

Гипогликемия как обратная сторона медали гликемического контроля: чем она опасна и как минимизировать риск ее развития

По итогам I Украинского форума экспертов, посвященного проблеме гипогликемии, 25 апреля, г. Киев

Гипогликемия является частым нежелательным явлением при проведении сахароснижающей терапии у пациентов с сахарным диабетом (СД), причем характерна она для диабета не только 1, но и 2 типа. Проблема гипогликемических состояний у лиц с СД 2 типа все более активно обсуждается на специализированных медицинских форумах и страницах медицинских изданий. Ее актуальность обусловлена как потенциально фатальными последствиями, так и выраженным негативным влиянием на качество жизни больных. Знают ли практикующие врачи о том, как гипогликемические состояния ограничивают повседневную жизнь их пациентов?

Чтобы оценить влияние гипогликемических состояний на качество жизни пациентов с СД 2 типа и обратить внимание украинских специалистов на эту проблему, компания MSD инициировала проведение фокус-группы по данному вопросу. Идея была реализована с помощью Национального института стратегических исследований.

Полученную информацию и актуальность проблемы гипогликемии обсудили ведущие украинские диabetологи на заседании I Украинского форума экспертов 25 апреля в г. Киеве. Кроме того, они выделили группы пациентов, наиболее подверженных риску развития гипогликемии, и определили принципы выбора пероральной сахароснижающей терапии у этой категории больных.

Участниками I Украинского форума экспертов были: член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой диabetологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор **Борис Никитич Маньковский**; заведующий отделом профилактики эндокринных заболеваний Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, доктор медицинских наук, профессор **Владимир Иванович Панькив**; заместитель директора по научной работе, заведующая отделением фармакотерапии эндокринных заболеваний ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В.Я. Данилевского НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор **Нонна Александровна Кравчун**; заведующая кафедрой эндокринологии с курсом последипломной подготовки Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор **Марина Владимировна Власенко**; ведущий научный сотрудник отдела диabetологии ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины», кандидат медицинских наук **Любовь Константиновна Соколова**; заведующая консультативной поликлиникой ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В.Я. Данилевского НАМН Украины», кандидат медицинских наук **Марина Александровна Балюк**; доцент кафедры факультетской терапии и эндокринологии Днепропетровской государственной медицинской академии, кандидат

медицинских наук **Евгений Николаевич Маршиник**; доцент кафедры эндокринологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, кандидат медицинских наук **Юлия Игоревна Комиссаренко**.

Краткие результаты фокус-группы

В начале заседания был представлен краткий промежуточный отчет по исследованию «Фокус-группа по оценке воздействия гипогликемии на жизнь пациента с СД 2 типа». В ней приняли участие 14 женщин с СД 2 типа в возрасте от 47 до 68 лет, средний возраст – 57,7 года ($\pm 5,5$ года), длительность заболевания – от 1 до 4 лет. Из числа участниц 7 работают, 2 не работают из-за осложнения диабета, 5 – по другим причинам. Большинство женщин (9) определили свой социально-экономический статус как малоимущие, 5 участниц отнесли себя к лицам со средним уровнем доходов. Все женщины за исключением одной принимают только пероральные сахароснижающие препараты, одна участница фокус-группы находится на инсулинотерапии.

При обсуждении проявлений и последствий гипогликемии участницы чаще всего упоминали такие симптомы, как чувство озноба, тремор, головокружение, слабость, тошнота, чувство голода, потливость, нарушение зрения, сонливость, беспокойство. Большинство женщин указали, что испытывают эти проявления гипогликемии, по крайней мере, один раз в неделю.

Участницы признали, что не сразу стали связывать перечисленные выше симптомы с гипогликемическими приступами, а их причиной считали инфекции, другие внутренние заболевания или же не имели представления об их причине. Только после консультации с врачом, чтения специализированной литературы или участия в школе диабета женщины получили навыки распознавания приступов гипогликемии.

Большинство участниц отметили, что имеют знания и навыки профилактики или срочного реагирования на нетяжелые приступы гипогликемии для предупреждения более тяжелых последствий (применение сахаросодержащих продуктов – конфет, выпечки, фруктов, сладкого чая и отдых).

