

Обновленное практическое руководство ААСЕ/АСЕ «Всеобъемлющий алгоритм лечения сахарного диабета 2 типа»

В январе 2016 г. авторитетный журнал *Endocrine Practice* опубликовал обновленное практическое руководство «Всеобъемлющий алгоритм лечения сахарного диабета 2 типа», подготовленное Американской ассоциацией клинических эндокринологов (American Association of Clinical Endocrinologists, AACE) и Американской коллегией эндокринологов (American College of Endocrinology, ACE). Рабочая группа из 20 ведущих профильных экспертов под руководством профессора А. Garber представила 9 цветных схем-алгоритмов, регламентирующих разнообразные аспекты ведения пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Обновленные клинические рекомендации содержат не только положения, касающиеся модификации образа жизни, диетотерапии и фармакотерапии больных СД, но и алгоритмы действий, раскрывающие аспекты лечения пациентов с предиабетом, сопутствующей дислипидемией и гипертензией.

Клиническое руководство базируется на следующих основополагающих принципах:

- оптимизация образа жизни необходима для всех пациентов с СД; она представляет собой многогранный и непрерывный процесс, предполагающий командный подход. Однако подобные усилия не отменяют необходимости проведения фармакотерапии, которая может назначаться одновременно и корректироваться в зависимости от ответа пациента на изменение образа жизни;

- целевой уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c) должен быть персонализирован в зависимости от многочисленных факторов, таких как возраст, средняя продолжительность жизни, сопутствующие заболевания, длительность СД, риск гипогликемии и ее неблагоприятных последствий, мотивация и приверженность пациента к лечению. Уровень HbA1c $\leq 6,5\%$ считается оптимальным, если он может быть достигнут безопасным и экономически доступным способом; для других пациентов могут быть приемлемы более высокие целевые уровни HbA1c, которые со временем могут индивидуально изменяться;

- контроль за целевыми уровнями гликемии включает определение уровня глюкозы натощак и постпрандиальной гликемии, которые измеряются пациентом самостоятельно;

- выбор терапевтической стратегии для лечения СД должен быть персонализирован в зависимости от индивидуальных особенностей пациента и специфических свойств лекарственных средств. Характеристики медикаментов, влияющие на выбор препарата, включают гипотензивный эффект, механизм действия, риск развития гипогликемии и увеличения массы тела, вероятность появления других побочных эффектов, переносимость, простоту использования, стоимость, безопасность применения при сопутствующих заболеваниях сердца, почек, печени;

- минимизация риска увеличения массы тела, а также риска тяжелой и нетяжелой гипогликемии является приоритетом лечения исходя из соображений безопасности, стоимости и приверженности к лечению;

- первоначальные расходы на приобретение препаратов являются составной частью общей стоимости медицинской помощи, которая включает мониторинг целевых значений и оценку риска гипогликемии, увеличения веса. Безопасность и эффективность лечения должны быть более приоритетными по сравнению со стоимостью препаратов;

- представленный алгоритм регламентирует выбор терапии, основываясь

на исходном уровне HbA1c. В нем содержатся указания относительно того, какие режимы терапии являются предпочтительными/дополнительными, но индивидуальные особенности пациентов могут привести к изменению выбранного режима;

- в большинстве случаев необходимо назначение комбинированной терапии, которая должна включать препараты с взаимодополняющими механизмами действия;

- всеобъемлющее лечение включает в себя коррекцию липидов и уровня артериального давления (АД), а также лечение сопутствующих заболеваний;

- до достижения стабилизации эффективность терапии должна оцениваться достаточно часто (например, каждые 3 мес) с использованием нескольких критериев: уровня HbA1c, самостоятельного определения содержания глюкозы натощак и постпрандиальной гликемии, оценки зарегистрированных и предположительных эпизодов гипогликемии, липидного профиля, уровня АД, побочных эффектов (увеличение массы тела, задержка жидкости, ухудшение функций печени и почек, сердечно-сосудистой системы), мониторинга коморбидных заболеваний, приема сопутствующих лекарственных средств, осложнений СД, психосоциальных факторов, влияющих на выбор лечения;

- терапевтический режим должен быть как можно более простым, что позволит увеличить приверженность к лечению;

- данный алгоритм основывается на применении препаратов, одобренных FDA для лечения СД по состоянию на декабрь 2015 г.

