ZU_2013_08.qxd 30.04.2013 19:13 Page 27

ПАЦИЕНТ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ПРИЕМЕ У ТЕРАПЕВТА

Основные принципы лечения СД 2 типа

В предыдущих выпусках газеты в рамках рубрики «Пациент с сахарным диабетом 2 типа на приеме у терапевта» были рассмотрены основные аспекты этиологии, патогенеза, клинической картины и диагностики сахарного диабета (СД) 2 типа. Сегодня мы попросили члена-корреспондента НАМН Украины, заведующего кафедрой диабетологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктора медицинских наук, профессора Бориса Никитича Маньковского рассказать о ключевых принципах лечения этого заболевания.

– В ведении пациентов с СД 2 типа большое значение придается целям лечения, от определения которых зависит тактика терапии. Каковы современные рекомендации относительно выбора целевых значений гликемии?

– Давно доказано, что хороший гликемический контроль важен для уменьшения риска развития макро- и особенно микрососудистых осложнений СД. Сегодня во многих национальных и международных клинических руководствах по лечению СД 2 типа, включая новые рекомендации IDF и новый консенсус ADA/EASD, рекомендован более индивидуальный подход к выбору целей лечения. Он заключается в том, что для некоторых пациентов могут быть выбраны более или менее жесткие целевые значения гликемии, тогда как у большинства больных следует стремиться к уровню HbA_{1c} <7%.

– С чего сегодня рекомендуется начинать лечение СД 2 типа?

– Обязательным компонентом терапии СД 2 типа является модификация образа жизни, заключающаяся прежде всего в рациональном питании и повышении физической активности. При наличии избыточного веса или ожирения необходимо направить максимум усилий на нормализацию массы тела. Мероприятия по модификации образа жизни не являются временным решением и не могут быть заменены медикаментозной терапией.

Что касается фармакологического лечения, то согласно современным рекомендациям его следует начинать сразу после установления диагноза СД 2 типа.

В большинстве национальных и международных регламентирующих документов, включая консенсус ADA/EASD и рекомендации IDF, препаратом первого выбора для медикаментозной терапии СД 2 типа является метформин. Основанием для такой рекомендации послужили не механизм действия указанного препарата, его сахароснижающая активность или безопасность, а результаты субисследования UKPDS (343 пациента), в котором метформин в монотерапии показал способность снижать риск развития макрососудистых осложнений (инфаркта миокарда, инсульта, кардиоваскулярной смерти), являющихся основной причиной смерти больных СД 2 типа. Препараты сравнения в UKPDS (глибенкламид, хлорпропамид, инсулин) не показали такого эффекта. К сожалению, в настоящее время по этическим причинам невозможно провести исследования, подобные UKPDS, в которых бы сравнивалась монотерапия метформином и другими современными сахароснижающими препаратами с точки зрения их влияния на кардиоваскулярные исходы. Для этого пациентам пришлось бы в течение нескольких лет получать монотерапию тем или иным препаратом, что ввиду прогрессирующего характера СД 2 типа означало бы находиться в состоянии декомпенсации, а это, безусловно, недопустимо. Поэтому метформин остается препаратом первой линии, пока не будут найдены возможности продемонстрировать подобный эффект для других современных сахароснижающих средств.

– Метформин должен быть стартовым препаратом у всех без исключения пациентов с СД 2 типа?

– Нет, не у всех. В рекомендациях IDF и ADA/EASD, как и в других авторитетных клинических руководствах, подчеркивается, что метформин является препаратом первой линии, если нет противопоказаний к его назначению и если он хорошо переносится пациентом. Поскольку для данного лекарственного средства характерно такое серьезное, хоть и редкое, нежелательное явление, как лактатацидоз, его нельзя применять у лиц с дыхательной, сердечной, почечной и печеночной недостаточностью, алкогольной зависимостью и т. д. А таких пациентов немало. Кроме того, достаточно большая доля больных сталкиваются с непереносимостью метформина. По данным исследований, примерно у 15-20% пациентов на фоне приема метформина отмечаются гастроинтестинальные побочные эффекты (диарея, тошнота, вздутие, металлический привкус во рту и др.). Эти нежелательные явления не угрожают жизни пациента, но терпеть их в течение месяцев или лет, поскольку лечение должно быть пожизненным, очень сложно. В результате пациенты самостоятельно сокращают дозу, уменьшают кратность приема препарата или вовсе отказываются от лечения, нередко не ставя о том в известность врача. Все это отражается на контроле заболевания.