В то же время они признали, что вынуждены ограничивать свою деятельность

из-за страха развития гипогликемии – избегают самостоятельных выездов за город и длительных путешествий, проводят больше времени дома.

Большинство из числа близких людей знают о возможных приступах гипогликемии и необходимых мерах при их развитии, однако от незнакомых людей участницы фокус-группы скорее склонны скрывать их.

Участницы исследования заполняли анкеты по оценке качества жизни. В среднем они оценили его в 64 ± 17 баллов из 100 (самый низкий показатель – 40, самый высокий – 95). Эти анкеты позволили установить, что у 12 женщин бывают трудности при ходьбе, у 5 – при мытье и одевании, у 10 – при выполнении привычных повседневных дел, 12 из них ощущают умеренную боль/дискомфорт. Все 14 участниц фокус-группы периодически или постоянно испытывают тревогу и/или депрессию.

Обсуждение исследования

В ходе обсуждения исследования у экспертов возник ряд вопросов, замечаний и пожеланий к организаторам фокус-группы. Поскольку исследование было исключительно социологическим, а также проводилось в Украине впервые, оно вполне закономерно имело некоторые ограничения. По мнению экспертов, при продолжении данного исследования (возможно, с включением большего количества пациентов) желательно подобную фокус-группу дополнить методами объективизации гипогликемических состояний. Было высказано предположение о том, что за описанными выше симптомами (чувство озноба, тремор, головокружение, слабость, тошнота, чувство голода, потливость, нарушения зрения, сонливость, беспокойство) могли скрываться и другие состояния, например вегетативные нарушения, связанные с периодом менопаузы. Для объективизации гипогликемических состояний можно, например, попросить больных принести дневники самоконтроля, в которых они фиксируют результаты измерения гликемии с помощью глюкометра. Было предложено в будущем проанализировать полученные данные с учетом того, какую именно сахароснижающую терапию принимают пациенты (группы, классы, конкретные препараты). Кроме этого, эксперты рекомендовали учитывать наличие диабетических



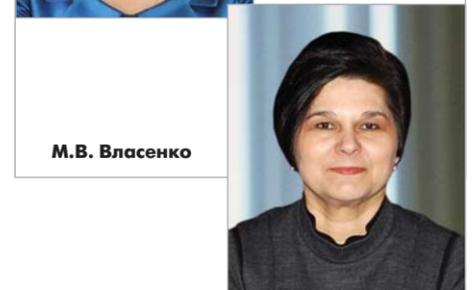
Б.Н. Маньковский



В.И. Панькив



Н.А. Кравчун



М.В. Власенко

осложнений при оценке активности пациентов и их качества жизни, а также более взвешенно подходить к диагностике депрессии.

Подводя итоги этой части дискуссии, модератор форума профессор Б.Н. Маньковский подчеркнул, что такое социальное исследование в Украине является беспрецедентным и предоставило врачам новые, очень интересные и важные данные. Тот факт, что в исследовании не принимали участия эндокринологи, позволил избежать характерных для клинических исследований клише и штампов и получить свежий взгляд на проблему. Что касается результатов исследования, то эта фокус-группа убедительно показывает врачам, какое негативное влияние оказывают гипогликемические состояния на жизнь больных СД 2 типа и как важно уделять этой проблеме должное внимание.

Продолжение на стр. 4.

Гипогликемия как обратная сторона медали чем она опасна и как минимизировать

Продолжение. Начало на стр. 3.

Актуальность проблемы гипогликемии при СД 2 типа

Темой последующей дискуссии стала актуальность проблемы гипогликемии у пациентов с СД 2 типа в целом.

Б.Н. Маньковский обратил внимание на то, что проблема гипогликемических состояний при СД 2 типа по-прежнему недооценивается врачами.

Для многих эндокринологов гипогликемия ассоциируется преимущественно с СД 1 типа, а именно с инсулинотерапией. Вместе с тем гипогликемия развивается нередко и у больных СД 2 типа, и ее актуальность при этой форме диабета обусловлена целым рядом причин.

