

# СУФЕР®

Sufer®

# Fe

**ЗАЛІЗА (III)-ГІДРОКСИД  
САХАРОЗНИЙ КОМПЛЕКС**  
*без декстрану<sup>1</sup>*

**ВНУТРІШНЬОВЕННИЙ ПРЕПАРАТ ЗАЛІЗА**  
*для швидкої клінічної  
і гематологічної корекції дефіциту гемоглобіну*

**В 2 рази  
швидше**

*у порівнянні з іншими  
формами препаратів заліза<sup>2</sup>*

 **ЮРІЯ·ФАРМ**  
**www.uf.ua**



*Лідер ринку  
інфузійних препаратів  
України*



**ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЛІКАРСЬКИЙ ПРЕПАРАТ СУФЕР®. СКЛАД.** Діюча речовина: 1 мл розчину містить 20 мг заліза у вигляді заліза (III) гідроксид сахарозного комплексу. **ЛІКАРСЬКА ФОРМА.** Розчин для внутрішньовенних ін'єкцій. **ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНА ГРУПА.** Антианемічні засоби для парентерального введення. Препарати заліза. Код АТС. B03A C02. **ПОКАЗАННЯ.** Залізодефіцитні стани: при необхідності швидкого поповнення заліза (тяжка постгеморагічна анемія, терапія еритропоєтином); при неефективності терапії пероральними препаратами заліза (синдром порушеного кишкового всмоктування, хронічний ентероколіт, неспецифічний виразковий коліт, після резекції шлунка, тонкого кишечника). **СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ДОЗИ.** Суфер® вводиться тільки внутрішньовенно, шляхом довготривалої ін'єкції чи краплинно, а також у венозну ділянку діалізної системи. Засіб не призначений для внутрішньом'язового введення. Внутрішньовенне краплинне введення. Суфер® бажано вводити шляхом краплинної інфузії, щоб зменшити ризик розвитку артеріальної гіпотензії і небезпеку попадання розчину в навколишній простір. Внутрішньовенне струминне введення. Суфер® можна також вводити внутрішньовенно повільно у вигляді нерозведеного розчину зі швидкістю 1 мл за хвилину (5 мл (100 мг заліза) вводиться за 5 хв), але максимальний об'єм розчину не повинен перевищувати 10 мл (не більше 200 мг заліза) за одну ін'єкцію. Суфер® можна вводити безпосередньо у венозну ділянку діалізної системи, суворо дотримуючись правил проведення для внутрішньовенної ін'єкції. **ПРОТИПОКАЗАННЯ.** Гіперчутливість до компонентів препарату. Анемія, не пов'язана з дефіцитом заліза. Наявність ознак перенасичення організму залізом (гемосидероз, гемохроматоз) або порушення процесу його виведення. **ПОБІЧНА ДІЯ.** Всі симптоми спостерігалися дуже рідко (частота виникнення < 0,01 % і > 0,001 %) і були тимчасовими; з боку нервової системи: запаморочення, головний біль, втрата свідомості, парестезії; з боку серцево-судинної системи: серцебиття, тахікардія, артеріальна гіпотензія, колаптоїдний стан, відчуття жару, приливи крові, периферичні набряки; з боку дихальної системи: бронхоспазм, задишка; з боку травної системи: біль в животі, біль в епігастрії, діарея, втрата смаку, нудота, блювання; з боку шкірних покривів: еритема, свербіння, висип, порушення пігментації, підвищення пітливості; з боку опорно-рухового апарату: артралгія, біль в спині, набряк суглобів, м'язовий біль, біль в кінцівках; з боку імунної системи: анафілактоїдні (псевдоалергічні) реакції, набряк гортані, обличчя; порушення загального характеру: астенія, біль в грудях, відчуття тягаря в грудях, слабкість, нездужання, блідість, підвищення температури тіла, озноб; реакції в місці ін'єкції біль і набряк. **КАТЕГОРІЯ ВІДПУСКУ.** За рецептом. **ЛІТЕРАТУРА:** 1. Інструкція з медичного застосування препарату «СУФЕР®». 2. Al-Momen A.K., Al-Meshari A., Al-Nuaim L., Saddique A., Abotabib Z., Khashoggi T., Abbas M. Intravenous iron sacrose complex in the treatment of iron deficiency anemia during pregnancy// Eur.J. of Obstetr. and Gynecol. and Repr.Biol.- 1996.-Vol. 69.-P.121-124. Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників. РСМ03 України № UA/13269/01/01 від 04.10.2013 №860. Перед використанням слід обов'язково ознайомитися з повною інструкцією з медичного застосування і загальними застереженнями. Розробка макету: ТОВ «Бі-Брайт Медіа».