IDF предлагает альтернативный терапевтический подход, согласно которому в качестве препарата первого ряда рекомендованы производные сульфонилмочевины или ингибитор α-глюкозидазы. Из группы препаратов СМ предпочтение следует отдавать препаратам для однократного применения в сутки с благоприятным кардиоваскулярным профилем безопасности, низким риском гипогликемии и нейтральным эффектом в отношении массы тела. Изложенным критериям отвечает Диабетон MR 60 мг.

Рис. Рекомендации Международной диабетической федерации

По химической структуре Диабетон MR 60 мг существенно отличается от глимепирида и глибенкламида. В частности, с наличием в структуре Диабетона MR 60 мг аминоазобициклооктанового кольца связывают его уникальные антиоксидантные свойства, обеспечивающие протекцию β-клеток поджелудочный железы. Результаты исследований F. Sawada и соавт. (2008) убедительно показали, что данный препарат в несколько раз снижает апоптоз β-клеток по сравнению с глибенкламидом и глимепиридом. Благодаря способности Диабетона MR 60 мг защищать β-клетки и сохранять секреторную функцию поджелудочной железы пациент живет на 6,5 лет дольше без ежедневных инъекций инсулина.

Применения глибенкламида, который характеризуется высоким риском гипогликемии, увеличением веса и повышением риска сердечно-сосудистых осложнений, следует избегать, особенно у лиц пожилого возраста и с сопутствующей кардиоваскулярной патологией.

В исследовании ADVANCE в группе интенсивной терапии в основе сахароснижающей терапии использовали Диабетон MR, который назначали всем пациентам; к концу периода наблюдения этот препарат принимали 91% участников. Все остальные гипогликемические средства назначались уже в дополнение к Диабетону MR и только в том случае, когда на фоне монотерапии не удавалось достичь или удержать целевой уровень HbA_{1c}. В исследовании ADVANCE, в котором в основе терапии применялся Диабетон MR, удалось достичь значительного и устойчивого снижения уровня HbA_{1c} до 6,5%, который поддерживался до конца 5-летнего периода наблюдения. При этом было показано, что терапия, основанная на Диабетоне MR, одинаково эффективна у разных категорий больных СД 2 типа, в том числе:

– у пациентов с разным исходным уровнем HbA_{1c} отмечалось снижение HbA_{1c} 0,9-4,3%;

– у пациентов с нормальной, избыточной массой тела и ожирением отмечалось снижение уровня HbA_{1c} в среднем на 1; 0,9 и 0,9% соответственно;

– у лиц пожилого (65-75 лет) и старческого возраста (≥75 лет) имело место уменьшение показателей HbA_{1c} на 0,9 и 0,8% соответственно;

– при продолжительности диабета ≤5 лет – снижение уровня HbA_{1c} на 0,7% (у этих пациентов, как правило, исходно отмечаются более низкие показатели HbA_{1c}), при длительности заболевания 5-15 лет и более – на 1,1%.

Наиболее важно то, что в исследовании ADVANCE было показано снижение риска развития микро- и макрососудистых осложнений диабета в группе интенсивной сахароснижающей терапии на 10% (первичная конечная точка; p=0,013) по сравнению с таковым в группе традиционного лечения. На первый взгляд, эта цифра может показаться не значительной, но, если учесть масштабы эпидемии СД 2 типа, уменьшение риска на 10% может означать предупреждение десятков или сотен тысяч случаев осложнений при глобальном внедрении такой стратегии. Кроме того, в исследовании ADVANCE снижение кардиоваскулярной смертности в группе интенсивной терапии составило 12%.

К тому же сегодня Диабетон MR 60 мг является первым и единственным сахароснижающим препаратом, для которого на основании результатов исследования ADVANCE зарегистрировано показание «предупреждение осложнений СД 2 типа: уменьшение риска развития макро- и микрососудистых осложнений, в частности новых случаев или прогрессирования нефропатии у пациентов с СД 2 типа».

Таким образом, на сегодняшний день интенсивная сахароснижающая терапия на основе Диабетона MR 60 мг – единственная доказанная стратегия, способная достоверно уменьшать риск микро- и макрососудистых осложнений СД.