Модификация образа жизни

Ключевыми компонентами модификации образа жизни являются лечебное питание, регулярная физическая нагрузка, адекватная продолжительность ночного сна, бихевиоральная поддержка, полный отказ от использования всех табачных изделий.

Пациентам с избыточной массой тела (индекс массы тела – ИМТ – $25-29,9 \text{ кг/м}^2$) или ожирением (ИМТ $\geq 30 \text{ кг/м}^2$) для снижения веса следует ограничить калорийность рациона минимум на 5-10%. Доказано, что структурированные консультации (еженедельные или ежемесячные беседы с разъяснением учебной программы по снижению массы) и обучающие программы по использованию заменителей пищи более эффективны, чем стандартные офисные консультации.

Регулярная физическая нагрузка (аэробные и силовые упражнения) облегчает достижение контроля над гликемией, содержанием липидов и уровнем АД, снижает риск падений и переломов, улучшает функциональные возможности и способствует хорошему самочувствию. Структурированные обучающие программы могут помочь пациентам освоить правильную технику их выполнения, определить новые цели и оставаться мотивированными. Больных СД, тяжелым ожирением или его осложнениями следует обследовать для выявления противопоказаний и/или ограничений к увеличению физической активности. Физические упражнения должны быть подобраны для каждого пациента индивидуально в соответствии с поставленными целями и имеющимися ограничениями.



Поведенческая поддержка включает в себя структурированные обучающие программы по снижению массы тела и вышеуказанные мероприятия по расширению физической активности, а также поддержку со стороны семьи и друзей. Для эмоционального содействия и мотивации пациентам следует рекомендовать присоединяться к группам, ориентированным на ведение здорового образа жизни.

Отказ от курения является финальным компонентом модификации образа жизни и подразумевает полное прекращение использования табачных изделий. Пациентам, не способным самостоятельно отказаться от этой вредной привычки, следует рекомендовать структурированные обучающие программы.

Ожирение

Снижение веса следует рекомендовать всем больным СД с избыточной массой тела или ожирением, учитывая доказанный факт: уменьшение массы ассоциировано со снижением гликемии, нормализацией липидного спектра крови, уменьшением уровня АД и механической нагрузки на нижние конечности (бедра и голени).

В 2015 г. FDA одобрило 8 препаратов в качестве вспомогательных опций, предназначенных для усиления эффективности модификации образа жизни у пациентов с избыточной массой тела / ожирением. Диэтилпропион, фендиметразин, фентермин были рекомендованы для кратковременного (несколько недель) применения, тогда



как орлистат, фентермин/топирамат пролонгированного высвобождения (ER), лоркасерин, налтрексон/бупропион, лираглутид (3 мг) могут длительно использоваться для коррекции массы тела.

Предиабет

Предиабет отражает неспособность β-клеток поджелудочной железы компенсировать явления инсулинорезистентности, в подавляющем большинстве случаев вызванной избыточной массой тела / ожирением. Действующие критерии диагностики предиабета включают нарушение толерантности к глюкозе, увеличение уровня

гликемии натощак, метаболический синдром. Наличие любого из этих факторов ассоциировано с 5-кратным возрастанием риска развития СД в будущем.

Основной целью лечения предиабета является снижение веса. Независимо от эффективности модификации образа жизни, фармакотерапии, хирургического лечения или их комбинации, снижение массы тела способствует уменьшению инсулинорезистентности, что эффективно предотвращает прогрессию в СД, а также улучшает липидный профиль и уровень АД.

Ни одно лекарственное средство не получило одобрения FDA для лечения

предиабета и/или профилактики СД. В то же время применение таких гипогликемических препаратов, как метформин и акарбоза, уменьшает риск развития СД в будущем у пациентов с предиабетом на 25-30%. Эти медикаменты относительно хорошо переносятся, безопасны и могут снижать сердечно-сосудистый риск. По данным клинических исследований, тиазолидинионы (ТЗД) предотвращают возникновение СД у 60-75% пациентов с предиабетом, но применение препаратов этой группы ассоциировано с целым рядом побочных действий. Агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида 1 типа (АГ ГПП-1) так же эффективны в профилактике СД и восстановлении нормогликемии у большинства пациентов с предиабетом, как и лираглутид (3 мг). Учитывая отсутствие данных о долгосрочной безопасности применения АГ ГПП-1 и побочных действиях ТЗД, эти препараты следует рекомендовать только пациентам с очень высоким риском развития СД, а также больным, не ответившим на стандартную терапию.

