматривать как одно из звеньев патогенетической терапии и самого диабета, и эректильной дисфункции.

Шаг третий. Прибегнуть к ингибиторам фосфодиэстеразы 5-го типа, не забывая о помощи психолога (в том числе и самого лечащего врача, имеющего опыт лечения таких мужчин). В дальнейшем может потребоваться применение вакуумных устройств, внутриуретральное или вну-

95% мужчин с ЭД не готовы рассказать о своей проблеме, и лишь 5% решаются на медицинскую консультацию

трикавернозное введение вазоактивных препаратов, а при неэффективности всего этого — даже хирургическое лечение.

КРУГИ ДАНТОВА АДА

Ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа произвели революцию в лечении ЭД и стали золотым стандартом ее коррекции. Врачи всех специальностей широко рекомендовали их, да и сами пациенты прибегали к приему этих средств без медицинских показаний. Причина ЭД оставалась за кадром, что свело на нет возможный успех лечения таких больных. В этом и состоит главная ошибка — назначение апостериори препаратов этой группы. Пациент приходит к врачу, зная, что эффекта от виагры нет — он ее уже попробовал, нарастает психогенная составляющая, и круги Дантова ада завертятся. А можно ли было добиться эффекта? Конечно!

Пытаясь снизить артериальное давление у мужчины с диабетом, мы забываем, что целый ряд гипотензивных препаратов вызывает нарушения эрекции, в первую очередь бета-адреноблокаторы. Их рекомендуется заменить на аналоги из других групп. Усугубляют проблемы пациента снотворные и транквилизаторы, анти-

ЭД у больных диабетом — повод для направления их на консультацию к кардиологу и возможного обследования с помощью нагрузочных ЭКГ-проб



Издательский дом «АВВ-пресс»

НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО — СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

www.abvpress.ru

ЖУРНАЛЫ



ГАЗЕТЫ



Реклама

депрессанты. Алкоголь, в молодые годы разжигавший страсть, исподволь превращается в тайного врага.

Открытие эректогенного эффекта папаверина при интракавернозном введении во многом облегчило жизнь мужчин с описанным недугом. К преимуществам метода, но с использованием более современных препаратов, относятся высокая эффективность, низкий риск развития приапизма, минимальное количество побочных эффектов. В то же время инвазивность введения, боль в месте инъекции и страх пациента перед ней несколько ограничивают роль этого метода в лечении нарушений эрекции.

Для коррекции ЭД как проявления автономной диабетической полинейропатии можно использовать альфа-липоевую кислоту, обладающую антиоксидантным действием и усиливающую проведение возбуждения по нерву. Целесообразно начинать лечение на субклинической стадии ЭД, хотя диагностировать ее в этот период крайне сложно. А упущенное время увеличит как период подбора терапии, так и ее длительность.

И, наконец, какого же результата мы должны ожидать после правильно проведенного лечения? Словами его выразил герой произведения М. А. Булгакова «Собачье сердце»: «Это неопишимо! 25 лет ничего подобного! Я положительно очарован!»

ДОЛГИЙ ПУТЬ

Проблема расстройств интимной сферы очень тонкая, порою болезненная для пациента. В процессе беседы с ним нужно деликатно объяснить, что эта встреча с врачом не единственная, для разрешения всех вопросов нужны длительные совместные усилия. Не существует сиюминутных разгадок и эффекта волшебной палочки, предостоят кропотливая совместная работа, требующая времени.

28–30 СЕНТЯБРЯ 2020 ГОДА
Москва, МВЦ «Крокус Экспо»

XXI

ВСЕРОССИЙСКИЙ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ
ФОРУМ

Мать и Дитя

Участие в научной программе форума «Мать и Дитя»:
Баранов Игорь Иванович
e-mail: i_baranov@oparina4.ru
тел.: +7 (495) 438-94-92

По вопросам участия в выставке:
Романова Анна
e-mail: romanova@mediexpo.ru
тел.: +7 (495) 721-88-66 (109)
моб.: +7 (926) 612-48-79

По вопросам спонсорского участия:
Князева Анастасия
e-mail: knyazeva@mediexpo.ru
тел.: +7 (495) 721-88-66 (112)
моб.: +7 (926) 611-23-94

Менеджер проекта:
Ранская Светлана
e-mail: svetlana@mediexpo.ru
тел.: +7 (495) 721-88-66 (108)
моб.: +7 (926) 610-23-74

Регистрация участников:
Менеджер по работе с участниками
Скибин Николай
e-mail: reg@mediexpo.ru
тел.: +7 (495) 721-88-66 (111)
моб.: +7 (929) 646-51-66

Бронирование гостиниц, авиа- и ж/д билетов:
Менеджер по бронированию
Лазарева Елена
e-mail: hotel@mediexpo.ru
тел.: +7 (495) 721-88-66 (119)
моб.: +7 (926) 095-29-02

Аккредитация СМИ
Менеджер по маркетингу
Еремеева Ольга
e-mail: pr@mediexpo.ru
тел.: +7 (495) 721-88-66 (125)
моб.: +7 (926) 709-92-93

Подробнее на сайтах:
www.mother-child.ru, www.mediexpo.ru

РЕКЛАМА

Обучение как один из основных факторов комплексной терапии диабета



Михаил
Борисович
АНЦИФЕРОВ

Д.м.н., профессор, главный врач ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения Москвы», главный внештатный специалист-эндокринолог Департамента здравоохранения Москвы, врач высшей квалификационной категории, Заслуженный врач Москвы и России



Ольга
Михайловна
КОТЕШКОВА

К.м.н., врач-эндокринолог высшей квалификационной категории, заведующая отделением обучения и лечения диабета ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения Москвы»

НАВЫКИ КОНТРОЛЯ

Владение навыками контроля и лечения заболевания требует специальной подготовки пациента под руководством врачей, которые занимаются обучением. При подобном подходе к терапии больной становится активным партнером врача в лечебном процессе. Именно такая модель взаимодействия врача и пациента должна использоваться при ведении больных с любыми хроническими заболеваниями.

ЧТО МЕШАЕТ КОМПЕНСАЦИИ?

Каждый второй пациент с СД в мире не достигает целевых параметров компенсации углеводного обмена. Происходит это по трем главным причинам: из-за отсутствия мотивации к достижению целей лечения, неадекватного самоконтроля и невыполнения рекомендаций врача.

СОВРЕМЕННЫЙ АЛГОРИТМ

Обучение, в ходе которого пациенты с СД получают необходимые навыки управления заболеванием, стало неотъемлемой частью современного алгоритма его лечения. Это значит, что сам пациент активно вовлекается и заинтересованно участвует в лечебном процессе. По определению Международного общества по диабету у детей и подростков (ISPAD) «образование — краеугольный камень лечения СД, а структурированное обучение принципам самоконтроля — ключ к благоприятным исходам». Известно, что благодаря обучению удается снизить частоту острых осложнений СД, а также активно влиять на обеспечение контроля углеводного обмена и профилактику поздних осложнений.

КУРС НА САМОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ

Отчет рабочей группы ВОЗ, посвященный самостоятельному направлению в медицине — обучению, был опубликован в 1998 году. А в нашей стране необходимость обучения пациентов с СД узаконили

Сахарный диабет (СД) — хроническое заболевание с высоким риском микро- и макрососудистых осложнений при длительной декомпенсации. На компенсацию СД влияют многие факторы, но ведущий из них — способность пациента управлять своим заболеванием. Эффективность терапии во многом зависит от поведения больного и его способности адаптировать стиль жизни к диагнозу. Пациент с СД должен неукоснительно выполнять рекомендации врача, а это требует не только согласия с ними, но и определенных знаний, навыков и умения принимать самостоятельные решения медицинского характера с учетом меняющихся обстоятельств жизни (разные условия питания, поездки и т.д.).

