

Реальные возможности современных в достижении целей лечения



Б.Н. Маньковский

Основу лечения пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа составляют пероральные сахароснижающие средства. Каким из них и в каких ситуациях следует отдавать предпочтение?

Какими преимуществами и недостатками обладают наиболее широко назначаемые в настоящее время препараты и представители новых классов сахароснижающих средств? С этими вопросами мы обратились к ведущему диабетологу Украины, члену-корреспонденту НАМН Украины, заведующему кафедрой диабетологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктору медицинских наук, профессору Борису Никитичу Маньковскому.

? Какие цели лечения СД 2 типа считаются сегодня приоритетными?

– Основной целью лечения СД, особенно 2 типа, является не столько устранение симптомов заболевания (которых, к слову, при данной патологии может и не быть), сколько эффективное снижение гликемии и предупреждение осложнений СД.

Давно установлено, что в случае декомпенсации диабета развиваются хронические осложнения – микрососудистые (ретинопатия, нефропатия, нейропатия) и макрососудистые (атеросклеротическое поражение коронарных, церебральных и периферических артерий). При наличии у пациента перечисленных диабетических осложнений основной целью лечения становится предупреждение их дальнейшего прогрессирования.

? Какие методы помогают в реализации этих целей?

– Сегодня ни у кого не вызывает сомнений тот факт, что контроль гликемии позволяет предотвратить развитие микроангиопатий, а также снизить риск появления макроваскулярных осложнений у больных СД как 1, так и 2 типа. Это было показано в таких крупных клинических исследованиях, как UKPDS и ADVANCE.

Под контролем гликемии понимают достижение и поддержание целевых уровней гликозилированного гемоглобина (HbA1c), уровня глюкозы крови натощак и постпрандиальной гликемии с помощью немедикаментозных методов (диеты, физической активности) и фармакотерапии (пероральные сахароснижающие средства и/или препараты инсулина).

У большинства пациентов с СД 2 типа следует стремиться к достижению целевого уровня HbA1c <7%. В то же время у лиц молодого возраста без кардиоваскулярных заболеваний в анамнезе и с небольшой длительностью СД целевой уровень HbA1c может быть еще ниже (≤6,5%). Уровень гликемии натощак должен быть в пределах 5,0-7,2 ммоль/л, а постпрандиальной гликемии (через 1-2 ч после приема пищи) – не превышать 10 ммоль/л.

В рамках проходившего недавно третьего украинского образовательного курса Европейской ассоциации по изучению диабета (EASD) были представлены интересные данные по эффективности контроля гликемии у больных СД. Один из лекторов отметил, что за последние годы в Швеции не было выявлено ни одного больного СД с терминальной стадией диабетической нефропатии (почечной недостаточностью). По-видимому, это результат своевременного и адекватного лечения СД (на протяжении последних 20 лет в этой стране применяют соответствующие современным рекомендациям

и принципам доказательной медицины терапевтические подходы к коррекции гипергликемии).

Однако следует помнить, что в то время как адекватный контроль гликемии позволяет у значительного количества больных предотвратить развитие микровазкулярных осложнений, для профилактики макроваскулярных событий одной нормализации гликемии недостаточно. Для этого крайне необходима коррекция других факторов риска, прежде всего артериальной гипертензии (с помощью антигипертензивных средств) и дислипидемии (с помощью статинов). Целевой уровень артериального давления у большинства пациентов с СД должен быть ≤130/80 мм рт. ст., холестерина липопротеинов низкой плотности – <2,6 ммоль/л, холестерина липопротеинов высокой плотности – >1,0 ммоль/л у мужчин и >1,3 ммоль/л у женщин, триглицеридов – <1,7 ммоль/л.

Безусловно, лечение больных СД 2 типа должно основываться на принципах доказательной медицины. Поэтому при выборе подходов и методов терапии, а также конкретных препаратов для коррекции гликемии и других факторов риска следует опираться на результаты крупных контролируемых клинических исследований, проведенных согласно требованиям современной доказательной медицины.