Прежде всего следует помнить, что гипогликемия при СД 2 типа — это фактор повышенного риска кардиоваскулярной заболеваемости и смертности. Большинство пациентов с СД 2 типа — лица пожилого возраста, уже имеющие, как правило, сердечно-сосудистые заболевания, поэтому гипогликемия, которая может провоцировать нарушения сердечного ритма, потенциально фатальна для них.

Хорошо известно, что интенсивный контроль гликемии сопряжен с повышением риска гипогликемических состояний и, соответственно, кардиоваскулярного риска. Врачи наверняка помнят крайне негативные результаты досрочно завершившегося исследования ACCORD, в котором интенсивная сахароснижающая терапия привела к повышению общей смертности на 22% и кардиоваскулярной смертности на 35%, притом что был достигнут контроль гликемии (средний уровень гликозилированного гемоглобина 6,4%).

В исследовании VADT интенсивная сахароснижающая терапия не оказала достоверного влияния на сердечно-сосудистые исходы, однако было установлено, что гипогликемические состояния в анамнезе являются наиболее значимым фактором риска смерти у больных СД 2 типа. Наилучшие результаты относительно влияния интенсивного гликемического контроля на сердечно-сосудистые исходы были получены в ADVANCE, но именно в этом исследовании частота гипогликемии была наименее, чем в ACCORD и VADT.

Второй фактор, обуславливающий высокую актуальность проблемы гипогликемии, — ее влияние на качество жизни больных. Именно этот аспект проблемы помогла высветить фокус-группа. К сожалению, врачи нечасто учитывают влияние заболевания и назначенной терапии на качество жизни пациентов. Немногие врачи знают о том, что их пациенты опасаются выходить из дома или совершать поездки из-за риска гипогликемии.

Нельзя не упомянуть и социальный аспект проблемы гипогликемии. Лица определенных профессий с СД и даже просто пациенты с диабетом за рулем автомобиля в случае развития гипогликемии подвергают риску не только свою жизнь, но и жизнь окружающих людей.

И наконец, опасения относительно возможности гипогликемии как со стороны пациента, так и со стороны врача значительно препятствуют достижению стойкого контроля гликемии. Эти опасения, иногда обоснованные, иногда нет, не дают врачу в достаточной мере интенсифицировать сахароснижающую

терапию (или даже заставляют снижать дозы препаратов), а пациенту — строго следовать рекомендациям врача. При этом не учитывается тот факт, что чаще всего гипогликемия — это результат не просто сахароснижающей терапии, а отсутствия баланса между сахароснижающим эффектом препарата (-ов), режимом питания и физической активностью. Также не стоит забывать, что гипогликемия может развиваться на фоне стрессовой для организма ситуации, острых и хронических сопутствующих заболеваний и т.д.

Профессор **Н.А. Кравчун** согласилась с профессором **Б.Н. Маньковским** в том, что эндокринологи максимум своего внимания сосредотачивают на борьбе с гипергликемией, упуская из виду гипогликемические состояния, особенно при ведении пациентов с СД 2 типа. В то же время она отметила и тот факт, что появление современных сахароснижающих препаратов с более благоприятным соотношением эффективности и безопасности способствует сокращению частоты гипогликемических состояний в реальной клинической практике.

Также **Н.А. Кравчун** обратила внимание коллег на то, что нередко гипогликемия становится причиной увеличения массы тела у пациентов с СД 2 типа. Чем чаще у них появляются симптомы гипогликемии, тем чаще они делают перекусы углеводсодержащими продуктами.

Таким образом, гипогликемия повышает риск развития и прогрессирования не только макро-, но и микрососудистых осложнений.

Л.К. Соколова отметила, что при СД 2 типа в отличие от 1 типа гипогликемические состояния нередко протекают бессимптомно или с нечеткими клиническими признаками, что затрудняет их распознавание, дифференциальную диагностику и, соответственно, становится причиной отсутствия адекватных терапевтических вмешательств.