еще раньше — приказом Министерства здравоохранения РФ от 6 мая 1997 года № 135 «Об унифицированных программах и наглядных пособиях для школ по обучению больных сахарным диабетом».

Школы диабета могут быть созданы на базе амбулаторно-поликлинических отделений или в условиях эндокринологического отделения стационара. Обучение в них проходит по специально разработанным структурированным программам в зависимости от типа СД (таблица 1). Программы имеют строгую практическую направленность и доступны для восприятия больных (таблица 2).

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

В подходе к обучению очень важна отработка практических навыков, необходимых для самостоятельного управления заболеванием (таблица 3). Именно им уделяется большая часть времени в процессе обучения. При этом используется пациентцентрический подход.

Обучение чаще всего проводится в группах по 5–7 человек, но может быть и индивидуальным: оно показано беременным женщинам, детям, подросткам и пациентам с тяжелыми осложнениями диабета или физическими ограничениями. Иногда к процессу обучения привлекаются родственники.

ВЕК ЖИВИ — ВЕК УЧИТЬСЯ

По современным представлениям, обучение должно быть непрерывным процессом, динамично интегрированным в систему медицинской помощи больному сахарным диабетом. Образовательные мероприятия проводят со всеми пациентами с момента выявления заболевания и на всем его протяжении. На каждом этапе обучения ставят определенные цели и задачи в зависимости от состояния пациента.

Таблица 1. Образовательные программы для больных СД

| № | Категория, на которую рассчитана программа |
|----|--|
| 1. | Для пациентов с СД 1 типа |
| 2. | Для пациентов с СД 2 типа |
| 3. | Для пациентов с СД 2 типа на инсулине |
| 4. | Для детей и подростков |
| 5. | Для пациентов на помповой инсулинотерапии |
| 6. | Для женщин, планирующих беременность |
| 7. | Для беременных |

ПЕРЕСТРОЙКА СОЗНАНИЯ

Цель обучения — не в восполнении отсутствующих знаний, а в прогрессивном изменении представлений о заболевании и его лечении. Это ведет к коррекции поведения пациента и приобретению истинного, т.е. осознанного умения управлять лечением СД в активном союзе с врачом.

В школу диабета приходят пациенты, которые ранее не получали соответствующих знаний (первичное обучение), и те, кто уже приобщался к ним (повторное обучение), для поддержания мотивации и повышения уровня имеющегося образовательного багажа при формировании новых терапевтических целей. Обучение помогает больным и их семьям лучше оперироваться с медицинскими работниками и повышать качество жизни.

ШТАТНОЕ РАСПИСАНИЕ

Обучают больных в школе диабета специально подготовленные врачи.

Штатная численность медицинского персонала:

- одна ставка врача-эндокринолога,
- одна ставка медицинской сестры.

Дополнительные ставки (психолог, диетолог и т.д.) утверждаются руководителем лечебно-профилактического учреждения.

ИСТОЧНИК ЗНАНИЙ

При госпитализации в профильный стационар или во время амбулаторного при-

Таблица 2. Тематический план школы диабета

| № | Обязательные для освещения разделы |
|-----|---|
| 1. | Общие сведения о СД |
| 2. | Правила питания |
| 3. | Физическая активность |
| 4. | Самоконтроль гликемии |
| 5. | Сахароснижающие препараты |
| 6. | Гипогликемия |
| 7. | Сахарозаменители |
| 8. | Острые осложнения диабета |
| 9. | Коррекция дозы инсулина при гипогликемии (для пациентов на инсулинотерапии) |
| 10. | Поздние осложнения СД |
| 11. | Контрольные обследования при СД |

Таблица 3. Перечень отрабатываемых навыков

| № | Чему обучается пациент? |
|----|---------------------------------------|
| 1. | Самоконтроль гликемии |
| 2. | Техника инъекций инсулина |
| 3. | Подсчет продуктов по хлебным единицам |
| 4. | Правила коррекции дозы инсулина |
| 5. | Уход за ногами |
| 6. | Профилактика гипогликемии |
| 7. | Самоконтроль веса |
| 8. | Самоконтроль артериального давления |

Таблица 4. Техническое оснащение школ диабета в отдельно выделенном помещении

| № | Учебные пособия |
|----|--|
| 1. | Структурированные программы (плакаты и муляжи продуктов) |
| 2. | Доска и маркеры |
| 3. | Глюкометры и тест-полоски к ним |
| 4. | Образцы препаратов и средств введения инсулина |
| 5. | Весы для взвешивания продуктов |



За 2019 год через московские школы диабета прошли более 5 тысяч человек

ема невозможно в полном объеме проинформировать пациента с СД по всем вопросам, которые обычно освещаются в соответствующих школах. Поэтому обучение в них необходимо каждому больному диабетом.

СТОЛИЧНЫЙ ОПЫТ

В Москве уже более 25 лет функционируют школы для пациентов с СД на базе амбулаторно-поликлинических центров. В настоящее время действуют 39 таких школ. Открыты они и на базе профильных стационаров.

При одном только ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения Москвы» работают 4 школы для 4 категорий пациентов:

- с сахарным диабетом 1 типа,
- с сахарным диабетом 2 типа,
- с сахарным диабетом 2 типа на инсулине,
- для находящихся на помповой инсулинотерапии.

Через эти школы в 2019 году прошли 812 пациентов.

Практически каждый второй больной обучается повторно.

Занятия в школах диабета проводятся бесплатно.

Обучение больных грамотному самоконтролю заболевания в тесном взаимодействии с лечащим врачом имеет огромное практическое значение, направленное на улучшение контроля СД и уменьшение риска развития его осложнений.

Акромегалия: 10 вопросов о главном

Акромегалия — тяжелое нейроэндокринное заболевание, обусловленное хронической гиперпродукцией гормона роста у пациентов с закончившимся физиологическим ростом. Оно характеризуется патологическим диспропорциональным периостальным ростом костей, хрящей, мягких тканей и внутренних органов, а также нарушением морфофункционального состояния сердечно-сосудистой и легочной систем, периферических эндокринных желез и различных видов метаболизма. Ведущие специалисты в данной области ответили на вопросы о состоянии проблемы в Москве, качестве жизни пациентов и современных подходах к их медикаментозному лечению.



Вычеслав Сергеевич ПРЕНИН

Д.м.н., профессор кафедры эндокринологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения РФ», Заслуженный врач России

О СТАТИСТИКЕ, ДИАГНОСТИКЕ И МОСКОВСКОМ РЕГИСТРЕ

— **Каковы основные преимущества Московского регистра?**

— Созданный в 2003 году Московский регистр больных акромегалией и гипопитуитаризмом является примером мультидисциплинарного подхода к решению проблемы курации редких заболеваний с организацией современной диагностической и лечебной базы, а также примером преемственного характера лечения и эффективного лекарственного обеспечения. Цель его работы — в гарантированном обеспечении каждого пациента современным уровнем диагностического обследования, квалифицированным лечением и динамическим наблюдением.

Благодаря активной работе столичных эндокринологов удалось существенно повысить выявляемость и эффективность терапии заболевания, что положительно отразилось на качестве и продолжительности жизни пациентов. В настоящее время у 69% больных акромегалией, находящихся на учете, наблюдается полная или медикаментозная ремиссия заболевания.