# Початок лікування метформіном пацієнтів з діабетом 2 типу: рекомендації для лікарів загальної практики

**Метформін – це пероральний гіпоглікемічний препарат, який за відсутності протипоказань повинен завжди призначатись у першій лінії терапії цукрового діабету (ЦД) 2 типу. Метформін добре переноситься, не асоціюється з гіпоглікемією, сприяє зменшенню маси тіла і є безпечним у коротко- та довгостроковій перспективі. Наявні докази свідчать, що в пацієнтів із ЦД 2 типу метформін може забезпечувати захисний ефект проти кардіоваскулярних захворювань і деяких типів раку. Нижченаведені рекомендації щодо початку лікування метформіном, призначені для лікарів загальної практики – сімейної медицини, базуються на останніх настановах Національного інституту здоров'я і медичної досконалості (NICE, Велика Британія, 2018) [1] та враховують актуальні стандарти ведення ЦД 2 типу Американської діабетичної асоціації (ADA, США, 2017).**

## Кому показаний метформін?

За рекомендаціями NICE, якщо у дорослих пацієнтів з ЦД 2 типу рівень глікованого гемоглобіну (HbA1c) становить  $\geq 6,5\%$  (48 ммоль/моль), необхідно додатково призначити метформін із звичайним вивільненням [1].

ADA також рекомендує метформін пацієнтам з предіабетом для профілактики розвитку ЦД 2 типу, особливо з індексом маси тіла (ІМТ)  $\geq 35$  кг/м<sup>2</sup>, особам віком  $< 60$  років, вагітним з гестаційним ЦД в анамнезі та пацієнтам із підвищенням HbA1c, незважаючи на модифікацію способу життя. Серед усіх фармакологічних засобів метформін має найбільшу доказову базу ефективності та довготривалої безпеки у попередженні ЦД [2].

## Титрація дози метформіну

У дослідженні UKPDS клінічна користь досягалась за використання відносно високої дози метформіну (понад 3/4 пацієнтів отримували дозу принаймні 1700 мг/добу), тому загалом рекомендована титрація до максимальної переносимої дози. Для метформіну із звичайним вивільненням остання максимальна добова доза становить: у Великій Британії – 2000 мг за два прийоми, у США – 2550/2000 мг (дорослі/підлітки) за два прийоми, в Україні – 3000 мг за три прийоми [3].

## NB! Дозу метформіну підбирають залежно від переносимості, а не рівня глюкози крові.

Рівень HbA1c перед титрацією визначати не потрібно, крім випадків, коли пацієнт отримує інші цукрознижувальні препарати.

Титрацію дози пацієнт може здійснювати самостійно після відповідних роз'яснень лікаря.

Для мінімізації можливих диспепсичних явищ лікування починають з низької дози (250 або 500 мг 2 р/добу) з подальшим поступовим її підвищенням. Препарат рекомендовано приймати під час або після їжі.

Якщо лікування добре переноситься, дозу підвищують на 500 мг кожні 1-2 тиж (можна повільніше, якщо очікуються побічні ефекти).

За появи небажаних симптомів пацієнт може повернутися до попередньої дози та, після зменшення цих симптомів, знову спробувати підвищити дозу.

Метформін з модифікованим вивільненням може призначатись пацієнтам, які не переносять звичайний метформін.

## NB! Корисною є будь-яка доза метформіну, яка добре переноситься. Лікування метформіном має тривати невизначено довго за відсутності протипоказань.

## Безпека лікування

Серцева недостатність більше не є протипоказанням до призначення метформіну.

Оскільки метформін екскретується нирками, до початку лікування необхідно визначити швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ).

Метформін може безпечно застосовуватися в пацієнтів з ШКФ  $\geq 30$  мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> (FDA), проте необхідна обережність за наявності інших станів, які можуть підвищувати ризик лактацидозу (застійна серцева недостатність, порушення печінкової функції, зловживання алкоголем, похилий вік).