Ю.И. Комиссаренко обратила внимание на то, что некоторые врачи ошибочно считают, что гипогликемии могут развиваться только при интенсивном контроле гликемии. Действительно, интенсивная сахароснижающая терапия повышает риск гипогликемии, но даже достаточно высокие показатели гликемии не исключают наличие у пациента гипогликемических состояний.

Также **М.В. Власенко** отметила, что иногда гипогликемии являются причиной очень быстрой интенсификации сахароснижающей терапии в связи с желанием врача как можно быстрее достичь контроля диабета. Такой подход не является правильным и даже опасен для пациента. Титрация дозы препарата и добавление других сахароснижающих средств должны происходить постепенно.

Е.Н. Марциник напомнил, что при гипогликемическом состоянии происходит активация симпатоадреналовой системы и системы свертывания крови, поэтому повышается риск кардио- и цереброваскулярных катастроф.

Также он рассказал, что лично испытывал состояние гипогликемии после интенсивной физической нагрузки с дрожанием рук, ощущением «ватной головы», сильным голодом, он понимает, насколько неприятным и даже мучительным является это состояние для его

пациентов. Неудивительно, что больные, опасаясь развития гипогликемии, ограничивают свою активность и делают перекусы при появлении малейших предвестников.

В.И. Панькив обратил внимание коллег на проблемы приверженности пациентов с СД 2 типа рекомендациям лечащего врача, необходимости их обучения и мотивации. Ведь нередко гипогликемии развиваются у тех больных, которые не соблюдают предписанную схему лечения, своевольно изменяют дозировки препаратов, принимают пропущенную дозу вместе с последующей и т.д. Также гипогликемии нередки у тех лиц, которые не умеют корректировать свой режим питания в соответствии с физической нагрузкой. Риск гипогликемии существенно повышается также при приеме алкоголя.

Еще одной проблемой профессор **В.И. Панькив** считает инерционность врачей, которые не хотят отказываться от старых сахароснижающих препаратов в пользу более современных и безопасных, в том числе с точки зрения развития гипогликемии.

Группы риска по развитию гипогликемии и ее неблагоприятных последствий

Таким образом, актуальность проблемы гипогликемических состояний при СД 2 типа и целесообразность мероприятий, направленных на их профилактику, очевидны. У каких пациентов они необходимы в первую очередь?

Б.Н. Маньковский выделил следующие факторы повышенного риска развития гипогликемии, многие из которых уже были упомянуты участниками форума: прием инсулина, секретогогов; состояния, ассоциирующиеся с нарушением выработки контринсулярных гормонов (например, надпочечниковая, печеночная, почечная недостаточность); употребление алкоголя; наличие в анамнезе гипогликемических состояний, особенно тяжелых; нерегулярная и неадекватная физическая активность.

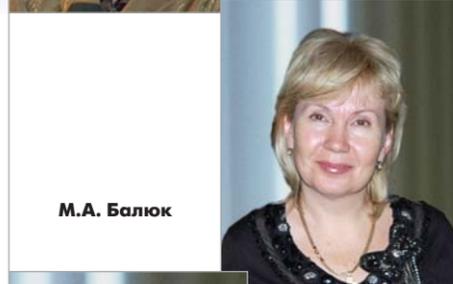
Особого внимания врачей заслуживают пациенты с высоким риском неблагоприятных последствий гипогликемии, даже если риск развития самой гипогликемии у них не очень высок. Это лица с повышенным риском кардиоваскулярных событий и/или их наличием в анамнезе, поскольку каждый эпизод гипогликемии может стать для них фатальным, а также пациенты, управляющие автомобилем, и лица с синдромом атипичной гипогликемии (развитие нейрогликопении с нарушением сознания без вегетативных симптомов-предвестников), своевременное распознавание и купирование которой очень затруднено.

Ю.И. Комиссаренко добавила, что проблемной категорией пациентов с точки зрения выявления, профилактики и своевременного купирования гипогликемических состояний являются больные с энцефалопатией. Такие больные трудно поддаются обучению, плохо соблюдают рекомендации врача, в том числе режим приема препаратов, не умеют распознавать и купировать гипогликемические состояния.