Среди перспектив дальнейшего развития регистра можно выделить создание в Москве логистики предикторного и персонализированного лечения с использованием современных методов лабораторно-инструментальной диагностики и новых лекарственных препаратов.

— **Сколько сейчас пациентов с акромегалией в Москве?**

— В Московском регистре числятся 656 пациентов (176 мужчин и 480 женщин) в возрасте от 18 до 90 лет (средний возраст — 59 ± 14 лет). Распространенность данной патологии по обращаемости в столице составляет 54,2 случая на миллион жителей (в среднем по России — 31 сл./млн). Средний ежегодный прирост составляет 4,9 сл./млн.

— **В каком возрасте устанавливается диагноз, и как он влияет на получение инвалидности?**

— Средний возраст установления диагноза приходится на работоспособный период жизни больных — 49 ± 14 лет. К сожалению, льготное обеспечение эффективными препаратами сопряжено с наличием инвалидности, что, конечно же, создает определенные проблемы для пациентов, у которых благодаря ранней диагностике еще не сформировались инвалидизирующие соматические нарушения, дающие основание для определения группы инвалидности.

И если врачам представляется очевидным, что при отсутствии лечения в ближайшем будущем у больного обязательно возникнут необратимые системные осложнения, то для представителя МСЭ существует иная аргументация: «Вот когда ослепнете, тогда приходите». Бывают случаи, когда больные вынуждены на последние деньги самостоятельно приобретать необходимый препарат или использовать менее эффективные средства, не решающие проблемы лечения.

Считаю, что обеспечение пациентов жизненно важными препаратами, способными сохранить им жизнь и полноценное здоровье, не должно быть привязано к наличию инвалидности.

— **Какая часть больных получает медикаментозную терапию? Что это за терапия?**

— По данным регистра, первичную или вторичную медикаментозную терапию получают 75% больных акромегалией. Как правило, это аналоги соматостатина 1-й генерации (ланреотид и октреотид), агонист дофамина (каберголин). В последнее время в лекарственную линейку вошел антагонист рецепторов гормона роста — пегвисомант. Наиболее распространенным в Москве оригинальным лечебным препаратом является Соматулин Аутожел (120 мг), который обладает высокой антисекреторной и антипролиферативной активностью, хорошей переносимостью и доступностью в использовании. Данные регистра подтверждают, что многолетнее использование данного препарата у больных акромегалией позволяет поддерживать стойкую биохимическую ремиссию, хорошее качество и высокую продолжительность жизни.



Михаил Борисович АНЦИФЕРОВ

Д.м.н., профессор, главный врач ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения Москвы», главный внештатный специалист-эндокринолог Департамента здравоохранения Москвы, врач высшей квалификационной категории, Заслуженный врач Москвы и России

О СОСТОЯНИИ ПРОБЛЕМЫ В МОСКВЕ

— **Возможен ли ранний скрининг акромегалии?**

— Ранний скрининг акромегалии возможен путем заполнения специально разработанных анкет для пациентов из групп риска. В эндокринологическом диспансере в рамках исследования «Акроскрин» проводилось анкетирование больных с сахарным диабетом, узловым зобом, нарушением полей зрения. Выявлено 9 случаев акромегалии, что подтверждает большую распространенность заболевания среди пациентов с эндокринной патологией, чем в общей популяции.

— **Обеспечены ли все пациенты в Москве медикаментозной терапией?**

— Сейчас все пациенты, получившие заключение врачебной комиссии эндокринологического диспансера, обеспечены медикаментозной терапией.

— **Как осуществляется регулярный контроль эффективности терапии?**

— Пациенты, получающие инъекции аналогов соматостатина, делают их в эндокринологическом диспансере. Контроль эффективности терапии также осуществляется в диспансере: ИФР-1, СТГ — раз в 3 месяца, МРТ головного мозга — раз в год, УЗИ брюшной полости — 1 раз в 6 месяцев. Врачебная комиссия оценивает результаты лечения и выдает заключение о дальнейшей тактике ведения больного.

Татьяна Марковна АЛЕКСЕЕВА

Заведующая взрослым эндокринологическим отделением ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения Москвы», врач высшей квалификационной категории

О МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ И КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ

— **Сколько пациентов достигает ремиссии после трансназальной трансфеноидальной аденомэктомии?**

— Хирургическое лечение предпринято у 410 пациентов (62,5%). У 27 больных проводилось повторное оперативное вмешательство. Радикальная аденомэктомия и полная ремиссия заболевания отмеча-

лись в 126 случаях (31%). У 253 человек проводилась вторичная медикаментозная и лучевая терапия. В итоге у 238 больных (58%) в результате хирургического и комбинированного пособий достигнут контроль акромегалии.

— **В чем заключаются основные подходы к первой линии терапии акромегалии? Возможно ли самостоятельное введение препаратов в домашних условиях?**

— К препаратам первой линии относятся аналоги соматостатина (АСС) 1-й генерации — октреотид (191), ланреотид (252). Первичная медикаментозная терапия назначена 221, вторичная — 268 пациентам. Преимуществом ланреотида является удобство его введения: больные могут делать инъекции самостоятельно, а октреотид вводит только специально обученная медсестра.

— **Как улучшить качество жизни пациентов с акромегалией?**

— Обеспечение препаратами АСС возможно только при наличии группы инвалидности. В Москве есть пациенты с акромегалией, которым отказано в установлении группы инвалидности (таких больных немного — всего 12 человек).

Лечение препаратами АСС для них недоступно. Целесообразно обеспечивать пациентов с акромегалией, не имеющих группы инвалидности, препаратами АСС (к вопросу об улучшении качества жизни).

Соматулин Аутожел®
ланреотид

**СТРЕМИТЕСЬ К ПРОГРЕССУ
ДОСТИГАЙТЕ ЭТО
БЫДЬ МУЖЧИМ**

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

«Соматулин® Аутожел® обеспечивает стабильный контроль гормонального статуса (ИФР-1 и СТГ) и размера опухоли без влияния на гликемический профиль в отличие от других АСС»

«Соматулин® Аутожел® позволяет контролировать уровень сахара в крови, уменьшая потребность в инсулине до 6-8 инъекций в год»

«Соматулин® Аутожел® обеспечивает стабильное гликемическое состояние, позволяя избежать осложнений сахарного диабета»

«Соматулин® Аутожел® обеспечивает стабильное гликемическое состояние, позволяя избежать осложнений сахарного диабета»

«Соматулин® Аутожел® обеспечивает стабильное гликемическое состояние, позволяя избежать осложнений сахарного диабета»

1. Caron P.J. et al. Clinical Endocrinology 2015. 2. Инструкция по медицинскому применению препарата Соматулин® Аутожел® 120 мг. 3. Salvatori R. et al. Pituitary 2010; 13(2):115-22. 4. Haramati N. et al. Arch Fam Med. 1994;3(2):146-148. 5. S. Adelman D.T. et al. Medical Devices: Evidence and Research 2012. 6. Salvatori R. et al. Pituitary 2010. 7. LanreotideUK SmPC 2017.