У пацієнтів з ШКФ  $< 45$  мл/хв може бути доцільним призначення метформіну у нижчій (наприклад половинній) дозі.

При зниженні ШКФ  $< 30$  мл/хв лікування метформіном слід припинити.

На тлі лікування метформіном контроль ниркової функції проводять раз на рік у пацієнтів з нормальною нирковою функцією, мінімум 2-4 рази на рік у хворих з ШКФ нижче норми та в пацієнтів похилого віку.

У сучасній практиці випадки лактацидозу при лікуванні метформіном є дуже рідкісними. Проте ризик розвитку цього ускладнення може підвищуватись за наявності станів, які супроводжуються системною гіпоксемією (сепсис, дегідратація, серцево-легенева патологія, великі хірургічні втручання і т. ін.). Ризик зростає ще більше за ниркової недостатності. Тому всіх пацієнтів необхідно проінформувати, що під час епізоду гострого захворювання вони мають призупинити прийом метформіну і відновити його тільки після консультації лікаря. Якщо пацієнти з ЦД отримують інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту, блокатори рецепторів ангіотензину II, діуретики або інгібітори SGLT, ці препарати також слід тимчасово відмінити.

Метформін у монотерапії не викликає гіпоглікемії. На ризик цього ускладнення необхідно зважати у разі супутнього застосування препаратів, здатних призводити до гіпоглікемії, передусім інсуліну та похідних сульфонілсечовини.

Оскільки довготривала терапія метформіном асоціюється з дефіцитом вітаміну B<sub>12</sub>, на тлі лікування рекомендується періодично визначити рівень цього вітаміну в крові (особливо

| Цільові рівні HbA1c                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HbA1c $< 7\%$                                                                                                                                                                                                                  | HbA1c 7-7,9%                                                                                                                                                                                             | HbA1c 8-8,9%                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Вік 18-64 роки</li> <li>Без тяжких супутніх захворювань</li> <li>Мала тривалість діабету, велика очікувана тривалість життя</li> <li>Без значної кардіоваскулярної патології</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Вік 65-79 років</li> <li>Супутні захворювання: ІХС, СН, ХХН, деменція, сліпота, ампутації</li> <li>Тяжка гіпоглікемія в анамнезі або ризик її розвитку</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Вік <math>&gt; 80</math> років</li> <li>Специфічні фактори ризику</li> </ul> |
| Примітка: ІХС – ішемічна хвороба серця, СН – серцева недостатність, ХХН – хронічна хвороба нирок.                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                     |

в пацієнтів з анемією або периферичною нейропатією) та за необхідності застосовувати замісну терапію.

## Рекомендації щодо способу життя

Здоровий спосіб життя складається передусім з раціонального харчування, достатньої фізичної активності, нормалізації маси тіла, а також відмови від куріння та зловживання алкоголем.

Пацієнтам з надмірною вагою рекомендовано її поступове зниження (на 5-10% протягом року) до досягнення здорового ІМТ- від 18,5 до 24,9 кг/м<sup>2</sup>. Навіть помірне зниження маси тіла (принаймні на 5%) може відтермінувати перехід предіабету в ЦД 2 типу, а в пацієнтів з ЦД 2 типу покращує глікемічний контроль і зменшує потребу в цукрознижувальних препаратах.

Для пацієнтів з ЦД 2 типу підходять різні дієти, зокрема середземноморська, DASH, рослинна і т. ін. Вуглеводи мають надходити із джерел з високим вмістом клітковини та низьким глікемічним індексом (цільнозернові продукти, овочі, деякі фрукти, бобові, молочні продукти). Необхідно максимально обмежити вживання продуктів з доданим цукром. Цукровмісні напої протипоказані.

Жири в раціоні мають бути переважно мононенасиченими (як, наприклад, у середземноморській дієті). Мононенасичені жири можуть покращувати контроль глікемії та знижувати кардіоваскулярний ризик. Крім того, корисними є продукти, багаті на довголанцюгові  $\omega_3$ -жирні кислоти (морська риба, горіхи, насіння).

Вітамінно-мінеральні комплекси слід призначати лише за наявності доведеного дефіциту того чи іншого мікронутрієнта. Рутинне застосування антиоксидантних комплексів (вітаміни С, Е,  $\beta$ -каротин) не рекомендовано.