Л.К. Соколова отметила, что симптомы гипогликемии могут появляться и у пациентов с уровнем гликемии выше



Л.К. Соколова



М.А. Балук



Е.Н. Марциник



Ю.И. Комиссаренко

3,5 ммоль/л, например в случае резкого снижения уровня глюкозы крови с очень высоких показателей до нормальных.

По мнению **М.В. Власенко**, при оценке риска гипогликемии нельзя не учитывать и экономический фактор. Пациенты с СД в нашей стране за счет государства обеспечиваются в основном только инсулином, тогда как пероральные сахароснижающие средства им приходится приобретать самостоятельно. Наиболее дешевым препаратом для лечения СД 2 типа является глибенкламид, но он характеризуется и самым высоким риском гипогликемии среди всех пероральных сахароснижающих средств.

Современные подходы к ведению пациентов с высоким риском гипогликемии и ее неблагоприятных последствий

Б.Н. Маньковский отметил, что хороший контроль гликемии у пациентов с СД 2 типа означает отсутствие не только гипергликемии, но и гипогликемических состояний. Поэтому, оценивая контроль гликемии, нельзя ограничиваться только показателем гликозилированного гемоглобина. У пациента с уровнем гликозилированного гемоглобина 7% и отсутствием выраженных колебаний гликемии в течение суток можно говорить о хорошем контроле диабета, тогда как у больного с таким же показателем гликозилированного гемоглобина, но значительной вариабельностью гликемии в течение суток и частыми гипогликемическими состояниями, безусловно, нет.

Согласно опубликованному недавно новому консенсусу Американской

Гликемического контроля: риск ее развития

диабетической ассоциации (ADA) и Европейской ассоциации по изучению диабета (EASD) 2012 г., предусматривающему более индивидуализированный подход к ведению пациентов с СД 2 типа, риск гипогликемии является одним из важнейших критериев определения целевого показателя гликемии. Чем выше этот риск, тем менее агрессивной должна быть терапия.

Таким образом, гипогликемия является серьезным лимитирующим фактором в достижении контроля диабета. Ввиду этого идеальным лекарственным средством для терапии СД 2 типа представляется препарат с выраженным сахароснижающим эффектом, позволяющим достичь компенсации заболевания, и в то же время не вызывающий гипогликемии.

К сожалению, сахароснижающих препаратов с нулевым риском развития гипогликемии не существует. Тем не менее следует учитывать тот факт, что имеющиеся сегодня в арсенале диабетологов противодиабетические средства существенно отличаются между собой по способности вызывать гипогликемические состояния. У пациентов с высоким риском гипогликемии и ее неблагоприятных исходов, безусловно, следует отдавать предпочтение препаратам с минимальным риском гипогликемии, не забывая при этом об основной цели лечения — достижении гликемического контроля для снижения риска диабетических осложнений.

Важную роль в профилактике гипогликемических состояний наряду с адекватным выбором терапии играет обучение и мотивация пациентов. Больные должны быть ознакомлены с потенциальными неблагоприятными последствиями гипогликемии, ее симптомами, алгоритмом действия в случае ее развития, а также обучены тому, как корректировать свое питание и лечение в зависимости от физической активности и других факторов, оказывающих существенное влияние на уровень гликемии. Пациента обязательно следует предупредить о том, что высокая физическая активность может вызывать развитие гипогликемии, при этом следует обратить внимание на то, что это может произойти не только во время или непосредственно после нагрузки, но и через несколько часов, что связано с повышением чувствительности тканей к инсулину.

Какой препарат выбрать в дополнение к метформину при необходимости комбинированной сахароснижающей терапии у пациентов с высоким риском гипогликемии и ее неблагоприятных последствий?

Б.Н. Маньковский напомнил, что согласно современным рекомендациям метформин является препаратом первой линии в лечении СД 2 типа, если он не противопоказан и хорошо переносится пациентом. Метформин характеризуется сравнительно низким потенциалом в отношении развития гипогликемических состояний и поэтому с успехом может применяться у пациентов из групп риска, о которых сегодня идет речь.