Краткая информация из инструкции по медицинскому применению препарата Соматулин® Аутожел® (ЛСР-003497/09). **ТОРГОВОЕ НАЗВАНИЕ:** Соматулин® Аутожел®. **МНН:** ланреотид. **ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА:** гель для подкожного введения пролонгированного действия. **СОСТАВ:** Соматулин® Аутожел® 120 мг. Активное вещество: ланреотид ацетат — 149,4 мг/шприц (125,5 мг/шприц). Вспомогательные вещества: вода для инъекций — 357,8 мг/шприц, уксусная кислота ледяная — до pH 6,1 ± 0,3. Объем масса — 510,0 мг/шприц; масса, введенная при инъекции — 488,0 мг/шприц; водная доза ланреотида — 120,0 мг/шприц. **ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА:** соматостатины. **КОД АТХ:** H03CB03. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** (нейроэндокринные опухоли): терапия ГЗПЧ-Ю степени 1 или 2 (с индексом пролиферации опухоли [Ki-67] < 10%), имеющих происхождение из средней кишки (тонкая кишка, правый отдел толстой кишки, червеобразный отросток); ПЖ или из неутробного первичного очага (за исключением опухолей левой половины ободочной кишки, прямой кишки) у взрослых пациентов с метастатическими опухолями или метастатическими опухолями; терапия симптомов карциноидного синдрома при нейроэндокринных опухолях. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** повышенная чувствительность к ланреотиду или родственным пептидам. Противопоказано у детей и подростков до 18 лет. **С осторожностью:** холелитиаз, беременность, сахарный диабет, гололокружение, головная боль, запор, фатигация, вздутие живота, дискомфорт в животе, диспепсия, стенокардия, костно-мышечная боль, миалгия, аллергия, астения, усталость, реакция в месте инъекции (боль, припухлость, уплотнение, зуд), снижение массы тела и активности панкреатических ферментов. **ПЕРЕДОЗИРОВКА:** показано проведение симптоматической терапии. **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ:** может снижаться абсорбция в кишечнике одновременно принимаемых препаратов, в том числе цитостатиков (может возникнуть необходимость корректировать дозу). При однократном применении аналогов соматостатина и бромкриптолина может повышаться биодоступность бромкриптолина. При однократном применении с леводопамином средствами, снижающими частоту сердечного ритма (такими как бета-адреноблокаторы), 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, метаболизирующимися в основном с помощью CYP3A4 и имеющими низкий терапевтический индекс (винореллин, терфенадин). **ВЛИЯНИЕ НА СПОСОБНОСТЬ УПРАВЛЯТЬ ТРАНСПОРТНЫМИ СРЕДСТВАМИ И РАБОТЮ С МЕХАНИЗМАМИ:** Было сообщено, что на фоне терапии препаратом может развиться головокружение. При повлении 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 полиолефина/фталата/алюминия, вместе с инструкцией по применению помещен в картонную коробку. **УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ:** 2-8 °С (в холодильнике), в недоступном для детей месте. Не замораживать! **СРОК ГОДНОСТИ:** 2 года. Не применять по истечении срока годности. **УСЛОВИЯ ОТКУПА ИЗ АПТЕК:** 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. Имеются противопоказания. Перед использованием следует ознакомиться с инструкцией или обратиться за консультацией к специалисту. ООО Ибисен: 109147, г. Москва, ул. Таганская, д. 17-23, этаж 2, ком. 10-27, 30-39 4/1-14; тел. +7 (495) 258-54-00, факс +7 (495) 258-54-01; www.ibisen.ru. Служба медицинской поддержки по программам компании Ибисен (в рамках инструкции по применению): тел. 8 (800) 700-40-25 (бесплатный номер телефона по всей Российской Федерации), электронная почта Medical.Support@ibisen.com. Контакты для информации о нежелательных явлениях/побочных эффектах/претензиях на качество продуктов компании: +7 (916) 999-30-28 (круглосуточно); электронная почта pharmacovigilance.russia@ibisen.com. **RUS.SOM.15122019-000175**

Николай Александрович
ДЕМИДОВ

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

Чем московский пациент отличается от американского

Какие существуют тенденции в клинических характеристиках пациентов с сахарным диабетом (СД), и насколько велика разница между предпочтениями врачей при назначении ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (иНГЛТ-2) в России и США? На эти вопросы отвечает данная статья.

РЫЧАГИ УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ

В последние 5 лет современная диабетология получила новые инструменты для управления сердечно-сосудистыми рисками (ССР) и сердечно-сосудистой смертностью (ССС). Это препараты из группы агонистов рецептора глюкагоноподобного пептида 1 (арГПП-1) и ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (иНГЛТ-2), которые в многочисленных рандомизированных исследованиях продемонстрировали возможности снижения риска сердечно-сосудистых (СС) событий у больных с сердечно-сосудистыми

стративной системы учета требований о страховом возмещении в США, посвящен оценке недавних изменений в клинических характеристиках пациентов, которым с июля 2013 года по июнь 2018-го были назначены иНГЛТ-2.

Выдвигалась гипотеза, что среди больных, получивших терапию иНГЛТ-2, будет увеличиваться доля пациентов с ССЗ, при этом частота использования эмпаглифлозина в данной когорте пациентов возрастет по сравнению с другими представителями данного класса. Пациенты, получившие иНГЛТ-2 между 2013

пациентов с ССЗ или СН среди пациентов, начавших терапию канаглифлозином ($p = 0,065$) или дапаглифлозином ($p = 0,87$), существенно не изменилась (рис. 2).

Таким образом, эмпаглифлозин стал наиболее часто назначаемым препаратом среди всех иНГЛТ-2 в категории больных с ССЗ и/или ХСН в американской когорте пациентов, изученной в данном исследовании (рис. 2).

Именно изменения в инструкции по медицинскому применению канаглифлозина (предупреждающая надпись в рамке о риске ампутации) и эмпаглифлозина (показание к применению для снижения сердечно-

использования иНГЛТ-2 в 2013 году он составлял 100%, а в 2014 году — более 75%. Доля больных, получивших дапаглифлозин, составлявшая после его появления на рынке США в 2014 году более 20%, начиная с 2015 года не поднималась выше 15% среди всех иНГЛТ-2 (рис. 1).

В Москве другая ситуация. Дапаглифлозин, появившийся на российском рынке первым, с 2016 года стабильно занимает около 60% в структуре использования всех иНГЛТ-2. Значимая динамика наблюдается только в использовании канаглифлозина и эмпаглифлозина (рис. 3).

В группе московских больных с ССЗ и/или СН структура распределения препаратов иная. Частота использования канаглифлозина составляет 20,5%, что не отличается от таковой в общей популяции больных СД 2 типа, при этом частота использования дапаглифлозина ниже, чем в общей популяции, — 47,3%, а эмпаглифлозина — выше (32,2%) (рис. 4).

Если проанализировать частоту распространенности ССЗ и ХСН в общей популяции больных СД 2 типа и в группах людей, получающих различные препараты иНГЛТ-2, можно отметить, что среди пациентов, которые их принимают, в 3–6 раз чаще встречается ХСН (выше всего ее частота у больных на эмпаглифлозине — 6,0%) (рис. 5).

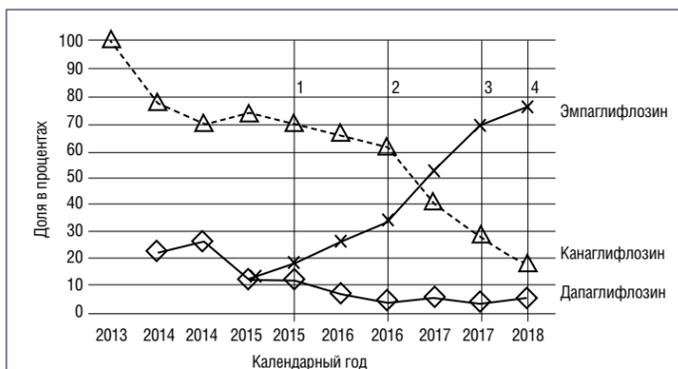


Рисунок 1. Динамика частоты применения различных иНГЛТ-2 за период с 2013 по 2018 г. Адаптировано из <https://doi.org/10.2337/dc19-1943>.