У пацієнтів з ЦД 2 типу білки, що надходять з їжею, посилюють відповідь інсуліну без супутнього підвищення концентрації глюкози в плазмі. Тому джерела вуглеводів, багаті на білки, не слід використовувати з метою профілактики або лікування гіпоглікемії.

Вживання натрію слід обмежити до рівня  $< 2,3$  г/добу (ще менше за супутньої артеріальної гіпертензії).

Помірне вживання алкоголю (не більше 14 г етанолу на добу для жінок і не більше 28 г/добу для чоловіків) не погіршує довготривалого контролю глікемії у пацієнтів з ЦД. Ризики, асоційовані із вживанням алкоголю, включають гіпоглікемію (особливо в пацієнтів, які застосовують інсулін або міметики інсуліну), збільшення маси тіла та гіперглікемію (у разі вживання великої кількості алкоголю за короткий час).

Дорослі пацієнти з ЦД 2 типу потребують не менше 150 хв помірних або інтенсивних фізичних навантажень на тиждень, розподілених принаймні на 3 дні/тиж (не більше 2 днів поспіль). Після 8 тиж структурованих фізичних навантажень рівень HbA1c знижується в середньому на 0,66% навіть за відсутності суттєвих змін ІМТ.

Пацієнтам із сидячою роботою рекомендовано переривати сидіння кожні 30 хв (встати, походити і т. ін.), що покращує глікемічний контроль.

## Література

1. Starting Metformin GP and Practice Nurseguideto Patient Information Leaflet. Metformin\_GP\_information\_leaflet\_v1.0\_April\_2018-1.pdf. <http://hertsvalleysccg.nhs.uk>.
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Carein Diabetes-2017. Diabetes Care 2017;40(Suppl. 1): S1-S135.
3. Сіофор® 1000. Інструкція до медичного застосування препарату. Р.п. UA/3734/01/01. <http://www.drlz.com.ua>.

Підготував **Олексій Терещенко**



| Монотерапія                                                                                                                    |                        | Метформін |  |  |  |  | Зміна способу життя |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------|--|--|--|--|---------------------|--|
| Ефективність                                                                                                                   | Висока                 |           |  |  |  |  |                     |  |
| Ризик гіпоглікемії                                                                                                             | Низький                |           |  |  |  |  |                     |  |
| Маса тіла                                                                                                                      | Без змін або зменшення |           |  |  |  |  |                     |  |
| Побічні ефекти                                                                                                                 | Диспепсія              |           |  |  |  |  |                     |  |
| Вартість                                                                                                                       | Низька                 |           |  |  |  |  |                     |  |
| Якщо після приблизно 3 міс монотерапії цільовий рівень HbA1c не досягнутий, перейти до подвійної терапії на основі метформіну. |                        |           |  |  |  |  |                     |  |

| Подвійна терапія                                                                                                                     |              | Метформін +    |                 |                 |                          |                     | Зміна способу життя |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|-----------------|-----------------|--------------------------|---------------------|---------------------|--|
|                                                                                                                                      | ПСМ          | Тіазолідиндіон | Інгібітор ДПП-4 | Інгібітор SGLT2 | Агоніст рецепторів GLP-1 | Інсулін (базальний) |                     |  |
| Ефективність                                                                                                                         | Висока       | Висока         | Середня         | Середня         | Висока                   | Найвища             |                     |  |
| Ризик гіпоглікемії                                                                                                                   | Середній     | Низький        | Низький         | Низький         | Низький                  | Найвищий            |                     |  |
| Маса тіла                                                                                                                            | Збільшення   | Збільшення     | Без змін        | Зменшення       | Зменшення                | Збільшення          |                     |  |
| Побічні ефекти                                                                                                                       | Гіпоглікемія | Набряки        | Дуже рідко      | Дегідратація    | Диспепсія                | Гіпоглікемія        |                     |  |
| Вартість                                                                                                                             | Низька       | Низька         | Висока          | Висока          | Висока                   | Висока              |                     |  |
| Якщо після приблизно 3 міс подвійної терапії цільовий рівень HbA1c не досягнутий, перейти до потрійної терапії на основі метформіну. |              |                |                 |                 |                          |                     |                     |  |