Предиабет, как и СД, увеличивает риск развития атеросклеротических кардиоваскулярных заболеваний (АСКВЗ). Пациентам с предиабетом следует предложить модифицировать образ жизни и назначить фармакотерапию, направленную на нормализацию показателей липидограммы и уровня АД, что позволяет снизить риск АСКВЗ.

Продолжение следует.

АНОНС

ВОО «Украинская ассоциация ортопедов-травматологов»
 ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины»
 Национальная академия медицинских наук Украины
 Министерство здравоохранения Украины

XVII Съезду ортопедов-травматологов Украины

5-7 октября, г. Киев

Основные направления

- Боевая травма (минно-взрывные и огнестрельные ранения, организация медицинской помощи)
- Эндопротезирование больших суставов
- Актуальные вопросы артроскопии
- Хирургия верхней конечности
- Хирургия нижней конечности
- Хирургия позвоночника
- Фундаментальные исследования
- Актуальные вопросы детской ортопедии-травматологии

Подробная информация, а также сведения о возможных изменениях и формате съезда доступны на сайтах: <http://www.uaot.org.ua> и <http://www.ito.gov.ua>.

Контактные лица:

Долгополов А.В. — тел.: (044) 234-73-33, (050) 358-05-65
 Тимочук В.В. — тел.: (044) 486-31-97, (095) 284-60-31

Все материалы необходимо прислать до 01.05.2016 г. по адресу:
 ул. Бульварно-Кудрявская, 27, 10601 МПС г. Киев

Лысак Андрей Сергеевич
 Тел.: (095) 429-69-42
 E-mail: dr.andrew.lysak@gmail.com

ДИАБЕТ?... ВИСОКИЙ РІВЕНЬ ЦУКРУ...

ИНСУФОР
 Пероральний гіпоглікемічний засіб

meformin hydrochloride

- ❖ Знижує продукування глюкози у печінці¹
- ❖ Покращує чутливість до інсуліну у м'язах,
- ❖ Затримує всмоктування глюкози у кишечнику
- ❖ Знижує вміст загального холестерину, ліпопротеїнів низької щільності та тригліцеридів
- ❖ Ангіопротекторний²

¹ Інструкція.
² Смирнова О.М. Метформин пролонгованого дії — новий шаг в ліченні сахарного діабету 2-го типу. // Лікацький вісн. — 2011. — №3.

WORLD MEDICINE
 Pharmaceutical Company

Додаткова інформація за тел.: (044) 463 61 11 / e-mail: info@worldmedicine.ua

ИНСУФОР. Показания. Цукровий діабет 2-го типу (інсулінонезалежний) при неефективності дієтотерапії, особливо у хворих з надлишковою масою тіла; як монотерапія або комбінована терапія сумісно з іншими пероральними гіпоглікемічними засобами, чи сумісно з інсуліном для лікування дорослих. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до метформіну або до будь-якого іншого компонента препарату; діабетичний кетозидоз; діабетична прекома; ниркова недостатність або порушення функцій нирок; серцева або дихальна недостатність; нещодавній інфаркт міокарда; печінкова недостатність; гостре отруєння алкоголем, алкоголізм. **Передозування.** При застосуванні препарату у дозі 85 г розвитку гіпоглікемії не спостерігалося. **Побічні реакції.** Найчастішими побіжними реакціями, особливо на початку лікування, є нудота, блювання, діарея, біль у животі, відсутність апетиту. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Іно Іпан Сан, ве Тідж, А.Ш., Туреччина. **Заявник.** УОРПД МЕДИЦИН ПЛАН САН. ВЕ ПДЖ, А.Ш., Туреччина. **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ Міністерства охорони здоров'я України №614 від 21.09.2015 р. **Регістраційне посвідчення** №UA/14631/01/01; №UA/14631/01/02; №UA/14631/01/03. **Інформація надана скорочено.** З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату. **Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження в рамках спеціалізованих заходів з медичної тематики.**