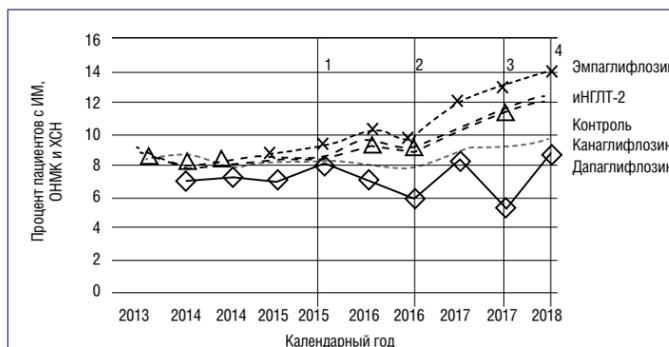


Рисунок 2. Динамика доли пациентов с ИМ, ОНМК или ХСН, получивших различные иНГЛТ-2 с 2013-го по 2018-й г. Адаптировано из <https://doi.org/10.2337/dc19-1943>.
Примечание. ИМ — инфаркт миокарда, ОНМК — острые нарушения мозгового кровообращения, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

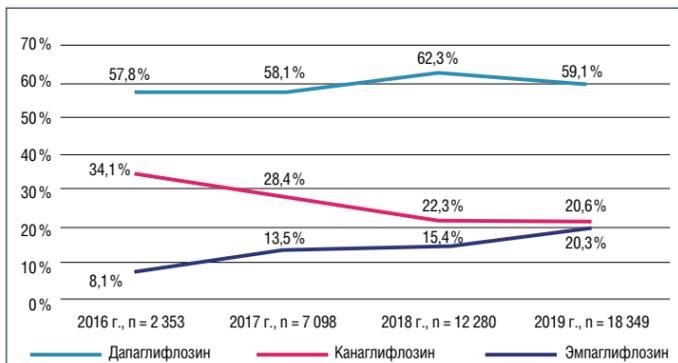


Рисунок 3. Динамика доли больных СД 2 типа, получающих иНГЛТ-2 с 2016-го по 2019-й г., по данным Московского сегмента ФРСД.



Рисунок 4. Доля пациентов, использующих различные препараты иНГЛТ-2, среди больных СД 2 типа с ССЗ и/или СН, по данным Московского сегмента ФРСД, 01.01.2020 г.

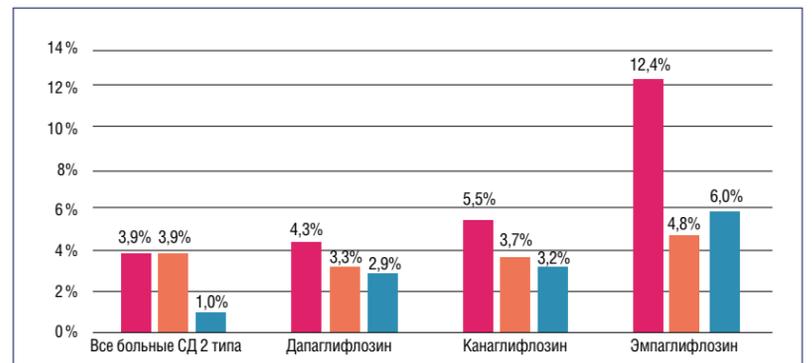


Рисунок 5. Частота встречаемости ССЗ и ХСН среди больных СД 2 типа, получающих иНГЛТ-2, по данным Московского сегмента ФРСД, 01.01.2020 г.

заболеваниями (ССЗ) и/или хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

В 2016 году в инструкции по медицинскому применению двух препаратов класса иНГЛТ-2 (эмпаглифлозин и канаглифлозин) включили дополнительное показание к назначению: снижение частоты сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с установленным ССЗ.

В 2017 году в стандартах медицинской помощи при СД Американской диабетической ассоциации появилась рекомендация добавлять в схему лечения иНГЛТ-2 (в частности, эмпаглифлозин) в качестве средства терапии второй линии после метформина у пациентов с установленным ССЗ.

В российские алгоритмы специализированной медицинской помощи больным СД также с 2017 года вошли рекомендации о преимущественном применении эмпаглифлозина в терапии больных СД с подтвержденными ССЗ и/или ХСН.

АМЕРИКАНСКИЙ ОБЗОР

Обзор, выполненный Chintan V. Dave с соавт. на основании данных админи-

и 2018 годами ($n = 90\,096$), в 56,5% случаев были мужского пола со средним возрастом 55,7 (10,1) года.

Согласно результатам проведенного анализа, доля пациентов с ССЗ или сердечной недостаточностью (СН) в данной когорте больных увеличилась в течение периода наблюдения с 8,8 до 12,2% ($p < 0,001$).

Частота применения канаглифлозина снизилась на 75,1% (со 100,0 до 24,9%, $p < 0,001$), при этом показатель применения эмпаглифлозина увеличился на 51,7% (с 13,9 до 65,6%, $p < 0,001$). Динамика использования различных препаратов из группы иНГЛТ-2 представлена на рис. 1.

Тенденции в отношении начала применения тех или иных препаратов рассматриваемых классов были похожими в подгруппе пациентов с ССЗ и/или ХСН.

Среди пациентов, получавших эмпаглифлозин, доля больных с ССЗ или СН увеличилась с 8,8 до 14,1% ($p < 0,001$), при этом наиболее существенное изменение произошло после внесения поправок в инструкцию по медицинскому применению данного препарата. Напротив, доля

сосудистых осложнений и смертности), внесенные в 2016 году, вероятно, способствовали быстрому изменению предпочтений при назначении данных препаратов.

МОСКОВСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

В Москве наблюдается похожая динамика при назначении иНГЛТ-2, но есть и существенные различия.

По данным Московского сегмента ФРСД, в последние 4 года в 7,8 раза увеличилось число больных СД 2 типа, получающих терапию с использованием иНГЛТ-2 (с 2353 человек в 2016 году до 18349 человек в 2019 году).

Доля больных СД 2 типа, получающих эмпаглифлозин, увеличилась в 2,5 раза (с 8,1 до 20,3% с 2016-го по 2019-й г.). При этом в 1,7 раза уменьшилась доля пациентов, получающих канаглифлозин. Доля больных СД 2 типа, принимающих дапаглифлозин, оставалась стабильной — на уровне 60% (рис. 3).

Первым препаратом из класса иНГЛТ-2, появившимся на американском рынке, был канаглифлозин. Поэтому в структуре

При этом частота ОНМК среди больных, получающих канаглифлозин и дапаглифлозин, даже ниже, чем в общей популяции (3,7% и 3,3% соответственно) (рис. 5).

ИМ в когорте больных, принимающих канаглифлозин, встречается на 41% чаще, а среди тех, кто использует дапаглифлозин, — на 10,3% чаще, чем в общей популяции (рис. 5).

Наиболее существенные различия в частоте ССЗ и ХСН продемонстрированы в группе больных, получающих эмпаглифлозин. В данной когорте ОНМК встречается на 23,1% чаще, ИМ — в 3,2 раза чаще, а ХСН — в 6 раз чаще, чем в общей популяции больных СД 2 типа (рис. 5).