? Что является залогом длительного контроля гликемии?

– Длительного контроля гликемии можно достичь с помощью назначения эффективных и безопасных сахароснижающих препаратов в адекватных дозах. При этом нельзя забывать, что СД 2 типа является прогрессирующим заболеванием вследствие неуклонного истощения функции β-клеток поджелудочной железы и их апоптоза. Это вызывает необходимость с течением времени увеличивать дозы препаратов и добавлять в схему лечения другие сахароснижающие средства с иными точками приложения (механизмами действия), хотя в последнее время появляется все больше данных о том, что прогрессирование СД 2 типа можно немного замедлить и, следовательно, отсрочить необходимость применения комбинированной сахароснижающей терапии и инсулина. Этого можно достичь, используя препараты, которые обладают протективным действием в отношении β-клеток поджелудочной железы (за счет уменьшения выраженности оксидативного стресса и угнетения апоптоза β-клеток). Такой способностью обладает Диабетон MR 60 мг. Это было продемонстрировано в экспериментальных исследованиях и подтверждено в клинических испытаниях, в которых

Диабетон MR 60 мг позволял пациентам с СД 2 типа дольше поддерживать компенсацию без инсулинотерапии. Так, в исследовании J. Satoh и соавт. (2008) терапия Диабетоном MR дала больным возможность на 6,5 лет отсрочить необходимость в ежедневных инъекциях инсулина по сравнению с применением глибенкламида (14,5 vs 8 лет после начала лечения соответственно; p<0,0001).

? Какие возможности в достижении контроля СД 2 типа предоставляют различные пероральные сахароснижающие препараты?

– Для контроля гликемии у больных СД 2 типа в настоящее время используют препараты нескольких классов, воздействующие на различные звенья патогенеза этого заболевания. В качестве

осложнений, профилю безопасности, удобству применения и стоимости. При этом существенные различия могут наблюдаться не только между препаратами разных классов, но и внутри одного класса. Например, из производных сульфонилмочевины в настоящее время врачи наиболее часто назначают такие препараты, как глибенкламид, глимепирид и гликлазид MR 60 мг (Диабетон MR 60 мг). Все сахароснижающие препараты характеризуются разной эффективностью и разным профилем безопасности. Так, применение глибенкламида ассоциируется с более высоким риском гипогликемических состояний, что связано с особенностями его механизма действия (не восстанавливает первую фазу секреции инсулина, но при этом вызывает избыточный выброс указанного гормона в позднюю фазу, когда постпрандиальный пик гликемии



Рис. Достоверное снижение риска развития осложнений сахарного диабета в группе интенсивного контроля гликемии в исследовании ADVANCE

препаратов первой линии сегодня рекомендуют применять пероральные сахароснижающие средства двух классов – производные сульфонилмочевины, усиливающие секрецию инсулина, и метформин, уменьшающий инсулинорезистентность. На ранних стадиях заболевания эти препараты могут обеспечивать эффективный контроль гликемии в виде монотерапии, однако со временем у многих больных возникает необходимость в приеме комбинации препаратов, действие которых направлено на разные звенья патогенеза, например метформин + производное сульфонилмочевины.

Пероральные сахароснижающие препараты отличаются по силе сахароснижающего действия, способности снижать риск развития микро- и макрососудистых

уже идет на спад). Данный препарат не следует назначать пациентам с повышенным риском развития гипогликемии, а также лицам с кардиоваскулярной патологией, поскольку у них тяжелая гипогликемия может стать фатальной.

В отличие от глибенкламида и других препаратов сульфонилмочевины для Диабетона MR 60 мг доказана способность к восстановлению физиологического профиля секреции инсулина. Этот препарат восстанавливает ранний пик секреции инсулина и в отличие от глибенкламида не вызывает избыточного выброса этого гормона во второй фазе секреции. С одной стороны, это обеспечивает улучшение постпрандиального контроля гликемии, а с другой – минимизирует риск развития гипогликемии и увеличения массы тела.