Подготовила ***Наталья Мищенко***

Представництво Лс Лабораторуар Серв'є в Україні: м. Київ, вул. Воровського, 24
Тел.: (044) 490-34-41, факс: (044) 490-34-40

ДІАБЕТОН® MR 60 мг

Гліклазид MR 60 мг* — Подільна таблетка

В основі терапії ЦД 2 типу[2]

- Зниження та контроль глюкози в крові[1]
- Зниження ризику мікро- та макросудинних ускладнень[2]

2 Цільова доза* таблетки під час сніданку

1. Інструкція для медичного застосування препарату
2. The ADVANCE Collaborative Group Engl J Med 2008; 358; 24: 2560-2572.

* The ADVANCE Collaborative Group. Engl J Med 2008; 358;24:2560-2572. Для більшості пацієнтів.

Діабетон MR 60 мг. Діюча речовина: гліклазид; 1 таблетка містить гліклазиду 60 мг. Лікарська форма. Таблетки з модифікованим вивільненням. Фармакотерапевтична група. Протидіабетичні засоби. Пероральні цукрознижувальні засоби, за виключенням інсулінів. Сульфонамідів, похідні сечовини. Гліклазид. Код АТС А10В В09. Показання. Цукровий діабет II типу: зниження та контроль глюкози в крові при неможливості нормалізувати рівень глюкози тільки дієтою, фізичними вправами чи зменшенням маси тіла; запобігання ускладненням цукрового діабету II типу: зниження ризику макро- та мікрососудинних ускладнень, зокрема нових випадків або погіршення нефропатії у пацієнтів з цукровим діабетом II типу. Протипоказання. Підвищена чутливість до гліклазиду або до інших препаратів сульфанілсечовини, сульфаніламідів або до будь-якого компонента препарату; інсулінзалежний цукровий діабет (I тип); діабетична прекома та кома, діабетичний кетоацидоз; тяжка печінкова або ниркова недостатність; лікування міконазолом; період годування грудьми. Спосіб застосування та дози. Для перорального застосування. Призначається тільки дорослим. Добова доза може змінюватися від 0,5 до 2 таблеток (від 30 до 120 мг на добу). Добову дозу слід приймати одноразово під час сніданку. Побічні реакції. Базуючись на досвіді застосування гліклазиду та інших похідних сульфанілсечовини, можуть спостерігатися нижчезазначені небажані ефекти. Гіпоглікемія. Як і при застосуванні інших препаратів сульфанілсечовини, прийом гліклазиду може спричинити виникнення гіпоглікемії при нерегулярному харчуванні і особливо якщо прийом їжі був пропущений. Крім того, можуть спостерігатися розлади з боку адренергічної системи; з боку шлунково-кишкового тракту, з боку шкіри та підшкірної клітковини; з боку системи крові та лімфатичної системи; з боку гепатобіліарної системи; з боку органа зору; порушення, що можуть спостерігатися при застосуванні будь-якого препарату сульфанілсечовини: випадки еритроцитопенії, агранулоцитозу, гемолітичної анемії, панцитопенії та алергічних васкулітів. При застосуванні препаратів сульфанілсечовини були також описані випадки підвищення рівня печінкових ферментів та навіть порушення функції печінки (наприклад, з холестазом та жовтяницею) та гепатити, прояви яких зменшувалися після відміни цих препаратів або у поодиноких випадках призводили до печінкової недостатності, що загрожувала життю. Фармакодинаміка. Гліклазид – пероральний цукрознижувальний препарат, похідне сульфанілсечовини, яке відрізняється від інших препаратів наявністю гетероциклічного кільця, що містить азот та має ендоциклічні зв'язки. Гліклазид знижує рівень глюкози у плазмі крові внаслідок стимуляції секреції інсуліну з клітинами острівків Лангерганса підшлункової залози. Підвищення рівня постпрандіального інсуліну та секреція С-пептиду зберігаються навіть після 2 років застосування препарату. Гліклазид має також гемоваскулярні властивості. Вплив на інсулінсекрецію. У хворих на діабет II типу гліклазид відновлює ранній пік інсулінсекреції у відповідь на надходження глюкози та підвищує другу фазу секреції інсуліну. Значне збільшення виділення інсуліну відбувається відповідно до прийнятої їжі чи навантаження глюкозою.
Категорія відпуску. За рецептом.
Інформація приведена в скороченні, більш детальна інформація викладена в інструкції для медичного застосування препарату.
Реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/2158/02/02 від 14.08.2011.

Наш сайт www.health-ua.com В среднем более 8000 посещений в день* • Архив «Медичної газети «Здоров'я України» с 2003 года *http://top.bigmir.net/report/58476