ОЧЕВИДНОЕ СХОДСТВО

Таким образом, мы видим похожие изменения в структуре терапии больных СД 2 типа в американской и московской популяциях: снижается частота использования канаглифлозина и повышается — эмпаглифлозина. Пациентам с ССЗ или ХСН эмпаглифлозин назначается еще чаще.

Список литературы находится в редакции

Джардинс®

СИЛА, КОТОРАЯ ПОМОГАЕТ ДОСТИГАТЬ БОЛЬШЕГО

Многофакторные преимущества^{1*}
Доказанная кардио-
и нефропротекция¹

38%

снижение ОР
СС-смерти^{1†}

35%

снижение ОР
госпитализаций
по причине СН^{1††}

39%

снижение ОР
возникновения
или ухудшения
нефропатий^{1‡,2}

Включен более чем
в 60 рекомендаций в мире
благодаря доказанным
СС-преимуществам³⁻⁵

Джардинс®
(эмпаглифлозин)

* У взрослых пациентов с СД2 и установленными СС-заболеваниями в анамнезе¹

† Снижение ОР СС-смерти на 38% было достигнуто в общей популяции исследования EMPA-REG OUTCOME® (ОР=0,62; 95% ДИ: 0,49-0,77; p<0,001)¹

†† Госпитализация по причине СН была вторичной конечной точкой исследования EMPA-REG OUTCOME® (ОР=0,65; 95% ДИ: 0,50-0,85)¹

‡ Возникновение или ухудшение нефропатии определяется как прогрессирование макроальбуминурии, удвоение сывороточного креатинина, СКФ ≤45 мл/мин/1,73 м²; начало заместительной почечной терапии; смерть по причине хронической болезни почек. Возникновение или ухудшение нефропатии были заранее определенными вторичными конечными точками в исследовании EMPA-REG OUTCOME®¹ СД2 – сахарный диабет 2 типа, СН – сердечная недостаточность СС – сердечно-сосудистый, ОР – относительный риск, ДИ – доверительный интервал, СКФ – скорость клубочковой фильтрации

1. Zinman B, Wanner C, Lachin JM et al. EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2015;373(22):2117-2128. 2. Wanner C, Inzucchi SE, Lachin JM et al; EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin and progression of kidney disease in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2016;375(4):323-334. 3. Diabetes Care 2019 Dec; dc190066. doi: 10.2337/dc19-0066. 4. Cosentino F. et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. Eur Heart J 2019;00:1-69. 5. Diabetes Care. 2020;43(Suppl.1):S98-S110. doi: 10.2337/dc20-S009. 6. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Джардинс®.

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ДЖАРДИНС®

Регистрационное удостоверение: ЛП-002735. **Торговое наименование:** ДЖАРДИНС. **Международное непатентованное наименование:** эмпаглифлозин. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **Состав.** 1 таблетка, покрытая пленочной оболочкой, содержит действующее вещество: эмпаглифлозин – 10,000 мг/25,000 мг. **Фармакотерапевтическая группа.** Гипогликемическое средство для перорального применения – ингибитор натрийзависимого переносчика глюкозы 2 типа. **Код АТХ:** А10ВК03. **Показания к применению.** Для терапии сахарного диабета 2 типа у взрослых пациентов с неадекватным гликемическим контролем в дополнение к диетотерапии и физическим упражнениям: в качестве монотерапии; в качестве комбинированной терапии с другими гипогликемическими препаратами, включая инсулин. Препарат показан пациентам с сахарным диабетом 2 типа и высоким сердечно-сосудистым риском* в комбинации со стандартной терапией сердечно-сосудистых заболеваний с целью снижения: общей смертности за счет снижения сердечно-сосудистой смертности; сердечно-сосудистой смертности или госпитализации по поводу сердечной недостаточности. *Высокий сердечно-сосудистый риск определен как наличие хотя бы одного из следующих заболеваний и/или состояний: ИБС (инфаркт миокарда в анамнезе, шунтирование коронарных артерий, ИБС с поражением одного коронарного сосуда, ИБС с поражением нескольких коронарных сосудов); ишемический или геморрагический инсульт в анамнезе; заболевания периферических артерий (с симптоматикой или без). **Противопоказания.** Гиперчувствительность к эмпаглифлозину и/или любому вспомогательному веществу в составе препарата. Сахарный диабет 1 типа. Диабетический кетоацидоз. Непереносимость лактозы, дефицит лактазы, синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции (в состав препарата входит лактозы моногидрат). Почечная недостаточность при СКФ <45 мл/мин/1,73 м². Беременность и период грудного вскармливания. Возраст старше 85 лет. Возраст до 18 лет (в связи с недостаточностью данных по эффективности и безопасности). **С осторожностью.** Пациенты с риском развития гиповолемии (применение гипотензивных препаратов со случаями артериальной гипотензии в анамнезе). При заболеваниях желудочно-кишечного тракта, приводящих к потере жидкости. Возраст старше 75 лет. Применение в комбинации с производным сульфаниламочевин или инсулином. Инфекции мочеполовой системы. Диета с низким содержанием углеводов. Диабетический кетоацидоз в анамнезе. Низкая секреторная активность бета-клеток поджелудочной железы. **Применение при беременности и в период грудного вскармливания.** Применение эмпаглифлозина во время беременности противопоказано ввиду недостаточности данных по эффективности и безопасности. Данные, полученные в доклинических исследованиях у животных, свидетельствуют о проникновении эмпаглифлозина в грудное молоко. Не исключается риск воздействия на новорожденных и детей при грудном вскармливании. Применение эмпаглифлозина в период грудного вскармливания противопоказано. При необходимости применения эмпаглифлозина в период грудного вскармливания кормление грудью следует прекратить. **Способ применения и дозы.** Монотерапия или комбинированная терапия. Рекомендуемая начальная доза составляет 10 мг (1 таблетка дозировкой 10 мг) 1 раз в сутки. Препарат следует принимать внутрь, запивая водой. В случае если суточная доза 10 мг не обеспечивает адекватного гликемического контроля, доза может быть увеличена до 25 мг (1 таблетка дозировкой 25 мг) 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза составляет 25 мг. Препарат ДЖАРДИНС может приниматься независимо от приема пищи в любое время дня. При совместном применении препарата ДЖАРДИНС с производным сульфаниламочевин или с инсулином может потребоваться снижение дозы производного сульфаниламочевин/инсулина из-за риска развития гипогликемии. **Действия при пропуске приема одной или нескольких доз лекарственного препарата.** При пропуске дозы пациенту следует принять препарат, как только он об этом вспомнит. Не следует принимать двойную дозу в течение одних суток. **Применение препарата в особых группах пациентов.** Применение препарата у пациентов с почечной недостаточностью при СКФ менее 45 мл/мин/1,73 м² противопоказано. Пациентам с СКФ ≥45 мл/мин/1,73 м² коррекции дозы не требуется. Эмпаглифлозин не должен применяться у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности или у находящихся на гемодиализе. Пациентам с нарушениями функции печени коррекции дозы не требуется. **Побочное действие.** Общая частота нежелательных реакций у пациентов, получавших эмпаглифлозин или плацебо, в клинических исследованиях была сходной. Наиболее частой нежелательной реакцией была гипогликемия, отмечавшаяся при применении эмпаглифлозина в комбинации с производным сульфаниламочевин или инсулина. Нежелательные реакции, наблюдавшиеся у пациентов, получавших эмпаглифлозин в плацебоконтролируемых исследованиях, распределены по системно-органному классам с указанием частоты их возникновения согласно рекомендациям ВОЗ: очень часто (≥1/10), часто (от ≥1/100 до <1/10), нечасто (от ≥1/1000 до <1/100). **Очень часто.** Нарушения со стороны обмена веществ и питания – гипогликемия (при совместном применении с производным сульфаниламочевин или инсулином). **Часто.** Инфекционные и паразитарные заболевания – вагинальный кандидоз, вульвовагинит, баланит и другие генитальные инфекции, инфекции мочевыводящих путей (в том числе пиелонефрит и уросепсис). **Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей** – зуд (генерализованный), сыпь на коже. **Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей** – увеличение мочевого выделения. **Общие расстройства и нарушения в месте введения** – жажда. **Лабораторные и инструментальные данные** – повышение концентрации липидов в плазме крови. **Нечасто.** Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей – крапивница. **Нарушения со стороны сосудов** – гиповолемия. **Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей** – диурез. **Лабораторные и инструментальные данные** – снижение скорости клубочковой фильтрации, повышение концентрации креатинина в плазме крови, повышение гематокрита. **Полный перечень нежелательных реакций с указанием их абсолютной частоты представлен в инструкции по медицинскому применению.** **Условия хранения.** При температуре не выше 25 °С. Хранить в недоступном для детей месте. **Срок годности.** 3 года. Не следует принимать препарат по истечении срока годности. **Условия отпуска.** По рецепту. **Полная информация представлена в инструкции по медицинскому применению.**