Поскольку СД 2 типа представляет собой непрерывно прогрессирующее заболевание с неуклонным ухудшением функции β -клеток поджелудочной железы, рано или поздно возникает

необходимость в интенсификации сахароснижающей терапии. Какой же препарат добавить к метформину при необходимости назначения комбинированной терапии пациенту из группы высокого риска гипогликемии и ее неблагоприятных последствий? Безусловно, препарат с низким потенциалом индуцирования гипогликемии. Низким риском гипогликемии обладают препараты с инкретиновым эффектом. К этой группе относятся агонисты глюкагоноподобного пептида 1 (ГПП-1) и ингибиторы дипептидилпептидазы 4 (ДПП-4).

Тиазолидиндионы также характеризуются низким потенциалом индуцирования гипогликемии, однако в целом профиль безопасности этого класса препаратов невысок. Единственным представителем класса, который остается сегодня в клинической практике, является пиоглитазон, остальные уже отозваны с фармацевтического рынка. Однако профиль безопасности пиоглитазона вызывает настороженность, в частности данные о повышении риска рака мочевого пузыря на фоне его приема. По этой причине пиоглитазон уже запрещен в Германии и Франции.

Низким риском развития гипогликемии характеризуется и акарбоза, но этот препарат плохо переносится большинством пациентов в связи с гастроинтестинальными побочными эффектами (вздутием живота, диареей и др.), которые не представляют угрозу жизни пациента, но очень существенно снижают качество его жизни. При назначении акарбозы в комбинации с метформином существует риск того, что пациент из-за побочных гастроинтестинальных эффектов откажется от обоих препаратов.

М.А. Балук высказала мнение о том, что препараты с инкретиновым эффектом обладают большим и во многом еще нераскрытым терапевтическим потенциалом. Этот новый класс лекарственных средств продолжает сегодня активно изучаться, и не исключено, что в будущем они могут стать препаратами первой линии в лечении СД 2 типа. Уже сегодня в ряде ситуаций ингибиторы ДПП-4 можно рассматривать как препараты выбора для инициации сахароснижающей терапии у пациентов с СД 2 типа, в частности у лиц с недавно выявленным заболеванием и уровнем гликозилированного гемоглобина 7-7,5%.

Если возможность применения ингибиторов ДПП-4 в монотерапии еще продолжает изучаться, то комбинация метформин + ингибитор ДПП-4 уже убедительно продемонстрировала высокую эффективность и хороший профиль безопасности с низким риском гипогликемии, особенно по сравнению с комбинацией метформин + производное сульфонилмочевины.

Е.Н. Марциник подчеркнул, что ингибиторы ДПП-4 являются уникальным классом сахароснижающих средств — инсулиновыми секретогонами с глюкозозависимым механизмом действия, что обуславливает низкий риск гипогликемии, обладающими рядом других положительных эффектов (подавление секреции контринсулярного гормона глюкагона, потенциальный кардиопротекторный эффект и др.). Он также считает, что у этого класса препаратов большое будущее.

В.И. Паньків назвал ингибиторы ДПП-4 инновационным подходом к лечению СД 2 типа, новым этапом в эволюции сахароснижающей терапии. Безусловно, как и любой другой класс препаратов, они имеют свое место в лечении диабета. В настоящее время это применение в комбинации с другими сахароснижающими препаратами, прежде всего с метформинном, а также в монотерапии у некоторых категорий пациентов.

Л.К. Соколова также согласилась с тем, что ингибиторы ДПП-4 могут применяться как в составе комбинированной терапии, так и в монотерапии у пациентов молодого возраста, с недавно выявленным СД 2 типа и незначительно повышенными показателями гликозилированного гемоглобина (7-7,5%). У этих больных ингибиторы ДПП-4 являются препаратами первого выбора при отсутствии ожирения, при наличии противопоказаний к назначению метформина или его непереносимости. В этих случаях ингибиторы ДПП-4 позволят достичь компенсации диабета с минимальным риском гипогликемии.