Леонид Соболев: ученый, опередивший время

Академик И. П. Павлов считал его одним из самых талантливых своих учеников и называл выдающейся личностью. И недаром! По словам профессора Д. М. Российского, автора предисловия к переизданной в 1950 году диссертации Соболева (которую тот защитил в 1901 году), его исследования заложили основу современной диабетологии. Но «как часто вся награда за труды — сознание исполненного долга!» Научная работа основоположника диабетологии не отмечена никакими премиями. Их получили те, кто шел по его стопам.



Имя Соболева было надолго забыто. Вспомнили о нем спустя десятилетия. В начале 1930-х годов на его работы сослался в Германии Пауль Тренделенбург в двухтомнике «Гормоны. Их физиология и фармакология». Руководство было переведено на русский язык и издано в «Медгизе» в 1932 году. А в 1950 году переиздали и знаменитую соболевскую диссертацию «К морфологии поджелудочной железы» вместе с прилагавшейся к ней краткой биографической справкой (Curriculum vitae) и списком научных работ из 25 названий

К.Н. Виноградова. В 1897 г. за научную работу «К вопросу о ретенционных слизистых кистах толстых кишок» удостоен премии имени профессора Т. С. Иллинского. В 1897 г. окончил курс со званием «лекаря с отличием» и по конкурсу оставлен на 3 года при академии для усовершенствования в патологической анатомии».

ИМ ВОСХИЩАЛСЯ ПАВЛОВ

После защиты диссертации 25-летний доктор медицины уезжает в загранкомандировку «для дальнейшего научного совершенствования» за казенный счет. Но через два года из-за дебюта рассеянного склероза возвращается в Санкт-Петербург. Здесь его назначают прозектором кафедры патологической анатомии, собирают приват-доцентом ВМА, но в 1912 году болезнь вынуждает уйти в отставку.

Сохранился отзыв И.П. Павлова, великого русского физиолога, Нобелевского лауреата за 1904 год: «...Беседуя с Соболевым по поводу его работы, я был поражен массой мыслей и глубокой вдумчивостью в затронутых им

начинает атрофироваться, но при этом островковый аппарат остается невредимым и продолжает секретировать «фактор X», регулирующий углеводный обмен. Речь идет об инсулине: свое название он получил лишь в 1916 году.

«Ввиду трудности получения в большом количестве желез, где сохранились лишь островки, возможно заменить их железами новорожденных телят, у которых островки развиты сравнительно с пищеварительным аппаратом весьма хорошо и железа поджелудочная почти неспособна к пищеварительной работе, а потому можно надеяться, что пищеварительные соки не будут мешать действию островков...», — пишет Соболев. Тем самым он первым задумался о возможности получения активного противодиабетического препарата из ПЖ новорожденных телят. В новаторских работах Соболева все готово для революционного прорыва в новую эру инсулинотерапии, который произошел 20 лет спустя в Канаде.

Профессор Берлинского университета Пауль Тренделенбург позднее писал о Соболеве: «Его замечательные практические предложения по получению вещества из островкового аппарата ПЖ остались незамеченными, поскольку лабораторная техника и методы химических исследований были еще недостаточно развиты для их осуществления».

БУКЕТ ОТ ПОТОМКОВ

В дальнейшем Соболев много преподает, пишет статьи об ангиомах, болотной лихорадке (малярии) и рассеянном склерозе, с которым знаком не по учебникам. Болезнь прогрессирует, превращая блестящего ученого в инвалида. Его последняя публикация датируется 1914 годом. До первой инъекции инсулина Соболев не дожил. Он умер

ЗНАМЕНАТЕЛЬНАЯ ДАТА

23 января 1922 года — знаменательная дата в истории эндокринологии: день первой успешной инъекции инсулина больному сахарным диабетом. Нобелевскими лауреатами в области физиологии и медицины за 1923 год стали канадский врач и физиолог Фредерик Бантинг (выделил инсулин и сделал ту самую инъекцию) и его шотландский коллега Джон Маклеод (обеспечил базу для исследований).

На церемонию награждения оба не явились, а премиальными благородно поделились с несправедливо обделенными, по их мнению, решением Нобелевского комитета. Бантинг отдал половину суммы ассистенту Чарльзу Бесту, Маклеод щедро одарил биохимика Дж. Коллипа, добившегося высокой степени очистки инсулина.

И никто в этой наградной суете не вспомнил о человеке, который раньше и ближе всех подошел к разгадке тайны сахарного диабета (СД).

СКУДНЫЕ СВЕДЕНИЯ

«Соболев Леонид Васильевич (1876–1919), — читаем в Большой медицинской энциклопедии, — отечественный патологоанатом. В 1898 г. окончил Военно-медицинскую академию (ВМА) и был оставлен адъюнктом при кафедре патологической анатомии. С 1904 г. прозектор, а затем приват-доцент при этой же кафедре. В 1901 г. защитил докторскую диссертацию «К морфологии поджелудочной железы при перевязке ее протока при диабете и некоторых других условиях».

Л.В. Соболев — автор 25 научных работ. В 1900 г. он первым экспериментально доказал, что островковый аппарат поджелудочной железы (ПЖ) обладает внутрисекреторной функцией, выделяя в кровь гормон, способный регулировать углеводный обмен, и первым выдвинул предположение, что ферменты панкреатического сока, вырабатываемого паренхиматозной частью ПЖ, разрушают «противодиабетическое» гормональное вещество, выделяемое элементами ее островкового аппарата. А затем предложил получать активный противодиабетический препарат из тканевых элементов островков ПЖ, атрофировавшейся после перевязки выводного протока, или из ПЖ новорожденных телят, у которых, как установил ученый, островковый аппарат развит достаточно хорошо, а пищеварительные клетки еще недоразвиты. Эти идеи полностью подтвердились в исследованиях Бантинга и Беста, разработавших в 1922 г. метод получения инсулина».

Сохранилась краткая биография ученого, приложенная к диссертации: «Леонид Васильевич Соболев, сын чиновника, православного вероисповедания, родился в Трубчевске Орловской губернии в 1876 г. Среднее образование получил сначала в Карачевской (Орловской губернии) прогимназии, а затем в Новгород-Северской (Черниговской губернии) гимназии. В 1893 г. поступил на I курс Императорской военно-медицинской академии. С 1896 г. занимался нормальной гистологией и патологической анатомией под руководством профессора



вопросах... Соболев производит на меня впечатление выдающейся личности».

Молодой диссертант советовался с Иваном Петровичем об эксперименте на животных при подготовке диссертации. «Г-н Павлов был так любезен, что сам пожелал произвести для меня операцию перевязки и сделал ее у 3 кроликов», — не без гордости отметил Соболев.

ФАКТОР X

Экспериментальная база исследования впечатляет: для перевязки протока ПЖ в течение года использовали 30 кроликов, 14 собак, 12 кошек, по 5 быков, телят и баранов, 4 свиньи и множество разной птицы. Оказалось, что во всех случаях ПЖ

Соболев (пятый слева в нижнем ряду) в кругу слушателей Императорской военно-медицинской академии (1911 г)

в 43 года в голодном послереволюционном Петрограде, в клинике нервных болезней ВМА. В последний путь его провожали друзья и коллеги, семьей ученый не обзавелся. Положить к его надгробию ученого букетик цветов «от благодарных потомков» не получится — могила не сохранилась. Но помнить имена гениальных русских первооткрывателей, опередивших свое время, мы обязаны.

Дмитрий Кубраков

Организация стационарной эндокринологической помощи в Москве

В стационарах оказывается специализированная, в том числе высокотехнологическая, медицинская помощь по различным направлениям



Пациенты с СД в Москве

390 тыс. чел.

Гнойная хирургия

ГКБ им. В.П. Демикова
ГКБ № 13
ГКБ № 15 им. О.М. Филатова
ГКБ им. В.В. Вересаева
ГКБ им. В.В. Виноградова
ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохова

Сосудистая хирургия

ГКБ им. В.В. Вересаева
ГКБ им. Ф.И. Иноземцева
ГКБ им. Е.О. Мухина
ГКБ им. А.К. Ерамишанцева
ГКБ им. Д.Д. Плетнева
ГКБ им. В.В. Виноградова

Гемодиализ

ГКБ № 52
ГКБ им. С.П. Боткина
ГКБ им. А.К. Ерамишанцева

Диабетическая ретинопатия

ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохова
ГКБ им. С.П. Боткина, филиал № 1
ГКБ № 15 им. О.М. Филатова

ПУТИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

экстренная (по каналу «103»)

плановая (по направлению врача)

464 эндокринологических койки в 17 многопрофильных стационарах

| | |
|-------------------|---|
| ЦАО | ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова |
| САО | ГКБ им. С.П. Боткина ГКБ им. В.В. Вересаева |
| СВАО | ГКБ им. А.К. Ерамишанцева |
| ВАО | МКНЦ им. А.С. Логинова ГКБ им. Е.О. Мухина ГКБ им. Д.Д. Плетнева ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ГКБ им. братьев Бахрушиных |
| ЮВАО | ГКБ им. В.П. Демикова ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана |
| ЮАО | ГКБ им. В.М. Буянова |
| ЮЗАО | ГКБ им. В.В. Виноградова |
| ЗАО | ГКБ им. М.Е. Жадкевича |
| СЗАО | ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохова ГКБ № 52 |
| Зеленоград | ГКБ им. М.П. Кончаловского |

СД 1 типа
24 тыс. чел.

СД 2 типа
366 тыс. чел.

Эндокринная хирургия

ГКБ им. Ф.И. Иноземцева
ГКБ им. С.П. Боткина
ГКБ им. В.М. Буянова
ГКБ им. Е.О. Мухина
ГКБ им. В.В. Вересаева
ГКБ № 52

Нейрохирургия

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Беременность и сахарный диабет

ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана
ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова

Помповая инсулинотерапия

ГКБ им. С.П. Боткина
ГКБ им. В.В. Вересаева
МКНЦ им. А.С. Логинова

Организация амбулаторной эндокринологической помощи в Москве

11 административных округов

524 врача-эндокринолога

25 кабинетов диабетической стопы

21 школа диабета

Школы диабета

| | |
|-------------------|--|
| ЮВАО | ГП № 23; ДЦ № 3 |
| ВАО | ДЦ № 2; ГП № 64, ф. № 2; ГП № 175, ф. № 3; ГП № 191; ПО (поликлиническое отделение) ГКБ им. Е.О. Мухина |
| СВАО | ГП № 218, ф. № 5; ГП № 107; ГП № 12 |
| САО | ГП № 62, ф. № 5; ГП № 45 |
| СЗАО | ГП № 180 |
| ЗАО | ГП № 8 |
| ЮЗАО | ГП № 22 |
| ЮАО | ГП № 66 |
| ЦАО | ГП № 68; ГП № 5; ГП № 46, ф. № 3 |
| Зеленоград | ПО ГКБ им. М.П. Кончаловского |
| ТИНАО | ПО Щербинской больницы |

I уровень
кабинеты врача-эндокринолога, врача-терапевта, врача общей практики (в филиалах городских поликлиник)

II уровень
городские поликлиники: кабинеты врача-эндокринолога, отделения эндокринологии

Кабинеты диабетической стопы

| | |
|-------------------|--|
| ЮВАО | ГП № 23, ф. № 1; ДЦ № 3; ГП № 9 |
| ВАО | ГП № 175; ГП № 191; ГП № 69 |
| СВАО | ГП № 218; ГП № 12, ф. № 3; ДЦ № 5; ГП № 48, ф. № 2 |
| САО | ГП № 62; ГП № 6; КДЦ № 6, ф. № 3 |
| СЗАО | ГП № 180 |
| ЗАО | ГП № 195; КДЦ № 4, ф. № 2; ГП № 209 |
| ЮЗАО | ГП № 22; ДЦ № 1; ГП № 11, ф. № 2 |
| ЮАО | ГП № 166, ф. № 3 |
| ЦАО | ГП № 3; ГП № 5, ф. № 2; ГП № 46 |
| Зеленоград | ГП № 1 |

С диабетической ретинопатией и эндокринной офтальмопатией пациенты наблюдаются врачами-офтальмологами городских поликлиник. При подозрении на отек сетчатки при сахарном диабете пациенты в режиме «Citol» направляются в поликлинические отделения ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохова, ГКБ им. С.П. Боткина, ф. № 1 и Эндокринологический диспансер.



ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

Департамента здравоохранения города Москвы

Отделения

- Взрослое эндокринологическое
- Специализированное эндокринологическое
- Отделение обучения и лечения диабета
- Отделение диабетической стопы
- Офтальмологическое отделение
- КДЛ
- Отделение лучевой диагностики (УЗИ, рентген)
- Детское отделение
- Дневной стационар

Наиболее сложные пациенты

- С нейроэндокринными заболеваниями
- Заболеваниями щитовидной и паращитовидных желез
- Патологией надпочечников
- Сахарным диабетом и его осложнениями



Издательский дом «АБВ-пресс»

НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО – СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

www.abvpress.ru

ГАЗЕТЫ

ПЕДИАТРИЯ СЕГОДНЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ГАЗЕТА ДЛЯ ПЕДИАТРОВ

Урология сегодня
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ УРОЛОГОВ

НЕВРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ГАЗЕТА ДЛЯ НЕВРОЛОГОВ

Онкология Сегодня
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ ОНКОЛОГОВ

Акушерство и гинекология
СЕГОДНЯ

СОВРЕМЕННАЯ КАРДИОЛОГИЯ
www.cardioexpert.ru



МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ «АБВ-ПРЕСС»