Что касается места комбинации ингибитора ДПП-4, в частности ситаглиптина, и метформина в лечении СД 2 типа, то **Б.Н. Маньковский** считает целесообразным ее назначение пациентам с впервые выявленным СД 2 типа и достаточно высокими исходными показателями гликемии (с необходимостью снижения гликозилированного гемоглобина на 2-2,5%) или же при необходимости интенсификации сахароснижающей терапии у пациентов с некомпенсированным СД 2 типа на фоне терапии метформинном и/или производными сульфонилмочевины. Особенно показано назначение такой комбинации больным с избыточной массой тела или ожирением, когда назначение производных сульфонилмочевины нежелательно ввиду возможной прибавки веса, а также у лиц с высоким риском гипогликемии или ее неблагоприятных последствий.

Поскольку СД — хроническое заболевание, требующее пожизненной терапии, очень важным условием ее эффективности является удобство приема и комфортный режим дозирования лекарственных средств. Ингибиторы ДПП-4 являются пероральными препаратами с однократным приемом в сутки, что, безусловно, удобно для пациента.

Когда есть необходимость в назначении комбинированной терапии, следует рассмотреть возможность использования фиксированной комбинации, поскольку помимо сахароснижающих средств многие пациенты с СД 2 типа вынуждены принимать целый ряд других препаратов — антигипертензивные средства, аспирин, статины и т.д. Чем больше количество принимаемых препаратов, тем выше риск снижения приверженности лечению и нарушения режима терапии. В ближайшее время на украинском рынке появится фиксированная комбинация ситаглиптина и метформина, что позволит повысить удобство терапии пациентов с СД 2 типа, которым показана комбинация ингибитора ДПП-4 и метформина, и, соответственно, улучшить compliance пациентов и контроль диабета.

Подготовила **Наталья Мищенко**



Меморандум I Украинского форума экспертов

По результатам обсуждения было принято решение:

Считать проблему гипогликемических состояний при СД 2 типа актуальной и оказывающей существенное влияние на качество жизни пациентов.

Актуальность проблемы обусловлена следующим

Для пациентов:

— повышенный риск развития тяжелых сердечно-сосудистых осложнений, а также микрососудистых осложнений;

- увеличение массы тела;
- ухудшение качества жизни.

Для врачей:

— значение гипогликемии как этиологического (повреждающего) фактора сердечно-сосудистых заболеваний;

— гипогликемия значительно препятствует достижению стойкого контроля (компенсации) гликемии;

— риск развития тяжелых осложнений увеличивается у пациентов с резкими перепадами гликемии, а не только с низкими показателями гликемии как таковыми.

При выборе терапевтической тактики и комбинации пероральной сахароснижающей терапии необходимо учитывать риск развития гипогликемических состояний.

Факторами риска развития гипогликемических состояний и их неблагоприятных последствий являются:

— прием секретогонов, инсулина;

— нарушение выработки контринсулярных гормонов;

— печеночная и почечная недостаточность;

— употребление алкоголя;

— наличие гипогликемических состояний, особенно тяжелых, в анамнезе;

— высокий риск сердечно-сосудистых событий и/или их наличие в анамнезе, так как каждый эпизод гипогликемии может быть фатальным у этой группы пациентов;

— нерегулярная и неадекватная физическая активность, работающие пациенты, лица, управляющие автомобилем;

— выраженные колебания гликемии;

— синдром атипичной гипогликемии (нейрогликопения без предвестников);

— поражение головного мозга метаболитического характера.

Комбинация метформина и ситаглиптина по состоянию на 2011 г. описана в более чем 380 исследованиях с привлечением более 10 тыс. пациентов. Конечной точкой многих из них является оценка риска развития гипогликемических состояний. Результаты данных испытаний, а также исследований по сравнительной эффективности позволяют считать комбинацию метформина и ситаглиптина наиболее безопасной в аспекте развития гипогликемических состояний и в то же время эффективной для достижения контроля диабета.

Предметное рассмотрение данных научных и клинических исследований по изучению ситаглиптина в виде моно- и комбинированной терапии может служить темой отдельного экспертного заседания.